

**PENGARUH TERAPI MENDENGARKAN DZIKIR DALAM
MENGURANGI GEJALA DEPRESI PADA PASIEN POST STROKE
DI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN**

SKRIPSI



UMSU
Unggul | Cerdas | Terpercaya

Oleh :

NAMA: TRI ADINDA NATASYA

NPM: 2208260094

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN**

2026

**PENGARUH TERAPI MENDENGARKAN DZIKIR DALAM
MENGURANGI GEJALA DEPRESI PADA PASIEN POST STROKE
DI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN**

*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Sarjana Kedokteran*



Oleh :

NAMA: TRI ADINDA NATASYA

NPM: 2208260094

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN**

2026

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Tri Adinda Natasya

NPM : 2208260094

Judul Skripsi : Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir Dalam Mengurangi Gejala Depresi Pada Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Haji Medan

Demikianlah pernyataan ini saya perbuat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Medan, 10 Februari 2026



(Tri Adinda Natasya)

LEMBAR PERSETUJUAN



**MAJELIS PENDIDIKAN, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS KEDOKTERAN**

Jalan Gedung Arca No. 53 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext.20
Fax. (061) 7363488 Website : fk@umsu.ac.id



LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Nama : Tri Adinda Natasya
NPM : 2208260094
Prodi/Bagian : Pendidikan Dokter
Judul Skripsi : Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir Dalam Mengurangi
Gejala Depresi Pada Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan Rumah
Sakit Umum Haji Medan

Disetujui untuk disampaikan kepada panitia ujian

Medan, 30 Desember 2025

Pembimbing,

(dr.Hasanul Arifin, M.Ked (Neu), Sp.N)

NIDN: 0119088504



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI, PENELITIAN & PENGEMBANGAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Gedung Arca No. 53 Medan 20217 Telp. (061) 7350163 – 7333162 Ext. 20 Fax. (061) 7363488
Website : www.umsu.ac.id E-mail : rektor@umsu.ac.id
Bankir : Bank Syariah Mandiri, Bank Bukopin, Bank Mandiri, Bank BNI 1946, Bank Sumut

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh:

Nama : Tri Adinda Natasya

NPM : 2208260094

Judul : Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir Dalam Mengurangi Gejala
Depresi Pada Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan Rumah Sakit
Umum Haji Medan

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing

(dr. Hasanul Arifin, M.Ked.(Neu).,Sp.N)

Penguji 1

Penguji 2

(dr. Anita surya,M.Ked (Neu), Sp.S) (dr. Nanda Sari Nuralita M.Ked(KJ),Sp.KJ)

Mengetahui



(dr. Siti Maslana Siregar, Sp.THT-KL(K))

Ketua Prodi Pendidikan Dokter
FK UMSU

(dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked)

Ditetapkan di : Medan

Tanggal : 05 Februari 2026

KATA PENGANTAR

Assalamua'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah Subhanahu Wata'ala, karena rahmat dan hidayah-Nya la penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir Dalam Mengurangi Gejala Depresi Pada Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Haji Medan”. Shalawat dan salam semoga tetap tercurahkan kepada junjungan alam Nabi Muhammad Shalallahu Alaihi Wassalam, yang telah membawa zaman jahiliyah menuju ke zaman yang penuh ilmu pengetahuan.

Dalam penyusunan skripsi ini, tentunya penulis banyak menemui hambatan dan kendala. Namun berkat bantuan, bimbingan dan kerja sama yang ikhlas dari berbagai pihak, akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini pula, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini.
2. dr. Siti Masliana Siregar, Sp.THT-KL (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
3. dr. Desi Isnayanti, M.Pd.Ked selaku Ketua Program Studi Pendidikan Dokter FK Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
4. dr. Hasanul Arifin, M.Ked.(Neu),Sp.N selaku dosen pembimbing yang telah memberikan waktu, ilmu serta bimbingan kepada penulis selama proses penyusunan skripsi ini.
5. dr. Anita surya,M.Ked (Neu), Sp.S selaku penguji I saya yang telah memberikan waktu, ilmu, serta masukan yang berharga hingga skripsi ini terselesaikan dengan baik.
6. dr. Nanda Sari Nuralita, M.Ked(KJ),Sp.KJ selaku penguji II saya yang telah memberikan waktu, ilmu, serta masukan yang berharga hingga skripsi ini terselesaikan dengan baik.
7. Dengan penuh cinta dan rasa syukur, penulis mengucapkan terima kasih kepada Papa dan Mama yang selalu menjadi rumah terbaik bagi penulis. Selalu memberikan doa dan kasih sayang yang tiada henti kepada penulis.

Segala dukungan moral maupun material yang diberikan dengan penuh keikhlasan menjadi sumber kekuatan terbesar bagi penulis dalam menyelesaikan skripsi ini. Semoga karya sederhana ini dapat menjadi salah satu bentuk bakti dan kebanggaan bagi Papa dan Mama. Semoga keberhasilan ini menjadi langkah awal bagi penulis untuk dapat membalas kebaikan Papa dan Mama di masa yang akan datang. Terima kasih juga kepada keluarga penulis, yang senantiasa mendukung dan membantu penulis dalam menyelesaikan kuliah penulis.

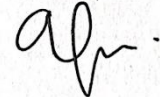
8. Sahabat-sahabat penulis yang tidak dapat disebutkan satu per satu, yang telah memberikan dukungan dan memberikan bantuan. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada Farid yang juga mendukung penulis, dan senantiasa memberikan perhatian serta semangat selama proses penyusunan skripsi ini.

Semoga segala kebaikan yang telah diberikan mendapatkan balasan dari Allah Subhanahu Wata'ala. Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidaklah sempurna. Meskipun demikian, penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Medan, 10 Februari 2026

Penulis,



Tri Adinda Natasya

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara,
saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Tri Adinda Natasya

NPM : 2208260094

Fakultas : Kedokteran

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Non eksklusif atas skripsi saya yang berjudul: Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir Dalam Mengurangi Gejala Depresi Pada Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Haji Medan.

Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Medan

Pada tanggal : 10 Februari 2026

Yang menyatakan,



Tri Adinda Natasya

Npm: 2208260094

ABSTRAK

Latar Latar Belakang: Pasien *post-stroke* umumnya menghadapi berbagai keterbatasan fisik dan fungsional setelah fase akut, seperti kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, dan penurunan fungsi kognitif, yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut tidak hanya memengaruhi kemandirian pasien, tetapi juga menimbulkan beban psikologis, salah satunya berupa gejala depresi. Depresi pasca stroke merupakan komplikasi yang sering terjadi dan diketahui dapat menghambat proses pemulihan fisik maupun kualitas hidup pasien secara menyeluruh. Oleh karena itu, diperlukan intervensi nonfarmakologis yang bersifat holistik untuk membantu mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke. **Tujuan:** Untuk mengetahui pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke di rawat jalan RSU Haji Medan. **Populasi:** Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post-stroke yang menjalani rawat jalan di RSU Haji Medan dengan jumlah sampel penelitian 40 orang. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain *pre-eksperimental* dengan pendekatan *one group pretest-posttest design*. Pengukuran gejala depresi dilakukan menggunakan kuesioner *Beck Depression Inventory (BDI)* sebelum dan setelah pemberian terapi mendengarkan dzikir, dianalisis menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*. **Hasil:** Hasil penelitian didapatkan pasien post stroke laki-laki sebanyak 22 orang (55%) dan Perempuan sebanyak 18 orang (45%). Dengan mayoritas kelompok usia 55-65 tahun. Hasil uji statistik *Wilcoxon* memperoleh nilai Z sebesar $-5,516$ dengan nilai signifikansi $p < 0,001$. **Kesimpulan:** Terapi mendengarkan dzikir berpengaruh signifikan terhadap penurunan gejala depresi pada *pasien post stroke*.

Kata kunci: pasien post stroke, depresi pasca stroke, terapi mendengarkan dzikir, intervensi nonfarmakologis, Beck Depression Inventory.

ABSTRACT

Background: Post-stroke patients commonly experience various physical and functional limitations after the acute phase, such as limb weakness, speech impairment, and decreased cognitive function, which may interfere with daily activities. These conditions not only affect patients' independence but also cause significant psychological burdens, one of which is depressive symptoms. Post-stroke depression is a common complication that can hinder physical recovery and reduce overall quality of life. Therefore, holistic non-pharmacological interventions are needed to help reduce depressive symptoms in post-stroke patients. **Objective:** To determine the effect of listening to dzikir therapy on reducing depressive symptoms in post-stroke outpatients at RSU Haji Medan. **Population:** The population of this study consisted of all post-stroke patients receiving outpatient care at RSU Haji Medan, with a total sample of 40 respondents. **Methods:** This study used a pre-experimental design with a one-group pretest–posttest approach. Depressive symptoms were measured using the Beck Depression Inventory (BDI) before and after the implementation of listening to dzikir therapy. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed Rank Test. **Results:** The results showed that there were 22 male patients (55%) and 18 female patients (45%), with the majority of respondents aged 55–65 years. The Wilcoxon statistical test showed a Z value of -5.516 with a significance level of $p < 0.001$, indicating a statistically significant difference in depressive symptom scores before and after the intervention. **Conclusion:** Listening to dzikir therapy has a significant effect on reducing depressive symptoms in post-stroke patients.

Keywords: post-stroke patients, post-stroke depression, listening to dhikr therapy, non-pharmacological intervention, Beck Depression Inventory.

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	
LEMBAR PERSETUJUAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB 1	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Bagi Pasien Post Stroke	4
1.4.2 Bagi Tenaga Medis dan Psikososial	4
1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	4
1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Stroke.....	5
2.1.1 Definisi Stroke	5
2.1.2 Patofisiologi Stroke.....	5
2.1.3 Etiologi Stroke	6
2.2 Depresi.....	7
2.2.1 Pengertian Depresi	7
2.2.2 Patofisiologi Depresi.....	7
2.2.3 Etiologi Depresi	8
2.2.4 Tanda dan Gejala Depresi.....	9

2.2.5	Klasifikasi Depresi.....	9
2.2.6	Depresi Akibat Pasca Stroke.....	11
2.3	Dzikir.....	12
2.3.1	Definisi Dzikir	12
2.3.2	Manfaat Dzikir	12
2.3.3	Mekanisme Dzikir terhadap Kesehatan Fisiologis dan Psikologis.....	13
2.4	Kerangka Teori.....	15
2.5	Kerangka Konsep	16
2.6	Hipotesis Penelitian	16
BAB 3 METODE PENELITIAN.....		17
3.1	Definisi Operasional.....	17
3.2	Jenis Penelitian	17
3.3	Waktu dan Tempat Penelitian	18
3.3.1	Waktu Penelitian.....	18
3.3.2	Tempat Penelitian	18
3.4	Populasi dan Sampel	18
3.4.1	Populasi Penelitian.....	18
3.4.2	Sampel Penelitian	18
3.4.3	Besar Sampel	19
3.5	Teknik Pengumpulan Data	20
3.6	Pengolahan dan Analisis Data	21
3.6.1	Pengolahan Data	21
3.6.2	Analisis Data.....	21
3.7	Alur Penelitian.....	22
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....		23
4.1	Hasil Penelitian.....	23
4.1.1	Analisis Univariat	23
4.1.1.1	Data Demografi Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan RSUD Haji Medan.....	23
4.1.1.2	Distribusi Skor Gejala Depresi Sebelum Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir	25
4.1.1.3	Distribusi Skor Gejala Depresi Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir	25
4.1.1.5	Statistik Deskriptif Skor Gejala Depresi Pre-test dan Post-test.....	27
4.1.2	Analisis Bivariat	28
4.1.2.1	Uji Normalitas.....	28
4.1.2.2	Uji Wilcoxon Signed Rank Test	29
4.2	Pembahasan	30

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	34
5.1 Kesimpulan.....	34
5.2 Saran	34
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN.....	40

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	17
Tabel 4. 1 Karakteristik Demografi Pasien Post Stroke di RSUD Haji Medan	23
Tabel 4. 2 Distribusi Skor Gejala Depresi Sebelum Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir	25
Tabel 4. 3 Distribusi Skor Gejala Depresi Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir	26
Tabel 4. 4 Distribusi Skor Gejala Depresi Sebelum dan Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir	26
Tabel 4. 5 Statistik Deskriptif Skor Gejala Depresi Pre-test dan Post-test	28
Tabel 4. 6 Uji Normalitas	28
Tabel 4. 7 Wilcoxon Signed Rank Test.....	29
Tabel 4. 8 Uji Statistik.....	30

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori	15
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	16
Gambar 3.1 Alur Penelitian	22

DAFTAR SINGKATAN

HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BDI	: Beck Depression Inventory
PSD	: Post-Stroke Depression
SLC6A4	: Solute Carrier Family 6 Member 4 (gen transporter serotonin)
TPH2	: Tryptophan Hydroxylase 2 (enzim pembentuk serotonin)
COMT	: Catechol-O-Methyltransferase (enzim pemecah katekolamin)
BDNF	: Brain-Derived Neurotrophic Factor
DNA	: Deoxyribonucleic Acid
RNA	: Ribonucleic Acid
HPA	: Hypothalamus–Pituitary–Adrenal (axis/sumbu stres)
RSU	: Rumah Sakit Umum
SWT	: Subhanahu Wata'ala
BDI	: Beck Depression Inventory

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasien post stroke umumnya menghadapi tantangan yang kompleks dalam proses pemulihan. Setelah melewati fase akut, mereka sering kali masih mengalami berbagai keterbatasan fisik seperti kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, penurunan fungsi kognitif, serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi ini dapat mengganggu kemandirian dan juga menimbulkan beban psikologis yang signifikan, salah satunya berupa gejala depresi.¹ Komplikasi yang sering terjadi pada stroke ialah depresi pasca stroke, yang dapat menghambat proses pemulihan fisik maupun kualitas hidup pasien secara menyeluruh.²

Menurut *American Heart Association* (2021), pada tahun 2019 tercatat sekitar 101,5 juta kasus stroke di seluruh dunia, dengan 6,6 juta kematian akibat penyakit serebrovaskular. Dari angka tersebut, sekitar 80% merupakan jenis stroke non-hemoragik. Angka ini menunjukkan bahwa stroke bukan hanya masalah medis, tetapi juga menimbulkan beban sosial dan psikologis yang besar. Salah satu dampak psikologis yang dominan adalah munculnya stres emosional dan perasaan kehilangan, yang apabila tidak ditangani dapat berkembang menjadi depresi.³

Terapi farmakologis memang menjadi pilihan utama, namun intervensi non-farmakologis mulai banyak mendapat perhatian. Salah satu bentuk intervensi spiritual dalam Islam adalah dzikir, yakni aktivitas mengingat Allah SWT melalui pengucapan dan pendengaran lafaz-lafaz tertentu. Dzikir diyakini mampu memberikan ketenangan batin, mengurangi ketegangan emosional, dan memperkuat spiritualitas pasien.⁴ Dzikir secara fisiologis dapat merangsang sistem saraf parasimpatis yang membantu menurunkan ketegangan otot, memperlambat detak jantung, serta menurunkan tekanan darah. Efek ini penting bagi pasien post-stroke karena dapat membantu mengendalikan faktor risiko kardiovaskular sekaligus memberikan stabilitas emosional.⁵

Penelitian di RSUD Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan bahwa tekanan darah pada pasien stroke akut dapat menurun dengan terapi dzikir, dari hipertensi derajat satu menjadi prahipertensi, yang mendukung kestabilan hemodinamik selama masa pemulihan.⁶ Secara spiritual, ajaran Islam menegaskan manfaat dzikir yang dinyatakan dalam Al-Qur'an Surat *Ar-Ra'd* ayat 28: “(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tenteram.”⁷

Berbagai penelitian terdahulu menunjukkan kesamaan temuan bahwa terapi dzikir, khususnya dzikir istighfar, efektif menurunkan gejala depresi pada berbagai populasi, baik pada pasien dengan penyakit kronis maupun kelompok non-klinis. Zulfiana dkk. pada pasien *HIV/AIDS*, Himawan dkk. dan Anggun dkk. pada pasien yang menjalani hemodialisa. Desain pra-eksperimental atau quasi-eksperimental dengan pengukuran pretest–posttest digunakan oleh Purwasih & Rochana pada wanita menopause dan seluruhnya melaporkan penurunan signifikan tingkat depresi setelah intervensi dzikir istighfar.⁸⁻¹¹

Penelitian lain juga ditemukan pada penelitian Khumairo & Azizah di Rumah Sakit Islam Metro dan kajian literatur Utami & Handayani pada pasien stroke, yang menunjukkan bahwa dzikir tidak hanya memberikan efek menenangkan secara spiritual, tetapi juga berperan dalam memperbaiki kondisi psikologis dan mengurangi gejala depresi. Konsistensi hasil ini mengindikasikan bahwa terapi dzikir memiliki potensi sebagai intervensi psikologis yang efektif lintas populasi dan kondisi kesehatan.¹²⁻¹³

Efek penurunan gejala depresi dapat dirasakan segera setelah sesi dzikir, khususnya bila dilakukan selama 10–15 menit per sesi secara rutin setiap hari selama periode 1–2 minggu.¹⁰⁻¹³ Namun, efek ini cenderung bersifat sementara apabila dzikir tidak dilakukan secara berkelanjutan; gejala stres atau depresi dapat kembali muncul apabila faktor pencetus masih ada dan tidak diimbangi dengan manajemen psikologis yang memadai.⁵ Oleh karena itu, dzikir dianjurkan menjadi bagian dari rutinitas harian untuk mempertahankan stabilitas emosional dan mencegah kekambuhan gejala.

Sejauh penelusuran peneliti, belum ditemukan penelitian yang secara khusus mengevaluasi efektivitas dzikir dalam menurunkan gejala depresi pada pasien pasca stroke, terutama di layanan rawat jalan. Sebagian besar penelitian terdahulu mengenai intervensi dzikir masih berfokus pada populasi umum atau pasien dengan gangguan psikologis *non-stroke*, sehingga belum memberikan gambaran yang jelas mengenai manfaat dzikir pada kelompok pasien pasca stroke. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan penelitian, khususnya di RSUD Haji Medan, dimana intervensi psikospiritual seperti dzikir belum banyak diintegrasikan dalam layanan rawat jalan.¹⁴ Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam pengembangan pendekatan rehabilitasi pasca stroke yang lebih komprehensif, dengan memperhatikan aspek pemulihan fisik, kesehatan mental, dan dukungan spiritual pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke yang menjalani perawatan rawat jalan di RSUD Haji Medan.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke di rawat jalan RSUD Haji Medan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a) Mengidentifikasi tingkat gejala depresi pada pasien post stroke sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir.
- b) Menilai perubahan gejala depresi pada pasien post stroke setelah menjalani terapi mendengarkan dzikir.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pasien Post Stroke

Memberikan alternatif intervensi non-farmakologis berupa terapi spiritual yang dapat membantu mengurangi gejala depresi dan mempercepat pemulihan psikologis.

1.4.2 Bagi Tenaga Medis dan Psikososial

Menjadi acuan dalam merancang program rehabilitasi yang menyertakan terapi psikospiritual untuk mendukung proses pemulihan pasien post stroke.

1.4.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Menjadi dasar penelitian lanjutan yang mengkaji terapi dzikir atau terapi spiritual lain dalam mengatasi masalah psikologis pada pasien dengan kondisi medis kronis atau neurologis.

1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Menyumbangkan bukti empiris mengenai efektivitas terapi dzikir sebagai intervensi psikospiritual dalam konteks rehabilitasi pasien post stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke merupakan suatu kondisi medis yang terjadi akibat gangguan aliran darah ke otak secara mendadak, dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan otak. Gangguan aliran darah ini dapat berupa penyumbatan pembuluh darah (iskemik) atau pecahnya pembuluh darah (hemoragik). Ketika suplai darah ke otak terganggu, suplai oksigen dan nutrisi ke sel-sel otak juga terganggu, yang dapat mengakibatkan penurunan fungsi otak di area yang terkena dan jika tidak diobati, dapat menyebabkan kehilangan fungsi secara permanen.¹⁵

Secara klinis, stroke merupakan kondisi neurologis yang memicu berbagai gejala dan komplikasi, di antaranya gangguan sensorik, gangguan motorik seperti kelumpuhan atau kelemahan pada salah satu sisi tubuh, gangguan bahasa (afasia), hingga gangguan kognitif dan emosional. Gejala-gejala tersebut dapat bervariasi tergantung pada lokasi dan luas kerusakan otak yang terjadi. Tanpa penanganan yang cepat dan tepat, stroke dapat menyebabkan kecacatan permanen bahkan kematian.¹⁶

Selain dampak fisik yang nyata, stroke juga memiliki konsekuensi psikologis yang signifikan. Penderita stroke sering mengalami perubahan suasana hati, depresi, kecemasan, dan kesulitan dalam mengendalikan emosi. Kondisi psikologis ini sering kali menjadi hambatan dalam proses rehabilitasi dan pemulihan pasien. Oleh karena itu, pendekatan pengobatan stroke tidak hanya fokus pada pemulihan fisik, tetapi juga memperhatikan aspek psikososial pasien.¹⁷

2.1.2 Patofisiologi Stroke

Stroke iskemik terjadi akibat oklusi pembuluh darah serebral yang menyebabkan penurunan aliran darah, oksigen, dan glukosa ke jaringan otak. Kekurangan energi ini memicu eksitotoksisitas glutamat, di mana akumulasi

glutamat menyebabkan aktivasi berlebihan reseptor *NMDA*, masuknya ion kalsium (Ca^{2+}) secara masif ke neuron, serta gangguan fungsi mitokondria yang berujung stres oksidatif dan apoptosis seluler.¹⁷

Stres oksidatif menjadi kunci dalam perburukan iskemia otak, terutama selama fase reperfusi. Proses reperfusi memicu produksi *reactive oxygen species* (ROS) dari mitokondria dan enzim *NADPH-oksidade*, yang kemudian mengakibatkan kerusakan membran sel, peroksidasi lipid, serta disrupsi sawar darah–otak, sehingga memperparah edema dan kehilangan integritas jaringan.^{18,19}

Selanjutnya, neuroinflamasi aktif menyertai fase akut dan subakut setelah stroke. Sitokin pro-inflamasi seperti interleukin- 1β (IL- 1β), interleukin-6 (IL-6), dan TNF- α dilepaskan ketika mikroglia dan leukosit menginfiltrasi area iskemik, yang semakin memperlemah integritas BBB dan memperluas kerusakan neural melalui pembentukan edema.^{20,21}

2.1.3 Etiologi Stroke

Faktor penyebab stroke ada dua yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi. Adapun faktor penyebab stroke adalah sebagai berikut:²²

1. Faktor Predisposisi

- a) **Tromboemboli:** Terbentuknya bekuan darah yang menghambat aliran darah di pembuluh darah otak.
- b) **Cerebral emboli:** Penyumbatan pada pembuluh darah otak yang disebabkan oleh gumpalan darah atau material lain yang terbawa dari bagian tubuh lain.
- c) **Iskemia:** Kekurangan oksigen dan nutrisi di area tertentu pada otak karena terjadi penurunan aliran darah.
- d) **Hemoragi serebral:** Perdarahan pada jaringan otak atau ruang di sekitarnya yang dikarenakan pecahnya pembuluh darah di otak.

2. Faktor Presipitasi

- a) Hipertensi atau tekanan darah tinggi.
- b) Penyakit jantung, termasuk fibrilasi atrium dan penyakit katup jantung.
- c) Kolesterol tinggi (hiperkolesterolemia).

- d) Obesitas.
- e) Diabetes mellitus.
- f) Polisitemia, yaitu produksi sel darah merah yang berlebihan.
- g) Pola hidup tidak sehat seperti merokok, konsumsi alkohol, penggunaan obat terlarang, kurang aktivitas fisik, dan kurang olahraga.
- h) Pola makan yang mengandung kolesterol tinggi.

2.2 Depresi

2.2.1 Pengertian Depresi

Depresi ialah gangguan suasana hati yang ditandai oleh perasaan disforia, yaitu kondisi emosional yang mencakup rasa gelisah, ketidaknyamanan, dan ketidakpuasan yang mendalam. Gejala ini umumnya disertai dengan gangguan tidur, penurunan nafsu makan, serta penurunan energi dan motivasi.²³ Depresi memengaruhi berbagai aspek kehidupan individu, termasuk sikap, fungsi fisiologis, kapasitas intelektual, serta perilaku sehari-hari, sehingga mengubah pola respons terhadap lingkungan.²⁴

Jika depresi dibiarkan terus menerus, hal ini bisa menjadi beban pikiran yang berat dan berpotensi mengganggu sistem kekebalan tubuh. Perasaan negatif seperti kesedihan, kebencian, keputusasaan, rasa iri, kecemasan, dan ketidakbersyukuran dapat melemahkan daya tahan tubuh seseorang. Kondisi ini dapat dialami pada seluruh kelompok usia, mulai dari remaja hingga lanjut usia, sehingga memerlukan perhatian dan penanganan yang tepat untuk mencegah dampak jangka panjang terhadap kesehatan fisik maupun mental.²⁴

2.2.2 Patofisiologi Depresi

Patofisiologi depresi menurut penelitian terkini menunjukkan bahwa kadar norepinefrin pada individu yang mengalami depresi cenderung rendah. Penelitian lebih lanjut mengungkap adanya disregulasi monoamin di sistem saraf pusat serta kekurangan neurotransmitter yang melibatkan serotonin, norepinefrin, dan dopamin. Neurotransmitter ini dianggap berperan penting dalam penyebab terjadinya depresi. Serotonin tersebar luas di seluruh sistem saraf dan kekurangannya dapat memicu depresi, fobia, kecemasan, serta berbagai gangguan kesehatan mental lainnya pada

vertebrata. Sementara itu, dopamin berfungsi sebagai neurotransmitter utama yang mengatur perilaku dan merupakan zat pendahulu bagi epinefrin dan norepinefrin di otak.²⁶

2.2.3 Etiologi Depresi

Beberapa faktor penyebab terjadinya depresi antara lain :²⁷

1. Faktor Genetik

Sekitar 30–40% kasus depresi disebabkan oleh faktor genetik. Beberapa gen yang terkait dengan depresi adalah *SLC6A4* (transporter serotonin), *TPH2* (triptofan hidroksilase), *COMT*, dan *BDNF*. Namun, tidak ada satu gen tunggal yang secara dominan menyebabkan depresi; justru kombinasi banyak gen dengan pengaruh kecil yang membentuk predisposisi terhadap gangguan ini.

2. Faktor Epigenetik

Metilasi DNA, modifikasi histon, dan regulasi RNA non-koding ialah bagian dari epigenetik yang mengalami perubahan ekspresi gen tanpa mengubah urutan DNA. Epigenetik memberikan penjelasan baru dalam memahami bagaimana lingkungan memengaruhi kerentanan seseorang terhadap depresi, bahkan bisa diwariskan antar generasi.

3. Faktor Lingkungan dan Stres

Paparan terhadap stres berkepanjangan, pengalaman traumatis di masa kecil, kekerasan, dan penyalahgunaan, semuanya meningkatkan risiko munculnya depresi. Stres juga terbukti memicu aktivasi sumbu HPA (hipotalamus–pituitari–adrenal), yang menyebabkan peningkatan hormon kortisol dan penurunan neuroplastisitas otak.

4. Faktor Biologis

Penurunan neurotransmitter seperti serotonin dan dopamin merupakan salah satu jalur biologis utama dalam depresi. Ketidakseimbangan ini memengaruhi suasana hati, kemampuan kognitif, dan tingkat energi seseorang. Selain itu, akumulasi radikal bebas dan stres oksidatif dapat merusak sel saraf dan jaringan otak.

5. Faktor Psikososial

Depresi juga dipengaruhi oleh hubungan sosial yang buruk, kehilangan orang tercinta, kesulitan ekonomi, dan isolasi sosial. Orang dengan pengalaman masa kecil yang penuh kekerasan atau pengabaian memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi di usia dewasa

2.2.4 Tanda dan Gejala Depresi

Tanda dan gejala depresi meliputi beberapa aspek sebagai berikut:²⁴

1. Gejala Fisik

Gangguan pola tidur seperti sulit tidur (insomnia) atau tidur berlebihan (hipersomnia), penurunan aktivitas seperti hilangnya minat dan kegembiraan terhadap hal-hal yang sebelumnya disukai, perubahan nafsu makan baik berkurang maupun berlebihan, masalah pencernaan seperti sembelit dan nyeri lambung terus-menerus, sakit kepala, sering merasa pegal di kaki dan tangan, rasa lelah, melambat, kesulitan berkonsentrasi, serta gangguan memori.

2. Gejala Psikologis

Perasaan cemas, sedih, dan kekosongan yang terus menerus, pesimisme dan rasa putus asa, merasa tidak berharga dan bersalah, merasa terbebani tanpa henti, mudah tersinggung, sulit merasa tenang, adanya pikiran untuk bunuh diri, kehilangan rasa percaya diri, serta menjadi sangat sensitif.

3. Gejala Sosial

Kehilangan motivasi diri dan penurunan aktivitas, kecenderungan menarik diri dan mengisolasi diri, kemalasan, hilangnya semangat dalam melakukan aktivitas, serta hilangnya keinginan hidup atau munculnya niat untuk bunuh diri.

2.2.5 Klasifikasi Depresi

Depresi dapat diklasifikasikan menjadi beberapa tingkatan sebagai berikut:²⁶

1. Tidak Depresi / Minimal

Individu berada dalam kondisi normal secara psikologis tanpa gejala depresi yang berarti. Tidak ditemukan gangguan suasana hati, fungsi sosial maupun biologis seperti pola tidur dan nafsu makan masih dalam batas wajar. Skor *BDI* dalam kategori ini umumnya rendah atau nol.

2. Depresi Ringan

Individu mengalami setidaknya dua dari tiga gejala utama depresi, yaitu kehilangan minat atau kesenangan, suasana hati yang depresif, dan kelelahan. Selain itu, terdapat minimal dua gejala tambahan seperti perubahan nafsu makan, gangguan tidur, gangguan konsentrasi, atau perasaan bersalah. Gejala berlangsung kurang dari dua minggu dan masih memungkinkan individu untuk melakukan aktivitas sehari-hari, meskipun disertai dengan rasa berat atau tidak bersemangat. Penanganan pada tahap ini biasanya cukup dengan pendekatan psikososial seperti konseling, dukungan keluarga, dan intervensi non-farmakologis seperti terapi dzikir atau relaksasi.

3. Depresi Sedang

Individu pada kategori depresi sedang ini ditandai dengan adanya dua hingga tiga gejala utama disertai minimal empat gejala tambahan. Dibandingkan dengan depresi ringan, gejala pada depresi sedang lebih intens dan menetap, serta mulai berdampak signifikan pada fungsi sosial, pekerjaan, dan kehidupan pribadi individu. Orang dengan depresi sedang cenderung menarik diri dari interaksi sosial, mengalami kesulitan konsentrasi yang lebih berat, dan mulai kehilangan motivasi untuk menjalani rutinitas. Penanganannya umumnya memerlukan kombinasi antara terapi psikologis dan pengobatan antidepresan.

4. Depresi Berat

Depresi berat merupakan kondisi yang serius dan terbagi menjadi dua subkategori, yaitu depresi dengan dan tanpa gejala psikotik. Pada depresi berat tanpa gejala psikotik, penderita mengalami hampir seluruh gejala utama dan tambahan dengan tingkat keparahan tinggi, sehingga

aktivitas sehari-hari terganggu secara drastis, bahkan bisa sampai terbaring di tempat tidur karena kehilangan energi dan harapan. Sementara itu, pada depresi berat dengan gejala psikotik, terdapat tambahan berupa halusinasi (seperti mendengar suara yang menyuruh menyakiti diri) atau waham (keyakinan yang salah, misalnya merasa sangat berdosa tanpa alasan yang jelas). Kondisi ini sangat berisiko dan membutuhkan penanganan intensif dari tenaga kesehatan jiwa, termasuk penggunaan obat antipsikotik dan pengawasan ketat untuk mencegah tindakan membahayakan diri sendiri atau orang lain.

2.2.6 Depresi Akibat Pasca Stroke

Depresi pasca stroke (*post-stroke depression*) merupakan gangguan kejiwaan yang sering terjadi setelah seseorang mengalami serangan stroke. PSD ditandai dengan gejala mood depresif, kehilangan minat, kelelahan, perubahan nafsu makan dan tidur, serta perasaan tidak berdaya. Kondisi ini dapat memperlambat proses rehabilitasi, menurunkan kualitas hidup pasien, dan meningkatkan risiko komplikasi lebih lanjut bahkan kematian dini.²⁵

Mekanisme terjadinya PSD bersifat multifaktorial dan melibatkan interaksi antara faktor psikologis, biologis, dan sosial. Dari aspek biologis, kerusakan otak akibat stroke, khususnya pada area prefrontal kiri, ganglia basalis, dan jalur limbik, dapat mengganggu regulasi neurotransmitter seperti norepinefrin, serotonin, dan dopamin yang berperan penting pada kestabilan emosi dan motivasi. Kerusakan pada jalur saraf ini mengubah aktivitas sistem limbik dan korteks prefrontal sehingga meningkatkan kerentanan terhadap depresi.²⁵

Selain itu, faktor psikososial memiliki kontribusi yang tidak kalah besar. Kehilangan fungsi tubuh (misalnya kelemahan anggota gerak atau afasia), ketergantungan pada orang lain untuk aktivitas sehari-hari, perubahan peran sosial dalam keluarga, ketidakmampuan kembali bekerja, dan kurangnya dukungan emosional dari lingkungan terdekat menjadi stresor yang signifikan.²⁶ Kondisi ini dapat menimbulkan rasa tidak berguna, rendah diri, dan isolasi sosial, yang semakin memperburuk gejala depresi. Faktor medis lain yang berperan meliputi nyeri

kronis, kelelahan pasca stroke, dan gangguan tidur, yang sering kali memperkuat siklus depresi. Selain itu, riwayat depresi sebelum stroke juga meningkatkan risiko terjadinya PSD.⁶

Penanganan PSD memerlukan pendekatan yang holistik, menggabungkan farmakoterapi, psikoterapi, serta intervensi non-farmakologis. Farmakoterapi umumnya menggunakan antidepresan seperti selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) yang relatif aman pada pasien stroke. Psikoterapi, seperti terapi perilaku kognitif, untuk membantu pasien mengubah pola pikir negatif menjadi lebih adaptif.⁶

2.3 Dzikir

2.3.1 Definisi Dzikir

Secara etimologis, kata "*dzikir*" berasal dari bahasa Arab "*dzakara*" yang berarti mengingat, menuturkan, atau menyebut. Dalam konteks ibadah, dzikir merujuk pada aktivitas mengingat dan menyebut nama Allah SWT sebagai bentuk peribadatan. Dan secara terminologis, dzikir adalah aktivitas spiritual yang mencakup kata-kata atau tindakan yang dilakukan untuk mengingat Allah SWT. Hal ini termasuk membaca Al-Qur'an, berdoa, dan amalan-amalan lain yang bertujuan mendekatkan diri kepada-Nya.²⁸

Menurut Imam Al-Ghazali, dzikir adalah menghadirkan Allah dalam hati dan pikiran, sementara Ibnu Athaillah As-Sakandari memaknai dzikir sebagai membebaskan diri dari kelalaian dengan menghadirkan hati bersama Allah secara terus-menerus.²⁹

Dalam praktiknya, dzikir tidak hanya menjadi sarana mendekatkan diri kepada Allah, tetapi juga menumbuhkan rasa syukur, memberikan ketenangan batin, dan menguatkan iman. Praktik dzikir dapat dilakukan di mana saja dan kapan saja, baik secara individu maupun berkelompok.³⁰

2.3.2 Manfaat Dzikir

Dzikir sebagai praktik spiritual dalam Islam, tidak hanya memiliki nilai ibadah tetapi juga memberikan dampak positif terhadap kesehatan mental dan fisik.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa dzikir dapat berperan sebagai terapi komplementer dalam meningkatkan kualitas hidup individu.

1. **Mengurangi Kecemasan dan Stres:** Dzikir memiliki efek relaksasi yang dapat menurunkan tingkat kecemasan dan stres.³¹
2. **Menurunkan Tekanan Darah:** Praktik dzikir secara rutin dapat membantu menurunkan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi.³²
3. **Meningkatkan Kualitas Tidur:** Dzikir juga berkontribusi dalam meningkatkan kualitas tidur, terutama pada lansia yang mengalami gangguan tidur.³³
4. **Mendukung Kesehatan Mental:** Dzikir dapat berfungsi sebagai psikoterapi dalam mengatasi gangguan mental.³⁴
5. **Mendukung Kesehatan Mental:** Penerapan terapi spiritual dzikir dapat meningkatkan kesehatan mental mereka.³⁵

2.3.3 Mekanisme Dzikir terhadap Kesehatan Fisiologis dan Psikologis

Dzikir, sebagai aktivitas spiritual dalam Islam, memiliki pengaruh signifikan terhadap kesehatan fisik (fisiologis) dan mental (psikologis) melalui mekanisme neurofisiologis dan psikoemosional. Aktivitas ini melibatkan pengulangan lafaz tertentu yang dipadukan dengan konsentrasi, kesadaran, dan penghayatan spiritual, sehingga memberikan efek relaksasi dan ketenangan.

1. Mekanisme Psikologis

Dzikir memengaruhi aspek psikologis melalui penguatan regulasi emosi, peningkatan kesadaran diri (*self-awareness*), dan pembentukan makna hidup. Aktivitas ini membantu menurunkan gejala kecemasan, stres, dan depresi. Fokus perhatian pada lafaz dzikir secara berulang memberikan efek yang mirip dengan meditasi, sehingga menurunkan aktivitas otak di area amigdala (bagian otak yang bertanggung jawab terhadap respons stres). Sebuah studi oleh Adrianty membuktikan bahwa terapi dzikir efektif menurunkan kecemasan pada lansia di masa pandemi COVID-19.³¹

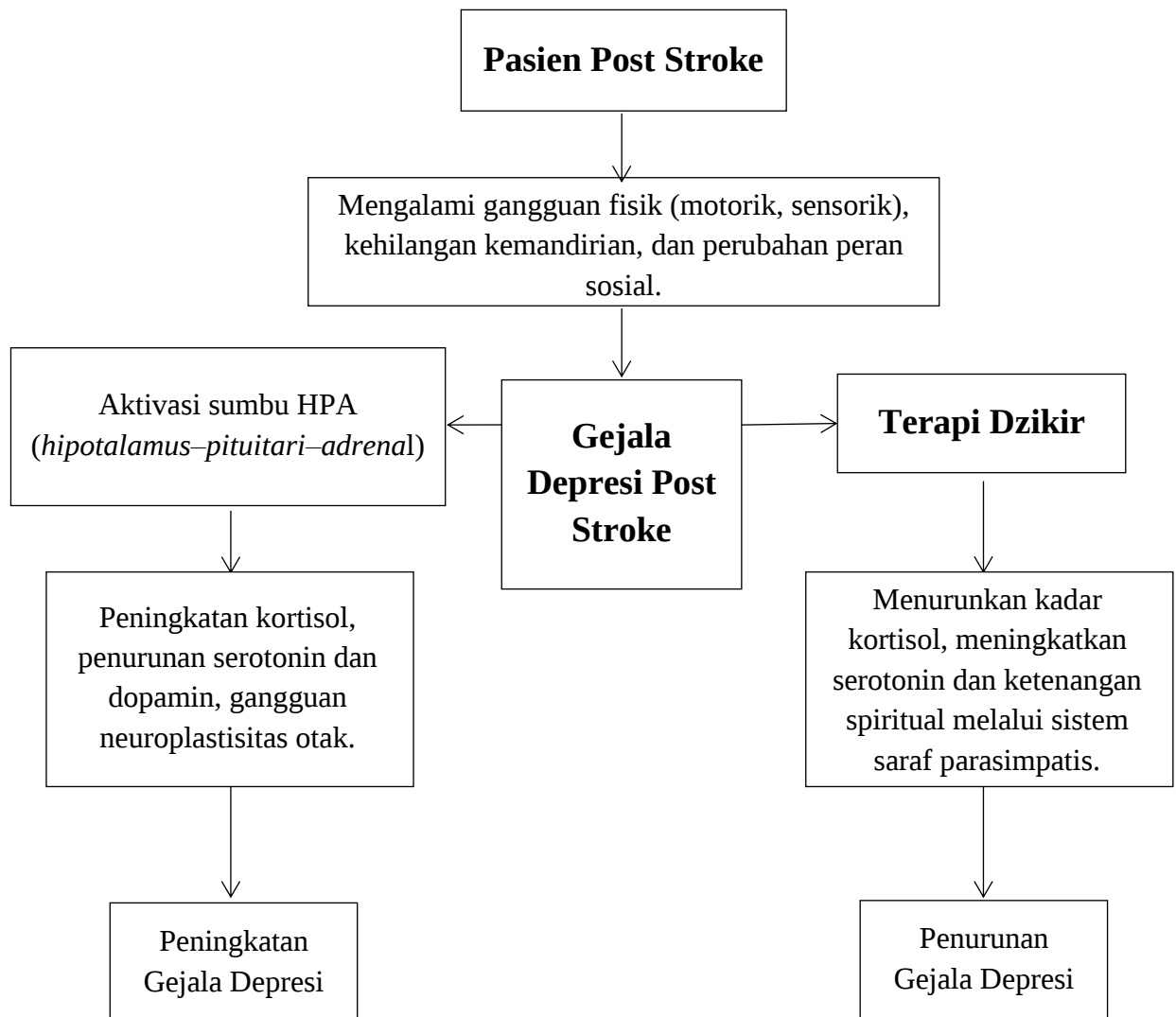
2. Mekanisme Fisiologis

Secara fisiologis, dzikir memicu aktivasi sistem saraf parasimpatis yang bertanggung jawab atas kondisi relaksasi tubuh. Aktivasi ini menyebabkan penurunan detak jantung, pelebaran pembuluh darah, dan penurunan tekanan darah. Dzikir juga merangsang pelepasan hormon endorfin dan serotonin yang membantu menurunkan persepsi nyeri serta meningkatkan perasaan nyaman. Dzikir secara rutin dapat menurunkan tekanan darah pada lansia hipertensi secara signifikan, yang dinyatakan oleh penelitian Agustin et al.³²

3. Integrasi Spiritual dan Neuropsikologi

Dalam perspektif neuropsikologi spiritual, dzikir menstimulasi gelombang otak alfa dan teta, yang terkait dengan ketenangan, introspeksi, dan penyembuhan. Hal ini menjadikan dzikir sebagai bentuk terapi komplementer yang dapat digunakan dalam intervensi kesehatan mental. Selain itu, dzikir juga memperkuat hubungan individu dengan Tuhan (tauhid), yang berdampak pada meningkatnya ketahanan psikologis (resiliensi) dalam menghadapi tekanan hidup.³⁶

2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

2.5 Kerangka Konsep

Berdasarkan landasan teori tersebut, maka dapat dirumuskan kerangka konsep penelitian sebagai berikut :



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.6 Hipotesis Penelitian

- H_a : Terdapat pengaruh signifikan terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke yang menjalani perawatan rawat jalan di rumah sakit umum Haji Medan.
- H_0 : Tidak terdapat pengaruh signifikan terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke yang menjalani perawatan rawat jalan di rumah sakit umum Haji Medan

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Gejala Depresi	Tingkat keparahan gejala depresi yang dialami pasien post stroke setelah mendapatkan terapi mendengarkan dzikir.	Skala Depresi Beck (<i>Beck Depression Inventory/BDI</i>) atau instrumen valid yang sesuai	Skor total BDI: 1. 0–13 = Tidak depresi/ Depresi Minimal 2. 14–19 = Depresi ringan	Ordinal
Terapi Mendengarkan Dzikir	Frekuensi dan durasi pasien mendengarkan dzikir sebagai intervensi terapi untuk mengurangi gejala depresi.	Catatan terapi atau lembar observasi aktivitas terapi	1. Melakukan Terapi Dzikir 2. Tidak melakukan Terapi Dzikir	Nominal

3.2 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan *desain pre-eksperimental* dengan pendekatan *one group pretest-posttest design*, yaitu memberikan pengukuran gejala depresi sebelum dan setelah intervensi terapi mendengarkan dzikir. Desain ini digunakan untuk mengetahui adanya perubahan tingkat depresi setelah intervensi diberikan.

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

3.3.1 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Oktober hingga Desember 2025.

3.3.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rawat Jalan RSUD Haji Medan.

3.4 Populasi dan Sampel

3.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post-stroke yang menjalani rawat jalan di RSUD Haji Medan.

3.4.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah pasien post-stroke rawat jalan yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan sampel berdasarkan kriteria tertentu.

1. Kriteria Inklusi

- a) Pasien beragama Islam
- b) Pasien post-stroke rawat jalan di RSUD Haji Medan.
- c) Pasien mampu mendengar dengan baik.
- d) Bersedia mengikuti terapi mendengarkan dzikir.
- e) Bersedia menjadi responden dan menandatangani informed consent.
- f) Bersedia mengikuti prosedur penelitian dan menandatangani informed consent.

2. Kriteria Eksklusi

- a) Pasien mengalami gejala depresi derajat sedang-berat.
- b) Pasien yang rutin minum obat anti depresi.
- c) Pasien yang tidak dapat mengikuti terapi secara konsisten selama periode intervensi.

3.4.3 Besar Sampel

Jumlah populasi dalam penelitian ini tidak diketahui secara pasti karena data pasien post-stroke yang menjalani rawat jalan di RSUD Haji Medan bersifat fluktuatif setiap bulannya. Oleh karena itu, perhitungan besar sampel dilakukan menggunakan rumus untuk populasi tak diketahui dengan pendekatan proporsi:

$$n = \left(\frac{Z^2 \times p \times (1 - p)}{d^2} \right)$$

Keterangan:

- n = jumlah minimum sampel
- Z = nilai z untuk tingkat kepercayaan 95% = 1,96
- p = proporsi kejadian depresi pada pasien post-stroke
- d = presisi atau margin of error yang ditoleransi (0,15 atau 15%)

Dari studi yang dilakukan oleh Utami dan Handayani (2022), disebutkan bahwa sekitar 70% pasien stroke mengalami gangguan psikologis seperti depresi.¹² Oleh karena itu, nilai p dalam perhitungan ini diasumsikan sebesar 0,70.

$$n = \left(\frac{(1,96)^2 \times 0,7 \times (1 - 0,7)}{(0,15)^2} \right)$$

$$n = \left(\frac{3,8416 \times 0,21}{0,0225} \right)$$

$$n = \left(\frac{0,8067}{0,0225} \right) = 35,86$$

Berdasarkan hasil perhitungan, jumlah minimum sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 36 responden. Untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya *drop-out* atau data yang tidak lengkap selama proses pengumpulan data, maka jumlah tersebut ditambah sebesar 10%. Dengan demikian, total sampel yang direncanakan untuk penelitian ini adalah sebanyak 40 responden.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam penelitian. Berikut adalah langkah – langkah yang dilakukan dalam proses pengumpulan data:

A. Tahap Persiapan

1. Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti mengajukan surat permohonan izin kepada Dekan Fakultas Kedokteran UMSU.
2. Peneliti mengajukan permohonan izin kepada Kepala Rumah Sakit RSU haji Medan.
3. Mempersiapkan lembar *informed consent* dan kuisioner *Beck Depression Inventory* (BDI) yang berisi 21 pertanyaan dengan setiap pertanyaan memiliki skoring 0 hingga 3.
4. Mempersiapkan lembar catatan atau absensi yang diisi ketika mendengarkan terapi dzikir di rumah masing-masing responden.

B. Tahap Pelaksanaan

1. Penelitian dilakukan di Rawat jalan RSU Haji Medan.
2. Melakukan pendekatan kepada pasien, dengan memberikan penjelasan atau informasi penelitian yang akan diteliti oleh peneliti kepada responden.
3. Menjelaskan prosedur penelitian, yaitu terapi mendengarkan dzikir melalui link *youtube* berikut <http://bit.ly/401ZN4n> yang akan dilakukan selama 7 hari di rumah masing-masing.
4. Memberikan lembar persetujuan kepada responden dan meminta responden menandatangani surat pernyataan bersedia menjadi responden.
5. Membagi lembar kuisioner dan menjelaskan prosedur pengisian kuisioner.
6. Meminta responden untuk mengisi kuisioner dengan sejujur-jujurnya.
7. Mengecek kelengkapan identitas, data dan kesesuaian responden.

8. Membagikan lembar catatan atau absensi yang akan diisi di rumah kepada responden.
9. *Follow up* setiap hari dengan komunikasi di media sosial untuk intruksi terapi mendengarkan dzikir.
10. Melakukan pertemuan tatap muka dengan responden setelah 7 hari dilakukan terapi mendengarkan dzikir, di Rawat jalan RSUD Haji Medan.
11. Melakukan pengisian kuisioner setelah mendapatkan terapi mendengarkan dzikir.
12. Setelah responden selesai menjawab kuisioner, peneliti memberikan ucapan terimakasih dan memberikan bingkisan kepada responden sebagai tanda terimakasih telah bersedia menjadi responden selama penelitian berlangsung.

3.6 Pengolahan dan Analisis Data

3.6.1 Pengolahan Data

1. **Editing:** Proses memeriksa kelengkapan dan keakuratan data yang diperoleh dari responden. Tahapan ini bertujuan untuk memastikan bahwa semua data telah terisi dengan lengkap dan benar.
2. **Coding:** Data yang telah diedit kemudian diberi kode dalam bentuk angka untuk masing-masing variabel, agar memudahkan proses klasifikasi dan analisis.
3. **Data Entry:** Data yang telah dikodekan dimasukkan ke dalam perangkat lunak SPSS agar dapat dianalisis secara sistematis dan akurat.
4. **Cleaning:** Tahap ini dilakukan untuk memeriksa dan memperbaiki kesalahan input seperti data ganda, data kosong, atau ketidaksesuaian data.

3.6.2 Analisis Data

1. Analisis Univariat

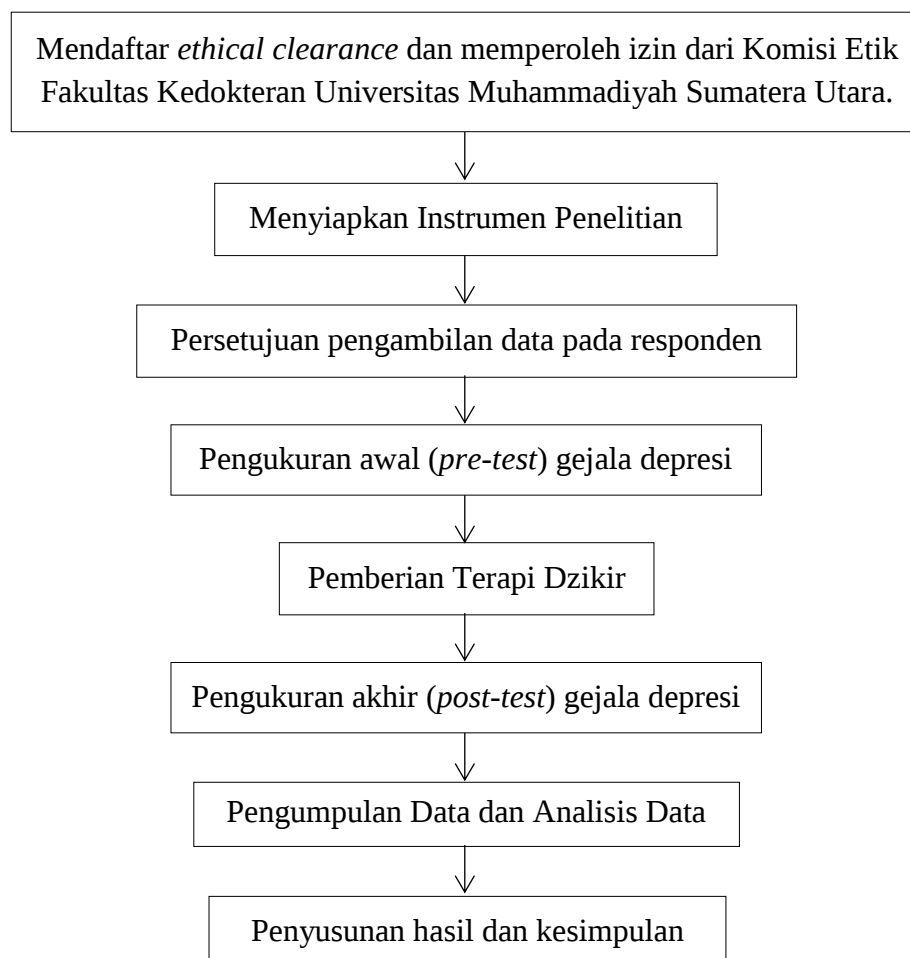
Analisis ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel penelitian, yaitu skor gejala depresi pada pasien post stroke sebelum dan setelah pemberian terapi dzikir. Hasil analisis akan disajikan

dalam bentuk distribusi frekuensi, mean, median, standar deviasi, dan persentase sesuai dengan jenis data masing-masing variabel.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi mendengarkan dzikir terhadap perubahan gejala depresi pada pasien post stroke. Uji statistik yang digunakan adalah uji *paired t-test* jika data berdistribusi normal, atau uji *wilcoxon signed-rank test* jika data tidak berdistribusi normal, untuk membandingkan skor depresi pretest dan posttest. Tingkat signifikansi yang digunakan adalah $\alpha = 0,05$, dan perubahan dinyatakan signifikan apabila nilai $p\text{-value} < 0,05$.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Poli Saraf Rawat jalan RSUD Haji Medan pada bulan Oktober 2025 hingga Desember 2025. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 40 pasien post stroke yang memenuhi kriteria inklusi. Seluruh responden merupakan pasien dengan tingkat depresi ringan, yang ditentukan berdasarkan skor *Beck Depression Inventory (BDI)* dengan rentang skor 14–19. Pengukuran tingkat depresi dilakukan dua kali, yaitu sebelum (*pre-test*) dan setelah (*post-test*) diberikan terapi mendengarkan dzikir. Penelitian ini telah mempertimbangkan aspek etika penelitian dan mendapatkan persetujuan etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berdasarkan surat lolos etik 1703/KEPK/FKUMSU/2025.

4.1.1 Analisis Univariat

Analisis ini bertujuan untuk memberikan informasi mengenai distribusi data responden, baik pada variabel independen maupun variabel dependen, sebelum dilakukan analisis lebih lanjut. Data yang dianalisis meliputi karakteristik responden serta tingkat gejala depresi pasien post stroke sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir.

4.1.1.1 Data Demografi Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan RSUD Haji Medan

Berikut data demografi pasien post stroke di Rawat jalan RSUD Haji Medan:

Tabel 4. 1 Karakteristik Demografi Pasien Post Stroke di RSUD Haji Medan

No	Karakteristik	n	%
1. Usia	< 45	4	10,0
	46 – 55	9	22,5
	56 – 65	14	35,0
	66 – 75	13	32,5
2. Jenis Kelamin	Laki-laki	22	55,0
	Perempuan	18	45,0

3.	Status perkawinan	Menikah	40	100
		Belum menikah	0	0
4.	Pekerjaan	Ibu rumah tangga	13	32,5
		Pensiunan	9	22,5
		Wiraswasta	7	17,5
		Tidak bekerja	6	15,0
		Pedagang	3	7,5
		Penjahit	1	2,5
		Nelayan	1	2,5
5.	Pendidikan	SD	6	15,0
		SMP	8	20,0
		SMA	16	40,0
		Perguruan tinggi	10	25,0

Berdasarkan tabel di atas, Usia pasien post stroke di Rawat Jalan RSUD Haji Medan menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kelompok usia 56 – 65 tahun yaitu sebanyak 14 orang (35,0%), diikuti kelompok usia 66 – 75 tahun sebanyak 13 orang (32,5%), kelompok usia 46–55 tahun sebanyak 9 orang (22,5%), dan kelompok usia di bawah 45 tahun sebanyak 4 orang (10,0%). Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pasien post stroke dalam penelitian ini berada pada kategori usia lanjut. Ditinjau dari karakteristik jenis kelamin, responden laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan, yaitu sebanyak 22 orang (55,0%), sedangkan responden perempuan berjumlah 18 orang (45,0%). Berdasarkan status perkawinan, seluruh responden dalam penelitian ini berstatus sudah menikah dengan jumlah 40 orang (100%). Pada karakteristik pekerjaan, distribusi responden didominasi oleh ibu rumah tangga sebanyak 13 orang (32,5%), diikuti pensiunan sebanyak 9 orang (22,5%), wiraswasta sebanyak 7 orang (17,5%), responden yang tidak bekerja sebanyak 6 orang (15,0%), pedagang sebanyak 3 orang (7,5%), serta penjahit dan nelayan masing-masing sebanyak 1 orang (2,5%). Sementara itu, berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir pada jenjang SMA yaitu sebanyak 16 orang (40,0%), diikuti pendidikan perguruan tinggi sebanyak 10 orang (25,0%), pendidikan SMP sebanyak 8 orang (20,0%), dan pendidikan SD sebanyak 6 orang (15,0%). Secara keseluruhan, hasil analisis univariat ini menggambarkan bahwa pasien post stroke rawat jalan di RSUD

Haji Medan didominasi oleh kelompok usia lanjut, berjenis kelamin laki-laki, seluruhnya berstatus menikah, sebagian besar berprofesi sebagai ibu rumah tangga, serta memiliki tingkat pendidikan menengah.

4.1.1.2 Distribusi Skor Gejala Depresi Sebelum Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir

Berikut distribusi skor gejala depresi pasien post stroke sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir:

Tabel 4. 2 Distribusi Skor Gejala Depresi Sebelum Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir

Skor Kuisisioner	n	%
14	17	42,5
15	13	32,5
16	6	15,0
17	3	7,5
18	1	2,5
TOTAL	40	100

Berdasarkan tabel 4.2., distribusi skor gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir, menunjukkan bahwa responden dengan skor 14 merupakan kelompok terbanyak yaitu sebanyak 17 orang (42,5%), diikuti oleh skor 15 sebanyak 13 orang (32,5%). Selanjutnya, responden dengan skor 16 berjumlah 6 orang (15,0%), skor 17 sebanyak 3 orang (7,5%), dan skor tertinggi yaitu 18 hanya ditemukan pada 1 orang responden (2,5%). Data tersebut menunjukkan bahwa sebelum pelaksanaan terapi mendengarkan dzikir, seluruh pasien post stroke di Rawat Jalan RSUD Haji Medan mengalami tingkat gejala depresi ringan berdasarkan hasil pengukuran menggunakan kuisisioner *Beck Depression Indeks (BDI)*.

4.1.1.3 Distribusi Skor Gejala Depresi Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir

Berikut distribusi skor gejala depresi pasien post stroke sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir:

Tabel 4. 3 Distribusi Skor Gejala Depresi Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir

Skor Kuisiонер	n	%
9	7	17,5
10	10	25,0
11	7	17,5
12	10	25,0
13	6	15,0
TOTAL	40	100

Berdasarkan tabel 4.3., distribusi skor gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir, menunjukkan adanya perubahan pola skor dibandingkan dengan pengukuran sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir. Setelah pemberian terapi, sebagian besar responden berada pada skor yang lebih rendah, yaitu skor 10 dan skor 12 masing-masing sebanyak 10 orang (25,0%). Responden dengan skor 9 dan skor 11 masing-masing berjumlah 7 orang (17,5%), sedangkan responden dengan skor 13 berjumlah 6 orang (15,0%). Hasil ini menggambarkan bahwa setelah dilakukan terapi mendengarkan dzikir, seluruh responden mengalami penurunan skor dengan rentang 9 – 13 yang menunjukkan gejala depresi minimal atau tidak depresi berdasarkan hasil pengukuran menggunakan kuisioner *Beck Depression Indeks (BDI)*.

4.1.1.4 Distribusi Skor Gejala Depresi Sebelum dan Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir

Untuk melihat perubahan skor gejala depresi pada masing-masing responden, dilakukan penyajian data dalam bentuk distribusi skor sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir sebagaimana ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 4. 4 Distribusi Skor Gejala Depresi Sebelum dan Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir

Sebelum	Setelah	n	%
---------	---------	---	---

14	9	7	17,5
14	10	7	17,5
14	11	1	2,5
14	12	1	2,5
15	10	3	7,5
15	11	6	15,0
15	12	5	12,5
16	12	4	10,0
16	13	2	5,0
17	13	3	7,5
TOTAL		40	100

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa berdasarkan hasil analisis terhadap tabel distribusi skor gejala depresi sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir, tampak adanya penurunan skor pada responden setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Pada kelompok responden yang memiliki skor awal 14, setelah diberikan terapi terjadi perubahan skor menjadi 9 pada 7 orang (17,5%), skor 10 pada 7 orang (17,5%), skor 11 pada 1 orang (2,5%), dan skor 12 pada 1 orang (2,5%). Selanjutnya, pada responden dengan skor awal 15, terjadi perubahan skor menjadi 10 pada 3 orang (7,5%), skor 11 pada 6 orang (15%), dan skor 12 pada 5 orang (12,5%). Pada responden dengan skor awal 16, terjadi penurunan menjadi skor 12 pada 4 orang (10%) dan skor 13 pada 2 orang (5%). Selain itu, responden dengan skor awal 17 mengalami penurunan menjadi skor 13 sebanyak 3 orang (7,5%). Secara keseluruhan, tidak ditemukan adanya peningkatan skor setelah pemberian terapi, dan seluruh perubahan yang terjadi menunjukkan kecenderungan penurunan skor gejala depresi.

4.1.1.5 Statistik Deskriptif Skor Gejala Depresi *Pre-test* dan *Post-test*

Gejala depresi diperoleh dari total skor kuisioner *Beck Depression Indeks (BDI)* untuk mengetahui tingkat gejala depresi. Pengukuran dilakukan dua kali,

yaitu sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir (*pre-test*) dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir (*post-test*). Hasil distribusi disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4. 5 Statistik Deskriptif Skor Gejala Depresi *Pre-test* dan *Post-test*

Variabel	Mean	SD	Median	Min	Max
<i>Pre-test</i>	14.98	1.050	15	14	18
<i>Post-test</i>	10.95	1.358	11	9	13

Berdasarkan tabel di atas, skor gejala depresi responden sebelum intervensi (*pre-test*) memiliki nilai rata-rata 14,98 dengan standar deviasi 1,050, median 15, serta skor minimum 14 dan maksimum 18, yang menunjukkan responden berada pada kategori depresi ringan. Setelah diberikan intervensi mendengarkan dzikir (*post-test*), rata-rata skor depresi menurun menjadi 10,95 dengan standar deviasi 1,358, median 11, serta skor minimum 9 dan maksimum 13.

4.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui pengaruh terapi mendengarkan dzikir terhadap perubahan skor gejala depresi pada pasien post stroke di Rawat Jalan RSUD Haji Medan. Sebelum dilakukan analisis bivariat, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas untuk menentukan jenis uji statistik yang akan digunakan.

4.1.2.1 Uji Normalitas

Uji normalitas pada penelitian ini dilakukan menggunakan uji *Shapiro-Wilk*, karena jumlah responden pada penelitian ini kurang dari 50 orang. Hasil uji normalitas skor gejala depresi pada penelitian ini disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4. 6 Uji Normalitas

Statistic	df	Sig
<i>Shapiro-Wilk</i>		

Nilai Pre Test	0.823	40	< 0.001
Nilai Post Test	0.898	40	0.002

Tabel 4.6., Menunjukkan hasil uji normalitas skor gejala depresi, di mana nilai signifikansi pada *pre-test* adalah $p < 0,001$ dan pada *post-test* adalah $p = 0,002$. Hasil tersebut menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal, sehingga analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*.

4.1.2.2 Uji Wilcoxon Signed Rank Test

Uji *Wilcoxon Signed Rank Test* digunakan dalam penelitian ini untuk menilai apakah terdapat perbedaan yang signifikan antara skor gejala depresi sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Hasil uji statistik disajikan pada tabel berikut:

Tabel 4. 7 Wilcoxon Signed Rank Test

Perubahan skor Gejala Depresi	N	Mean Rank	Sum of Rank
<i>Negative Ranks</i> (<i>post < pre</i>)	40	20.50	820.00
<i>Positive Ranks</i> (<i>post > pre</i>)	0	0.00	0.00
<i>Ties (post=pre)</i>	0	-	-
Total	40	-	-

Tabel 4.7. Berdasarkan hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* yang disajikan pada tabel, seluruh responden mengalami penurunan skor gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Hal ini ditunjukkan oleh *negative ranks* sebanyak 40 responden, yang berarti skor gejala depresi pada *post-test* lebih rendah dibandingkan *pre-test*. Tidak terdapat responden dengan peningkatan skor depresi

(*positive ranks*) maupun responden dengan skor yang tidak mengalami perubahan (*ties*).

Tabel 4. 8 Uji Statistik

Statistik	Nilai
Z	- 5.516
<i>p-value (Asymp.Sig.2-tailed)</i>	< 0,001

Tabel 4.8, Menunjukkan hasil uji statistik memperoleh nilai Z sebesar $-5,516$ dengan nilai signifikansi $p < 0,001$, yang menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara skor gejala depresi sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir.

4.2 Pembahasan

Hasil analisis uji *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan bahwa seluruh 40 responden mengalami penurunan skor gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Tidak terdapat responden yang mengalami peningkatan skor maupun skor yang tidak berubah, sehingga perubahan yang terjadi bersifat menyeluruh dan konsisten pada seluruh subjek penelitian. Penurunan skor tersebut ditunjukkan oleh nilai mean rank sebesar 20,50 dengan *sum of ranks* sebesar 820,00, yang mencerminkan bahwa penurunan gejala depresi terjadi secara merata dan memiliki kekuatan efek yang relatif seragam pada seluruh responden. Secara statistik, diperoleh nilai Z sebesar $-5,516$ dengan $p < 0,001$, yang menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara skor gejala depresi sebelum dan setelah intervensi. Nilai Z yang bernilai negatif mengindikasikan arah perubahan skor yang menurun setelah terapi diberikan. Nilai signifikansi yang jauh lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ menegaskan bahwa terapi mendengarkan dzikir efektif sebagai intervensi nonfarmakologis dalam membantu memperbaiki kondisi psikologis pasien post stroke di Rawat Jalan RSUD Haji Medan.

Penurunan skor depresi yang terjadi pada seluruh responden menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan mampu memberikan dampak psikologis positif secara konsisten. Terapi mendengarkan dzikir merupakan bentuk intervensi psikoreligius yang sederhana, mudah diterapkan, serta dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien. Proses mendengarkan lafaz dzikir secara berulang diyakini dapat menimbulkan efek relaksasi, meningkatkan ketenangan batin, serta membantu pasien mengalihkan fokus dari pikiran negatif yang sering muncul setelah mengalami stroke. Mekanisme ini sangat relevan dengan kondisi pasien post stroke yang umumnya menghadapi berbagai perubahan fisik, emosional, dan sosial yang berpotensi memicu terjadinya depresi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Khumairo dan Azizah (2022), yang menunjukkan bahwa terapi dzikir memberikan pengaruh positif terhadap kondisi psikologis dan spiritual pasien. Pasien dilaporkan menjadi lebih tenang, lebih sabar, lebih optimis untuk sembuh, serta memiliki kedekatan spiritual yang lebih baik. Adapun perbedaan pada penelitian tersebut yaitu menggunakan sampel pasien stroke yang sedang dirawat di Rumah Sakit Islam Metro. Metode yang digunakan ialah penelitian lapangan dengan pendekatan kualitatif deskriptif. Sedangkan, penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif untuk menilai pengaruh terapi mendengarkan dzikir secara lebih objektif terhadap perubahan skor gejala depresi pasien post stroke dengan menggunakan instrumen *Beck Depression Index (BDI)*. Penelitian ini juga secara khusus melibatkan responden yang merupakan pasien post stroke rawat jalan di RSUD Haji Medan dengan kriteria inklusi yang jelas dan seragam. Fokus pada populasi pasien post stroke menjadi keunggulan penelitian ini, karena kelompok tersebut memiliki kerentanan tinggi terhadap gangguan psikologis, termasuk depresi, akibat dampak fisik, sosial, dan emosional dari penyakit yang dialami. Dengan demikian, hasil penelitian ini memberikan gambaran yang lebih spesifik mengenai efektivitas terapi mendengarkan dzikir pada populasi pasien post stroke yang sedang menjalani proses pemulihan.

Secara teoritis, pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam penelitian ini dapat dijelaskan melalui mekanisme relaksasi psikospiritual. Aktivitas mendengarkan lafaz dzikir secara repetitif dapat membantu menurunkan ketegangan emosional, meningkatkan fokus perhatian, serta memunculkan perasaan tenang dan nyaman. Kondisi tersebut berpotensi menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan modulasi parasimpatis, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap penurunan gejala depresi. Pendekatan ini sangat sesuai dengan kebutuhan pasien post stroke yang sering mengalami stres psikologis, perasaan putus asa, serta kesulitan beradaptasi dengan perubahan kondisi kesehatan.

Meskipun penelitian ini menunjukkan hasil yang positif dan signifikan, terdapat beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan. Desain penelitian yang digunakan adalah *one-group pretest-posttest* tanpa kelompok kontrol, sehingga perubahan skor depresi yang terjadi tidak dapat sepenuhnya dipastikan hanya disebabkan oleh intervensi terapi mendengarkan dzikir. Selain itu, jumlah responden yang relatif terbatas dan hanya berasal dari satu rumah sakit membatasi kemampuan generalisasi hasil penelitian. Penelitian ini juga belum mempertimbangkan variabel lain yang berpotensi memengaruhi perubahan gejala depresi, seperti tingkat dukungan sosial, kepatuhan terhadap pengobatan, dan penggunaan terapi farmakologis antidepresan. Durasi intervensi yang singkat juga belum memungkinkan evaluasi efek jangka panjang terhadap kondisi psikologis pasien. Karena terapi mendengarkan dzikir ini bersifat rutinitas.

Secara keseluruhan, penelitian ini memberikan kontribusi penting dalam menunjukkan bahwa terapi mendengarkan dzikir efektif sebagai intervensi nonfarmakologis untuk menurunkan gejala depresi pada pasien post stroke. Temuan ini mendukung penerapan pendekatan psikospiritual sebagai bagian dari pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berpusat pada pasien. Dengan mempertimbangkan kemudahan, keamanan, serta manfaat yang dihasilkan, terapi mendengarkan dzikir berpotensi untuk diintegrasikan dalam program rehabilitasi

pasien stroke sebagai upaya mendukung pemulihan kesehatan mental dan peningkatan kualitas hidup.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke rawat jalan di RSUD Haji Medan, maka dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Terapi mendengarkan dzikir berpengaruh signifikan dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke di rawat jalan RSUD Haji Medan. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji statistik yang menunjukkan nilai $p < 0,05$, sehingga hipotesis penelitian dapat diterima.
2. Sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir, pasien post stroke di rawat jalan RSUD Haji Medan menunjukkan tingkat gejala depresi ringan berdasarkan hasil pengukuran menggunakan kuisioner *Beck Depression Index (BDI)*. Hal ini mengindikasikan bahwa pasien post stroke masih memiliki masalah psikologis berupa gejala depresi.
3. Setelah menjalani terapi mendengarkan dzikir, terjadi perubahan yang bermakna, yaitu pasien mengalami penurunan skor gejala depresi yang menunjukkan bahwa pasien berada pada gejala depresi minimal atau tidak depresi. Hal ini menandakan bahwa terapi mendengarkan dzikir memberikan efek positif dalam membantu mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke di rawat jalan RSUD Haji Medan.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang telah diperoleh, maka peneliti menyampaikan beberapa saran sebagai berikut.

1. Bagi Pelayanan Kesehatan, terapi mendengarkan dzikir dapat dipertimbangkan untuk diintegrasikan sebagai intervensi pendukung dalam pelayanan rawat jalan

pasien post stroke, khususnya dalam upaya menangani masalah psikologis seperti depresi, karena bersifat sederhana, aman, dan mudah diterapkan.

2. Bagi Tenaga Kesehatan, khususnya perawat, diharapkan dapat mengoptimalkan pendekatan keperawatan holistik dengan memperhatikan aspek spiritual pasien sebagai bagian dari proses rehabilitasi pasca stroke, untuk mendukung pemulihan psikologis pasien.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya, disarankan menggunakan desain eksperimental dengan kelompok kontrol, melibatkan jumlah sampel yang lebih besar, serta periode tindak lanjut yang lebih panjang untuk menilai efektivitas jangka panjang terapi mendengarkan dzikir dan memperkuat bukti kausalitas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mahdiatur Rasyida Z, Silviani EN, Mildawati R, Puspitosari DR. Dukungan psikososial terhadap beban keluarga pengasuh pasien stroke. *J PIKes Penelit Ilmu Kesehat*. 2023;4(1):26–34.
2. Puspitasari PN. Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *J Ilm Kesehat Sandi Husada*. 2020;12(2):922–6.
3. American Heart Association. 2021 Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet Global Burden of Disease. 2021.
4. Pgnayaka. *Gelombang otak dan pengaruh dzikir*. Published February 2025. Accessed May 30, 2025. <https://pgnayaka.blogspot.com/2025/02/gelombang-otak-dan-pengaruh-dzikir.html>
5. Raasyidah CI. *Pengaruh dzikir terhadap fungsi fisiologis tubuh*. Kumparan. Published 2025. Accessed May 30, 2025. <https://kumparan.com/carissa-1728656746061298970/pengaruh-dzikir-terhadap-fungsi-fisiologis-tubuh-23khNxuo1nI>
6. Ahyari FS, Husain F, Khasanah IH. Penerapan Terapi Dzikir untuk Menurunkan Tekanan Darah pada Pasien Stroke Akut di HCU Neuro Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *J Riset Rumpun Ilmu Kesehatan (JURRIKES)*. 2023;2(2):74–85.
7. Rafi M. Surah Ar-Rad (13) ayat 28: zikir dapat menenangkan hati. *TafsirAlQuran.id*. Published June 2021. Accessed May 30, 2025. <https://tafsiralquran.id/surah-ar-rad-13-ayat-28-zikir-dapat-menenangkan-hati/>
8. Zulfiana R, Murhayati A, Suparmanto G. Pengaruh terapi zikir terhadap tingkat depresi pasien dengan HIV/AIDS (ODHA) di Yayasan Sahabat Sehat Mitra Sebaya (YASEMA) Sukoharjo [Undergraduate Thesis]. Surakarta: University of Kusuma Husada Surakarta; 2020.
9. Himawan F, Suparjo, Cuciati. Pengaruh terapi zikir terhadap tingkat depresi pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa. *J Holist Nurs Sci*. 2020;7(1).

10. Anggun M, Kusumawinakhyu T, Wiharto, Mustikawati IF. The effect of dhikr on anxiety and depression level in hemodialysis patients at Purwokerto Islamic Hospital. *Int J Islamic Med*. 2021.
11. Purwasih EO, Rochana S. Pengaruh terapi zikir menjelang tidur terhadap skor depresi, kecemasan dan stres pada wanita menopause di Kecamatan Maos Cilacap. *Media Berbagi Keperawatan*. 2020;3(1).
12. Utami ST, Handayani F. Kajian Literatur: Intervensi Religius Islam dan Dampaknya pada Pasien Stroke. *J Holist Nurs Health Sci*. 2022;4(2):116–25.
13. Khumairo A, Azizah N. Efek Terapi Zikir pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Islam Metro. *At-Tajdid: Jurnal Pendidikan dan Pemikiran Islam*. 2022;6(1):59–70.
14. Liu L, Xu M, Marshall IJ, Wolfe CD, Wang Y, O'Connell MD. Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med*. 2023;20(3):e1004200. Published 2023 Mar 28.
15. Sari AC, Ayubbana S, S H. Tujuan Efektifitas Terapi ROM Exercise Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke. *Jurnal Cendikia Muda*. 2021;1(3):283–8.
16. Pratama DA, Raihan NR, Furqonah AA. Efektivitas Virtual Reality Training Terhadap Kemampuan Fungsional Ekstremitas Atas pada Kasus Stroke: Studi Literatur. *Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi*. 2022;6(1):1–8.
17. Arina CA, Amir D, Siregar Y, Sembiring RJ. The role of polymorphism gen methylene tetra hydrofolate reductase (MTHFR) C677T in ischaemic stroke patients with and without hypertension. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(1):29–32.
18. Jelinek M, Jurajda M, Duris K. Oxidative Stress in the Brain: Basic Concepts and Treatment Strategies in Stroke. *Antioxidants*. 2021;10(12):1886.
19. Lochhead, J. J., Ronaldson, P. T., & Davis, T. P. (2024). The role of oxidative stress in blood–brain barrier disruption during ischemic stroke: Antioxidants in clinical trials. *Biochemical Pharmacology*, 228, 116186.

20. Salaudeen, M. A., Bello, N., Danraka, R. N., & Ammani, M. L. (2024). Understanding the pathophysiology of ischemic stroke: The basis of current therapies and opportunity for new ones. *Biomolecules*, 14(3), 305.
21. Mathias, K., Machado, R. S., Stork, S., dos Santos, D., Joaquim, L., Generoso, J., Danielski, L. G., Barichello, T., Prophiro, J. S., & Petronilho, F. (2024). Blood-brain barrier permeability in the ischemic stroke: An update. *Microvascular Research*, 151, 104621.
22. Sherina N, Ramdan D, Hidayat N. Assistancy of Medical Surgical Nursing for Patients with Nervous System Disorders (Hemorrhagic Stroke) in Flamboyant Room, General Hospital of Banjar. *Kolaborasi Jurnal Pengabdian Masyarakat*. 2022;2(2):175–97.
23. Saputri R, Rahayu DA. Penurunan Resiko Bunuh Diri Dengan Terapi Relaksasi Guided Imagery Pada Pasien Depresi Berat. *Ners Muda*. 2020;1(3):165.
24. Oktavia TZ, Sa N. Ide Bunuh Diri sebagai Dampak Depresi Pada Siswa. *Innovative: Journal of Social Science Research*. 2024;4:9077–87.
25. Nurhasanah N, Lubis D, Fauzi M. Tatalaksana Depresi Pasca Stroke. *Andalas Medical Journal*. 2022;4(1):71–80.
26. Munirah I, Utami HN, Rahma J, Mukhlisatunnafsi L, Adni A. Studi Literatur: Penggunaan Media Sosial Sebagai Faktor Risiko Terjadinya Depresi. *JMH: Jurnal Medika Hutami*. 2024;5(2):3842–53.
27. Alshaya DS. Genetic and epigenetic factors associated with depression: An updated overview. *Saudi J Biol Sci*. 2022;29:103311.
28. Prabandari AI. Memahami Arti Dzikir dan Keutamaannya dalam Islam. *Liputan6.com*. 2025 Feb 17. Available from: <https://www.liputan6.com/feeds/read/5922995/memahami-arti-dzikir-dan-keutamaannya-dalam-islam>
29. Hazry, A. (2024). *Dzikir: Definisi, bentuk dan keutamaannya*. Detikcom. Tersedia dari: <https://www.detik.com/hikmah/khazanah/d-7577610/dzikir-definisi-bentuk-dan-keutamaannya>

30. Mohammed. Pengertian dzikir: makna, jenis, manfaat & caranya. Warung Dakwah. Published 2024. Accessed [tanggal akses]. <https://warungdakwah.com/pengertian-dzikir/>
31. Adrianty, N. S. (2022). Pengaruh terapi relaksasi dzikir terhadap tingkat kecemasan pada lansia di masa pandemi COVID-19. *Indonesian Scholar Journal of Nursing and Midwifery Science*, 2(2), 531–539.
32. Agustin, F., Hartoyo, & Saftarina, F. (2024). Pengaruh terapi dzikir terhadap tekanan darah dan kualitas hidup pada lansia hipertensi. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(1), 411–418.
33. Setiawan, Y. (2023). Implementasi terapi dzikir pada lansia dengan gangguan pola tidur di Panti Sosial Tresna Werdha Madago Tentena. *Repository Poltekkes Kemenkes Palu*.
34. Rozak, S., & Sari, M. (2021). Peranan agama dan terapi dzikir dalam membentuk mental sehat. *Jurnal Ibtida*, 2(2), 132–140.
35. Setyawan A, Suryati, Sari DNA, Setyaningrum N, Rahmah R. Penerapan terapi spiritual dzikir pada kesehatan mental remaja. *Cendekia Mengabdi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*. 2024;1(2):40–46.
36. Rahmat, H. Dzikir sebagai terapi kesehatan mental: Tinjauan dalam perspektif psikologi dan neurosains. *Jurnal Bimbingan dan Konseling Islam*. 2023;14(2):113–121.
37. Hadi S, Rahman M. Therapy Spiritual Technique of Dzikir Towards the Anxiety Level of Pre-Operative Patients. *Jurnal of Nursing and Public Health*. 2023;11(1):66-73.

LAMPIRAN

Lampiran 1: *Kuesioner Beck Depression Inventory (BDI)*

Kuesioner ini merupakan instrumen *Beck Depression Inventory* (BDI) yang terdiri dari 21 kelompok pernyataan. BDI merupakan alat ukur psikologi yang dikembangkan oleh Aaron T. Beck untuk menilai tingkat keparahan gejala depresi pada individu. Instrumen ini pertama kali diperkenalkan pada tahun 1961 dan telah direvisi menjadi versi terbaru yang dikenal sebagai BDI-II (*Beck Depression Inventory-II*) pada tahun 1996.

Petunjuk Pengisian:

Harap baca setiap pertanyaan dengan cermat, lalu pilih satu pernyataan yang paling menggambarkan perasaan Anda selama dua minggu terakhir, termasuk hari ini. Kemudian berilah tanda (✓) pada satu pilihan dalam setiap nomor.

No.	Pertanyaan
1.	Bagaimana perasaan anda sekarang? [0] Saya tidak merasa sedih [1] Saya kadang merasa sedih [2] Saya selalu merasa sedih sepanjang waktu [3] Saya begitu sedih, sehingga saya merasa tidak tahan lagi
2.	Bagaimana pandangan anda tentang masa depan anda? [0] Saya tidak khawatir terhadap masa depan saya [1] Saya merasa khawatir terhadap masa depan saya [2] Saya merasa tidak ada sesuatu yang bisa diharapkan [3] Saya merasa bahwa tidak ada harapan di masa depan dan segala sesuatunya akan semakin memburuk
3.	Apakah anda merasa gagal dalam hidup anda? [0] Saya tidak merasa gagal [1] Saya merasa lebih banyak mengalami kegagalan lebih yang saya harapkan [2] Kalau saya meninjau kembali hidup saya, yang dapat saya lihat hanyalah kegagalan [3] Saya merasa sebagai seorang pribadi yang gagal total
4.	Bagaimana anda mendapatkan kepuasan anda? [0] Saya memperoleh kepuasan atas segala sesuatu yang biasa saya nikmati

	[1] Saya tidak dapat menikmati segala sesuatu seperti biasanya [2] Saya memperoleh sangat sedikit kepuasan dari segala sesuatu yang biasa saya nikmati [3] Saya tidak dapat memperoleh kepuasan dari segala sesuatu yang biasa saya nikmati
5.	Apakah anda merasa selalu bersalah? [0] Saya tidak merasa bersalah [1] Saya merasa bersalah atas banyak hal yang telah atau saya perbuat [2] Saya merasa bersalah di sebagian besar waktu saya [3] Saya merasa bersalah sepanjang waktu
6.	Bagaimana perasaan anda? Apakah anda merasa sedang mendapat hukuman? [0] Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum [1] Saya merasa bahwa saya mungkin dihukum [2] Saya mengharapkan agar dihukum [3] Saya merasa bahwa saya sedang dihukum
7.	Kecewakah anda terhadap diri anda? [0] Saya merasakan segala sesuatu tentang diri saya sama seperti biasanya [1] Saya telah kehilangan kepercayaan diri saya [2] Saya merasa kecewa terhadap diri saya sendiri [3] Saya membenci diri saya sendiri
8.	Bagaimana anda menilai diri anda? [0] Saya tidak mengkritik atau menyalahkan diri saya lebih dari orang lain [1] Saya menjadi lebih kritis terhadap diri saya dibanding yang dulu [2] Saya mengkritik diri saya sendiri atas semua kesalahan-kesalahan saya [3] Saya menyalahkan diri saya untuk semua hal buruk yang terjadi
9.	Pernahkah anda berpikir untuk bunuh diri? [0] Saya sama sekali tidak mempunyai pikiran untuk bunuh diri [1] Saya mempunyai pikiran untuk bunuh diri, tetapi saya tidak akan melaksanakannya [2] Saya ingin bunuh diri [3] Saya akan bunuh diri kalau ada kesempatan
10.	Apakah anda lebih sering menangis saat ini? [0] Saya tidak menangis lebih dari biasanya [1] Saya lebih banyak menangis daripada biasanya [2] Saya menangis sampai berlebihan untuk hal-hal yang kecil [3] Saya merasa ingin menangis, namun saya tidak dapat menangis
11.	Apakah anda lebih mudah tersinggung? [0] Saya tidak lebih tegang atau resah daripada biasanya [1] Saya lebih mudah tegang atau resah daripada biasanya

	[2] Saya sangat tegang atau jengkel dan susah untuk bertahan [3] Saya sangat tegang atau jengkel maka saya harus melakukan sesuatu
12.	Pandangan anda terhadap orang lain? [0] Saya masih tetap senang berteman dan beraktivitas dengan orang lain [1] Saya kurang berminat berteman dan beraktivitas dengan orang lain [2] Saya kehilangan sebagian besar minat untuk berteman dengan orang lain [3] Saya tidak berminat terhadap apapun
13.	Bagaimana anda mengambil keputusan sekarang? [0] Saya dapat mengambil keputusan sama baiknya dengan sebelumnya [1] Saya merasa agak kesulitan dalam mengambil keputusan daripada biasanya [2] Saya merasa sangat kesulitan dalam mengambil keputusan daripada biasanya [3] Saya sama sekali tidak dapat mengambil keputusan
14.	Bagaimana anda menilai diri anda? [0] Saya tidak merasa bahwa saya tidak berharga [1] Saya tidak berpikir bahwa saya sama berharga dan bermanfaat seperti biasanya [2] Saya merasa lebih tidak berharga dibandingkan dengan orang lain [3] Saya merasa sepenuhnya tidak berharga
15.	Apakah anda merasa lebih sering kehilangan tenaga saat ini? [0] Saya mempunyai tenaga sama baiknya dengan sebelumnya [1] Saya perlu berusaha mengumpulkan tenaga untuk memulai mengerjakan sesuatu [2] Saya tidak mempunyai cukup tenaga untuk melakukan segala sesuatu [3] Saya tidak mampu mengerjakan apapun lagi
16.	Bagaimana dengan tidur anda sekarang? [0] Saya tidak mengalami perubahan pada pola tidur saya, saya dapat tidur nyenyak seperti biasanya [1] Saya kadang-kadang tidur lebih atau kurang dari biasanya [2] Saya sering tidur lebih atau kurang dari biasanya [3] Saya tidur sepanjang hari atau saya bangun 1-2 jam lebih awal daripada biasanya serta tidak dapat tidur kembali
17.	Apakah anda merasa lebih mudah marah? [0] Saya merasa tidak lebih mudah marah daripada biasanya [1] Saya merasa lebih mudah marah daripada biasanya [2] Saya hampir selalu mudah marah daripada biasanya [3] Saya mudah marah sepanjang waktu
18.	Bagaimana dengan nafsu makan anda?

	[0] Nafsu makan saya masih seperti biasanya [1] Nafsu makan saya kadang lebih besar atau kurang dari biasanya [2] Nafsu makan saya sering lebih besar atau kurang dari biasanya [3] Saya tidak mempunyai nafsu makan sama sekali atau selalu merasa lapar
19.	Apakah anda merasa kesulitan dalam berkonsentrasi? [0] Saya dapat berkonsentrasi sama baiknya dengan sebelumnya [1] Saya tidak dapat berkonsentrasi sama baiknya dengan biasanya [2] Saya susah untuk berkonsentrasi dalam waktu yang lama [3] Saya tidak mampu berkonsentrasi lagi
20.	Apakah anda merasa lebih mudah lelah? [0] Saya tidak lebih mudah lelah daripada biasanya [1] Saya lebih mudah lelah daripada biasanya [2] Saya terlalu lelah untuk melakukan segala sesuatu yang biasanya saya lakukan [3] Saya terlalu lelah untuk melakukan apapun
21.	Bagaimana pandangan anda terhadap seks? [0] Saya merasa tidak ada perubahan dalam minat saya terhadap seks akhir-akhir ini [1] Saya kurang berminat terhadap seks kalau dibandingkan sebelumnya [2] Sekarang saya sangat kurang berminat terhadap seks [3] Saya sama sekali kehilangan minat terhadap seks

Total Skor Tingkat Depresi

0 – 13	Tidak Depresi / Depresi Minimal
14 – 19	Depresi Ringan
20 – 28	Depresi Sedang
29 – 63	Depresi Berat

Lampiran 2.

LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON RESPONDEN PENELITIAN

Assalamualaikum Wr. Wb

Nama Tri Adinda Natasya, sedang menjalankan program studi S1 di Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Saya sedang melakukan penelitian yang berjudul **“Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir Dalam Mengurangi Gejala Depresi Pada Pasien Post Stroke Di Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Haji Medan”**. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke di rawat jalan RSUD Haji Medan.

Pertama Bapak/Ibu akan mengisi data pribadi pada halaman lembar persetujuan sebagai responden dan selanjutnya Bapak/Ibu akan mengisi kuesioner serta mendapat lembar jadwal terapi mendengarkan dzikir yang akan ditampilkan pada halaman berikutnya.

Kemudian Bapak/Ibu mendengarkan dzikir di rumah selama 7 hari melalui video yang akan saya bagikan pada *WhatsApp* Bapak/Ibu dan mengisi lembar jadwal terapi serta mendokumentasikan melalui foto saat mendengarkan terapi dzikir sebagai bukti bahwa telah melakukan terapi mendengarkan dzikir.

Bapak/Ibu membawa kembali lembar jadwal terapi yang sudah diisi pada pertemuan hari ke-7 saat kontrol ulang di RSUD Haji Medan. Bapak/Ibu juga akan mengisi kuisisioner kembali. Hasil kuesioner yang telah diisi akan saya kumpulkan dan saya akan melakukan pengolahan data untuk mendapatkan hasilnya.

Partisipasi Bapak/Ibu bersifat sukarela dan tanpa adanya paksaan. Setiap data yang ada dalam penelitian ini akan dirahasiakan dan digunakan untuk kepentingan penelitian. Untuk penelitian ini bapak/ibu tidak dikenakan biaya apapun, apabila membutuhkan penjelasan maka dapat menghubungi saya :

Nama : Tri Adinda Natasya
 Alamat : Jl. Karya Bakti No. 29
 No HP : 081315391644

Terimakasih saya ucapkan kepada Bapak/Ibu yang telah ikut berpartisipasi pada penelitian ini. Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini akan menyumbangkan sesuatu yang berguna bagi ilmu pengetahuan.

Setelah memahami berbagai hal, menyangkut penelitian ini diharapkan Bapak/Ibu bersedia mengisi lembar persetujuan yang telah saya persiapkan.

Wassalamualaikum Wr.Wb

Medan, 2025

Peneliti

Tri Adinda Natasya

Lampiran 3.**LEMBAR CONSENT****SURAT PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Responden :

Umur :

Pekerjaan :

Alamat :

NO HP :

Menyatakan bersedia menjadi subyek (responden) dalam penelitian dari :

Nama: Tri Adinda Natasya

NIM : 2208260094

Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian diatas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal- hal yang belum mengerti dan telah mendapatkan jawaban dari pertanyaan yang sudah diberikan. Saya mengerti bahwa dari semua hal yang telah disampaikan oleh peneliti bahwa prosedur pengumpulan datanya adalah dengan pengisian kuesioner dan tentunya tidak menyebabkan efek samping apapun. Oleh karena itu saya bersedia secara sukarela untuk menjadi responden peneliti dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan dari siapapun, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapat pelayanan kesehatan. Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data peneliti akan terjamin dan saya menyetujui semua data saya yang telah dihasilkan pada penelitian ini untuk disajikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Medan,

2025

(.....)

Lampiran 4. Surat etik



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
No : 1703/KEPK/FKUMSU/2025

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The Research protocol proposed by

Peneliti Utama : **Tri Adinda Natasya**
Principal in investigator

Nama Institusi : **Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara**
Name of the Institution Faculty of Medicine University of Muhammadiyah Sumatera Utara

Dengan Judul
Title

"PENGARUH TERAPI MENDENGARKAN DZIKIR DALAM MENGURANGI GEJALA DEPRESI PADA PASIEN POST STROKE DI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN"

"THE EFFECT OF DHIKR LISTENING THERAPY IN REDUCING SYMPTOMS OF DEPRESSION IN POST-STROKE PATIENTS IN OUTPATIENT CARE AT RSU HAJI MEDAN"

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah
 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Resiko, 5) Bujukan / Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan
 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion / Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicator of each standard

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 11 Oktober 2025 sampai dengan tanggal 11 Oktober 2026
The declaration of ethics applies during the periode Oktober 11, 2025 until Oktober 11, 2026



Medan, 11 Oktober 2025
 Ketua

 Assoc. Prof. Dr. dr. Nurfadly, MKT

Lampiran 5. Surat Izin Penelitian



Medan, 17 Oktober 2025

Nomor : 487/PSDM/RSUHM/X/2025
 Lamp : --
 Hal. : Izin Penelitian

Kepada Yth :
 Fakultas Kedokteran
 Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
 di-
 Tempat.

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Menindak lanjuti surat/ nota dinas Saudara/i Nomor: 1167/II.3.AU/UMSU-08/F/2025 tanggal 30 Juli 2025 tentang Permohonan Izin Survei Penelitian Mahasiswa Fakultas Kedokteran UMSU di UPTD Khusus Rumah Sakit Umum Haji Medan, a.n :

No	Nama	NIM	Judul
1.	Tri Adinda Natasya	2208260094	Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir dalam Mengurangi Gejala Depresi pada Pasien Post Stroke di Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Haji Medan

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menyetujui dilaksanakan kegiatan tersebut, semoga dapat dilaksanakan dengan baik.

Demikian disampaikan, atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

Wassalam,
 Ka. Bagian PSDM
 UPTD Khusus RSU. Haji Medan

drg. AFRIDHA ARWI
 NIP. 19770403 200604 2 012

Lampiran 6. Surat Selesai Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA UTARA
UPTD KHUSUS
RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN

Jalan Rumah Sakit H. Nomor 47, Deli Serdang, Kode Pos 20371
 Telepon (061) 6619520
 Email : rsuhajimedan@gmail.com, Website : <https://rsuhajimedan.sumutprov.go.id/>

Medan, 29 Desember 2025

Nomor : 198/PSDM/RSUHM/XII/2025
 Lamp : –
 Hal : Selesai Penelitian

Kepada Yth :
 Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
 Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
 di,-
 Tempat

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan bahwa yang bernama dibawah ini:

No	Nama	NIM	Judul Penelitian
1.	Tri Adinda Natasya	2208260094	Pengaruh Terapi Mendengarkan Dzikir dalam Mengurangi Gejala Depresi pada Pasien Post Stroke di Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Haji Medan

Telah selesai melaksanakan penelitian di UPTD Khusus RSU Haji Medan sesuai surat permohonan surat/nota dinas dari Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Nomor: 1167/II.3.AU/UMSU-08/F/2025 tanggal 30 Juli 2025 perihal Mohon Izin Penelitian.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih.



SRI SURYANI PURNAMA WATI, S. Si, Apt, M.Kes
 PEMERINTAH UTAMA MUDA, IV/c
 NIP. 196712071997032001

Lampiran 7. Master Data

NO	NAMA	JENIS KELAMIN	USIA (tahun)	PEKERJAN	SKOR PRE- TEST	SKOR POST- TEST
1.	M	P	74	Pensiunan	17	13
2.	A	P	37	Ibu rumah tangga	18	13
3.	S	L	62	Pensiunan	15	10
4.	S	L	73	Pedagang	14	9
5.	HE	L	48	Wiraswasta	16	12
6.	Y	P	72	Ibu rumah tangga	14	10
7.	SD	L	75	Wiraswasta	14	11
8.	S	P	64	Ibu rumah tangga	15	12
9.	N	P	61	Pensiunan	14	9
10.	M	L	69	Pensiunan	15	11
11.	NL	P	71	Pensiunan	14	9
12.	HK	L	43	Pensiunan	15	12
13.	P	L	42	Nelayan	14	10
14.	AL	L	59	Wiraswasta	15	11
15.	S	P	47	Ibu rumah tangga	15	12
16.	AM	L	61	Pensiunan	14	9
17.	JM	L	60	Pedagang	15	11
18.	H	P	65	Pensiunan	14	10
19.	H	P	55	Ibu rumah tangga	16	13
20.	A	P	70	Ibu rumah tangga	14	10

21.	M	P	67	Ibu rumah tangga	15	12
22.	JP	L	61	Tidak bekerja	16	12
23.	YN	P	51	Ibu rumah tangga	15	11
24.	F	L	62	Wiraswasta	14	10
25.	ST	L	54	Wiraswasta	14	9
26.	A	P	73	Ibu rumah tangga	14	12
27.	A	L	61	Penjahit	15	12
28.	AS	L	53	Wiraswasta	14	9
29.	H	P	58	Ibu rumah tangga	15	10
30.	RP	L	44	Tidak bekerja	17	13
31.	DS	P	68	Ibu rumah tangga	16	12
32.	FY	P	64	Pensiunan	15	10
33.	SB	L	66	Tidak bekerja	15	11
34.	R	L	46	Tidak bekerja	14	10
35.	MA	L	55	Tidak bekerja	14	10
36.	S	P	72	Ibu rumah tangga	16	13
37.	F	L	56	Pedagang	15	11
38.	H	L	58	Wiraswasta	14	9
39.	N	L	60	Tidak bekerja	17	13
40.	S	P	46	Ibu rumah tangga	16	12

Lampiran 8. Data SPSS

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
Gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir	40	14	18	14.98	1.050	1.102
Gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir	40	9	13	10.95	1.358	1.844
Valid N (listwise)	40					

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir	.240	40	<.001	.823	40	<.001
Gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir	.183	40	.002	.898	40	.002
selisih	.262	40	<.001	.838	40	<.001

a. Lilliefors Significance Correction

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir - Gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir	40 ^a	20.50	820.00
	0 ^b	.00	.00
	0 ^c		
Total	40		

- a. Gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir < Gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir
 b. Gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir > Gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir
 c. Gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir = Gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir

Test Statistics^a

Gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir - Gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir	
Z	-5.616 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	<.001

- a. Wilcoxon Signed Ranks Test
 b. Based on positive ranks.

Lampiran 9. Dokumentasi



Pengisian kuisisioner di Poli Neurologi RSU Haji Medan



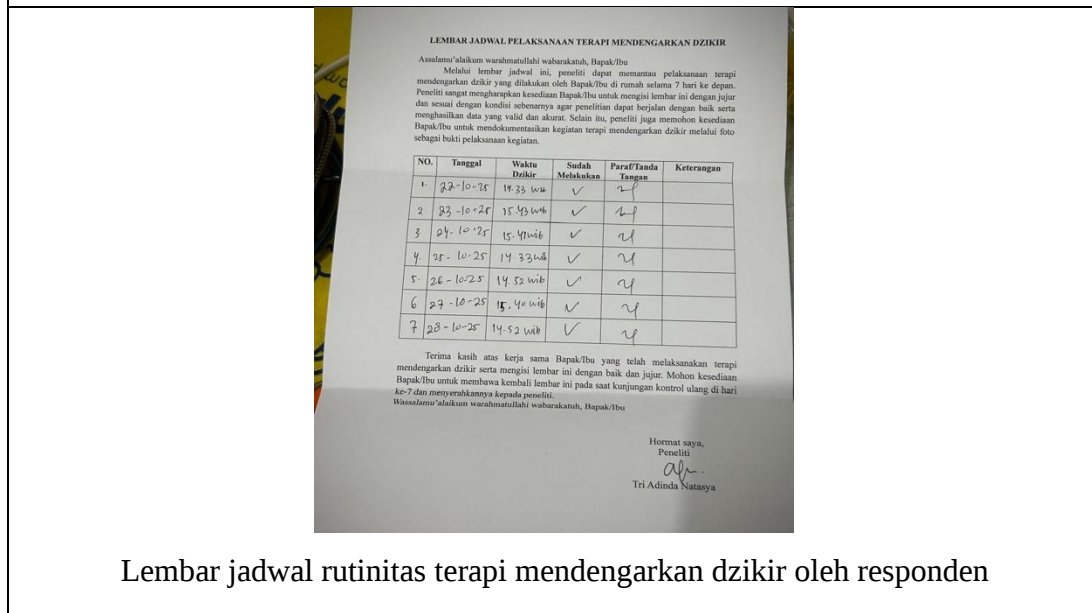
Penyebaran link video youtube Dzikir kepada setiap responden



Respon dari responden



Ucapan terima kasih kepada Responden



Lembar jadwal rutinitas terapi mendengarkan dzikir oleh responden

Lampiran 10. Dokumentasi oleh responden







PENGARUH TERAPI MENDENGARKAN DZIKIR DALAM MENGURANGI GEJALA DEPRESI PADA PASIEN POST STROKE DI RAWAT JALAN RUMAH SAKIT UMUM HAJI MEDAN

¹Tri Adinda Natasya, ²Hasanul Arifin

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

²Departemen Neurologi (Ilmu Penyakit Saraf), Fakultas Kedokteran dan Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Departemen Kedokteran Islam, Fakultas Kedokteran dan Ilmu
Kesehatan Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara

Corresponding author: hasanularifin@umsu.ac.id

Abstrak

Latar Belakang: Pasien *post-stroke* umumnya menghadapi berbagai keterbatasan fisik dan fungsional setelah fase akut, seperti kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, dan penurunan fungsi kognitif, yang dapat menghambat aktivitas sehari-hari. Kondisi tersebut tidak hanya memengaruhi kemandirian pasien, tetapi juga menimbulkan beban psikologis, salah satunya berupa gejala depresi. Depresi pasca stroke merupakan komplikasi yang sering terjadi dan diketahui dapat menghambat proses pemulihan fisik. Oleh karena itu, diperlukan intervensi nonfarmakologis yang bersifat holistik, seperti mendengarkan dzikir untuk membantu mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke. **Tujuan:** Untuk mengetahui pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke di rawat jalan RSU Haji Medan. **Populasi:** Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien post-stroke yang menjalani rawat jalan di RSU Haji Medan dengan jumlah sampel penelitian 40 orang. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain pre-eksperimental dengan pendekatan one group pretest-posttest design. Pengukuran gejala depresi menggunakan kuesioner Beck Depression Inventory (BDI) sebelum dan setelah pemberian terapi mendengarkan dzikir, dianalisis menggunakan uji Wilcoxon Signed Rank Test. **Hasil:** Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar pasien post stroke berjenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang (55%). Dengan mayoritas kelompok usia 55-65 tahun. Seluruh responden dengan gejala depresi ringan. Hasil uji statistik Wilcoxon memperoleh nilai Z sebesar $-5,516$ dengan nilai signifikansi $p < 0,001$. **Kesimpulan:** Terapi mendengarkan dzikir berpengaruh signifikan terhadap penurunan gejala depresi pada pasien post stroke.

Kata kunci: pasien post stroke, depresi pasca stroke, terapi mendengarkan dzikir, intervensi nonfarmakologis, Beck Depression Inventory.

ABSTRACT

Background: Post-stroke patients commonly experience various physical and functional limitations after the acute phase, such as motor weakness, speech impairment, and cognitive decline, which may hinder daily activities. These conditions not only affect patient independence but also contribute to psychological burden, including depressive symptoms. Post-stroke depression is a frequent complication and is known to impede the process of physical recovery. Therefore, holistic non-pharmacological interventions are needed, such as listening to dzikir therapy, to help reduce depressive symptoms in post-stroke patients. **Objective:** To determine the effect of listening to dzikir therapy in reducing depressive symptoms among post-stroke outpatients at RSU Haji Medan. **Population:** The population in this study consisted of all post-stroke patients undergoing outpatient treatment at RSU Haji Medan, with a total sample of 40 participants. **Methods:** This study employed a pre-experimental design using a one-group pretest–posttest approach. Depressive symptoms were measured using the Beck Depression Inventory (BDI) questionnaire before and after the administration of listening to dzikir therapy, and the data were analyzed using the Wilcoxon Signed Rank Test. **Results:** The results showed that the majority of post-stroke patients were male, totaling 22 participants (55%), with most respondents in the age group of 55–65 years. All respondents experienced mild depressive symptoms. Statistical analysis using the Wilcoxon test yielded a Z value of -5.516 with a significance value of $p < 0.001$. **Conclusion:** Listening to dzikir therapy has a significant effect on reducing depressive symptoms in post-stroke patients.

Keywords: post-stroke patients, post-stroke depression, listening to dzikir therapy, non-pharmacological intervention, Beck Depression Inventory.

PENDAHULUAN

Pasien post stroke umumnya menghadapi tantangan yang kompleks dalam proses pemulihan. Setelah melewati fase akut, mereka sering kali masih mengalami berbagai keterbatasan fisik seperti kelemahan anggota gerak, gangguan bicara, penurunan fungsi kognitif, serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi ini dapat mengganggu kemandirian dan

juga menimbulkan beban psikologis yang signifikan, salah satunya berupa gejala depresi.¹ Komplikasi yang sering terjadi pada stroke ialah depresi pasca stroke, yang dapat menghambat proses pemulihan fisik maupun kualitas hidup pasien secara menyeluruh.²

Menurut American Heart Association (2021), pada tahun 2019 tercatat sekitar 101,5 juta kasus stroke di seluruh dunia,

dengan 6,6 juta kematian akibat penyakit serebrovaskular. Dari angka tersebut, sekitar 80% merupakan jenis stroke non-hemoragik. Angka ini menunjukkan bahwa stroke bukan hanya masalah medis, tetapi juga menimbulkan beban sosial dan psikologis yang besar. Salah satu dampak psikologis yang dominan adalah munculnya stres emosional dan perasaan kehilangan, yang apabila tidak ditangani dapat berkembang menjadi depresi.³

Terapi farmakologis memang menjadi pilihan utama, namun intervensi non-farmakologis mulai banyak mendapat perhatian. Salah satu bentuk intervensi spiritual dalam Islam adalah dzikir, yakni aktivitas mengingat Allah SWT melalui pengucapan dan pendengaran lafaz-lafaz tertentu. Dzikir diyakini mampu memberikan ketenangan batin, mengurangi ketegangan emosional, dan memperkuat spiritualitas pasien.⁴ Dzikir secara fisiologis dapat merangsang sistem saraf parasimpatis yang membantu menurunkan ketegangan otot, memperlambat detak jantung, serta menurunkan tekanan darah. Efek ini penting bagi pasien post-stroke karena dapat membantu mengendalikan faktor risiko kardiovaskular sekaligus memberikan stabilitas emosional.⁵

Penelitian di RSUD Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan bahwa tekanan darah pada pasien stroke akut dapat menurun dengan terapi

dzikir, dari hipertensi derajat satu menjadi prahipertensi, yang mendukung kestabilan hemodinamik selama masa pemulihan.⁶ Secara spiritual, ajaran Islam menegaskan manfaat dzikir yang dinyatakan dalam Al-Qur'an Surat Ar-Ra'd ayat 28: "(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tenteram."⁷

Penelitian lain juga ditemukan pada penelitian Khumairo & Azizah di Rumah Sakit Islam Metro dan kajian literatur Utami & Handayani pada pasien stroke, yang menunjukkan bahwa dzikir tidak hanya memberikan efek menenangkan secara spiritual, tetapi juga berperan dalam memperbaiki kondisi psikologis dan mengurangi gejala depresi. Konsistensi hasil ini mengindikasikan bahwa terapi dzikir memiliki potensi sebagai intervensi psikologis yang efektif lintas populasi dan kondisi kesehatan.¹²⁻¹³

Sejauh penelusuran peneliti, belum ditemukan penelitian yang secara khusus mengevaluasi pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam menurunkan gejala depresi pada pasien pasca stroke terutama di layanan rawat jalan, khususnya di RSUD Haji Medan. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam pengembangan pendekatan rehabilitasi pasca stroke yang lebih komprehensif, dengan memperhatikan aspek pemulihan

fisik, kesehatan mental, dan dukungan spiritual pasien.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *pre-eksperimental* dengan pendekatan *one group pretest-posttest design*, yaitu memberikan pengukuran gejala depresi sebelum dan setelah diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Analisis statistik menggunakan analisis univariat yang menggambarkan karakteristik responden dan secara bivariat menggunakan uji wilcoxon signed-rank test, untuk membandingkan skor depresi sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Tingkat signifikansi yang digunakan adalah $\alpha = 0,05$, dan perubahan dinyatakan signifikan apabila nilai $p\text{-value} < 0,05$. Penelitian ini telah mempertimbangkan aspek etika

terapi mendengarkan dzikir. Populasi penelitian ini adalah pasien post stroke di RSUD Haji Medan. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik purposive sampling, dengan total sampel sebanyak 40 orang.

Data yang dikumpulkan menggunakan kuisioner *Beck Depression Inventory (BDI)* penelitian dan mendapatkan persetujuan etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berdasarkan surat lolos etik 1703/KEPK/FKUMSU/2025.

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Poli Saraf Rawat jalan RSUD Haji Medan. Pengukuran tingkat gejala depresi dilakukan dua kali, yaitu sebelum (pre-test) dan setelah (post-test) diberikan terapi mendengarkan dzikir

Tabel 1. Karakteristik responden pasien Post Stroke

No	Karakteristik	n	%
1. Usia	< 45	4	10,0
	46 – 55	9	22,5
	56 – 65	14	35,0
	66 – 75	13	32,5
2. Jenis Kelamin	Laki-laki	22	55,0
	Perempuan	18	45,0
3. Status perkawinan	Menikah	40	100
	Belum menikah	0	0
4. Pekerjaan	Ibu rumah tangga	13	32,5
	Pensiunan	9	22,5
	Wiraswasta	7	17,5
	Tidak bekerja	6	15,0
	Pedagang	3	7,5

	Penjahit	1	2,5
	Nelayan	1	2,5
5. Pendidikan	SD	6	15,0
	SMP	8	20,0
	SMA	16	40,0
	Perguruan tinggi	10	25,0

Berdasarkan tabel di atas, Usia pasien post stroke di Rawat Jalan RSU Haji Medan menunjukkan

Ditinjau dari karakteristik jenis kelamin, lebih banyak responden laki-laki yaitu sebanyak 22 orang (55,0%). Seluruh responden dalam penelitian ini berstatus sudah menikah dengan jumlah 40 orang (100%). Pada karakteristik pekerjaan, distribusi responden didominasi oleh ibu rumah tangga sebanyak 13 orang (32,5). Sementara itu, berdasarkan tingkat pendidikan, sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir pada jenjang SMA yaitu sebanyak 16 orang (40,0%).

Tabel 2. Skor gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir

Skor Kuisioner	n	%
14	17	42,5
15	13	32,5
16	6	15,0
17	3	7,5
18	1	2,5
TOTAL	40	100

Pada tabel di atas, menunjukkan skor gejala depresi sebelum diberikan terapi mendengarkan dzikir. Responden dengan skor 14 merupakan kelompok

bahwa mayoritas responden berada pada kelompok usia 56 –65 tahun yaitu sebanyak 14 orang (35,0%).

terbanyak yaitu sebanyak 17 orang (42,5%), diikuti oleh skor 15 sebanyak 13 orang (32,5%). Selanjutnya, responden dengan skor 16 berjumlah 6 orang (15,0%), skor 17 sebanyak 3 orang (7,5%), dan skor tertinggi yaitu 18 hanya ditemukan pada 1 orang responden (2,5%). Data tersebut menunjukkan bahwa sebelum pelaksanaan terapi mendengarkan dzikir, seluruh responden mengalami tingkat gejala depresi ringan berdasarkan hasil pengukuran menggunakan kuisioner Beck Depression Indeks (BDI)).

Tabel 3. Skor gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir

Skor Kuisioner	n	%
9	7	17,5
10	10	25,0
11	7	17,5
12	10	25,0
13	6	15,0
TOTAL	40	100

Berdasarkan tabel di atas, setelah pemberian terapi, sebagian besar responden berada pada skor yang lebih rendah, yaitu skor 10 dan

skor 12 masing-masing sebanyak 10 orang (25,0%). Responden dengan skor 9 dan skor 11 masing-masing berjumlah 7 orang (17,5%), sedangkan responden dengan skor 13 berjumlah 6 orang (15,0%). Hasil ini menggambarkan bahwa setelah dilakukan terapi mendengarkan dzikir, seluruh responden mengalami penurunan skor dengan rentang 9 – 13 yang menunjukkan gejala depresi minimal atau tidak depresi berdasarkan hasil pengukuran menggunakan kuisioner Beck Depression Indeks (BDI).

Tabel 4. Skor Gejala Depresi Sebelum dan Setelah Diberikan Terapi Mendengarkan Dzikir

Sebelum	Setelah	n	%
14	9	7	17,5
14	10	7	17,5
14	11	1	2,5
14	12	1	2,5
15	10	3	7,5
15	11	6	15,0
15	12	5	12,5
16	12	4	10,0
16	13	2	5,0
17	13	3	7,5
TOTAL		40	100

Berdasarkan tabel di atas, menunjukkan bahwa berdasarkan hasil analisis terhadap tabel distribusi skor gejala depresi sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir, tampak adanya penurunan skor pada responden setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Pada kelompok responden yang memiliki skor awal 14, setelah diberikan terapi terjadi perubahan skor menjadi 9 pada 7

orang (17,5%), skor 10 pada 7 orang (17,5%), skor 11 pada 1 orang (2,5%), dan skor 12 pada 1 orang (2,5%). Selanjutnya, pada responden dengan skor awal 15, terjadi perubahan skor menjadi 10 pada 3 orang (7,5%), skor 11 pada 6 orang (15%), dan skor 12 pada 5 orang (12,5%). Pada responden dengan skor awal 16, terjadi penurunan menjadi skor 12 pada 4 orang (10%) dan skor 13 pada 2 orang (5%). Selain itu, responden dengan skor awal 17 mengalami penurunan menjadi skor 13 sebanyak 3 orang (7,5%). Secara keseluruhan, tidak ditemukan adanya peningkatan skor setelah pemberian terapi, dan seluruh perubahan yang terjadi menunjukkan kecenderungan penurunan skor gejala depresi.

Tabel 5. Statistik Deskriptif Skor Gejala Depresi Sebelum dan Setelah

Variabel	Mean	SD	Median	Min	Max
<i>Pre-test</i>	14.98	1.050	15	14	18
<i>Post-test</i>	10.95	1.358	11	9	13

Berdasarkan tabel di atas, skor gejala depresi responden sebelum intervensi (pre-test) memiliki nilai rata-rata 14,98 dengan standar deviasi 1,050, median 15, serta skor minimum 14 dan maksimum 18. Setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir (post-test), rata-rata skor depresi menurun menjadi 10,95 dengan standar deviasi 1,358, median 11, serta skor minimum 9 dan maksimum 13.

Tabel 6. Uji Normalitas

	Statistic <i>Shapiro-Wilk</i>	df	Sig
<i>Nilai Pre Test</i>	0.823	40	< 0.001
<i>Nilai Post Test</i>	0.898	40	0.002

Pada tabel Menunjukkan hasil uji normalitas skor gejala depresi, di mana nilai signifikansi pada pre-test adalah $p < 0,001$ dan pada post-test adalah $p = 0,002$. Hasil tersebut menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal, sehingga analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan menggunakan *uji Wilcoxon Signed Rank Test*.

Tabel 7. Uji Wilcoxon Signed Rank Test

Perubahan skor Gejala Depresi	N	Mean Rank	Sum of Rank
<i>Negative Ranks (post < pre)</i>	40	20.50	820.00
<i>Positive Ranks (post > pre)</i>	0	0.00	0.00
<i>Ties (post=pre)</i>	0	-	-
Total	40	-	-

Berdasarkan hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* yang disajikan pada tabel, seluruh responden mengalami penurunan skor gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Hal ini ditunjukkan oleh negative ranks

sebanyak 40 responden, yang berarti skor gejala depresi pada post-test lebih rendah dibandingkan pre-test. Tidak terdapat responden dengan peningkatan skor depresi (positive ranks) maupun responden dengan skor yang tidak mengalami perubahan (ties).

Tabel 8. Uji Statistik

Statistik	Nilai
Z	- 5.516
<i>p-value (Asymp.Sig.2-tailed)</i>	< 0,001

Berdasarkan tabel, Hasil uji statistik memperoleh nilai Z sebesar -5,516 dengan nilai signifikansi $p < 0,001$, yang menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna antara skor gejala depresi sebelum dan setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir.

PEMBAHASAN

Hasil analisis uji *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan bahwa seluruh 40 responden mengalami penurunan skor gejala depresi setelah diberikan terapi mendengarkan dzikir. Tidak terdapat responden yang mengalami peningkatan skor maupun skor yang

tidak berubah, sehingga perubahan yang terjadi bersifat menyeluruh dan konsisten pada seluruh subjek penelitian. Penurunan skor tersebut ditunjukkan oleh nilai *mean rank* sebesar 20,50 dengan *sum of ranks* sebesar 820,00, yang mencerminkan bahwa penurunan gejala depresi terjadi secara merata dan memiliki kekuatan efek yang relatif seragam pada seluruh responden. Secara statistik, diperoleh nilai *Z* sebesar $-5,516$ dengan $p < 0,001$, yang menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara skor gejala depresi sebelum dan setelah intervensi. Nilai *Z* yang bernilai negatif mengindikasikan arah perubahan skor yang menurun setelah terapi diberikan. Nilai signifikansi yang jauh lebih kecil dari $\alpha = 0,05$ menegaskan bahwa terapi mendengarkan dzikir efektif sebagai intervensi nonfarmakologis dalam membantu memperbaiki kondisi psikologis pasien post stroke di Rawat Jalan RSU Haji Medan.

Penurunan skor depresi yang terjadi pada seluruh responden menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan mampu memberikan dampak psikologis positif secara konsisten. Terapi mendengarkan dzikir merupakan bentuk intervensi psikoreligius yang sederhana, mudah diterapkan, serta dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien. Proses mendengarkan lafaz dzikir secara berulang diyakini dapat menimbulkan efek relaksasi, meningkatkan ketenangan batin, serta membantu pasien mengalihkan fokus dari pikiran negatif yang sering muncul setelah mengalami stroke. Mekanisme ini sangat relevan dengan kondisi pasien post stroke yang

umumnya menghadapi berbagai perubahan fisik, emosional, dan sosial yang berpotensi memicu terjadinya depresi.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Khumairo dan Azizah (2022), yang menunjukkan bahwa terapi dzikir memberikan pengaruh positif terhadap kondisi psikologis dan spiritual pasien stroke. Sedangkan, penelitian ini menilai pengaruh terapi mendengarkan dzikir secara lebih objektif terhadap perubahan skor gejala depresi pasien post stroke dengan menggunakan instrumen Beck Depression Index (BDI). Penelitian ini juga secara khusus melibatkan responden yang merupakan pasien post stroke rawat jalan di RSU Haji Medan dengan kriteria inklusi yang jelas dan seragam. Fokus pada populasi pasien post stroke menjadi keunggulan penelitian ini, karena kelompok tersebut memiliki kerentanan tinggi terhadap gangguan psikologis, termasuk depresi, akibat dampak fisik, sosial, dan emosional dari penyakit yang dialami. Dengan demikian, hasil penelitian ini memberikan gambaran yang lebih spesifik mengenai pengaruh terapi mendengarkan dzikir pada populasi pasien post stroke yang sedang menjalani proses pemulihan.

Secara teoritis, pengaruh terapi mendengarkan dzikir dalam penelitian ini dapat dijelaskan melalui mekanisme relaksasi psikospiritual. Aktivitas mendengarkan lafaz dzikir secara repetitif dapat membantu menurunkan ketegangan emosional, meningkatkan fokus perhatian, serta memunculkan perasaan tenang dan

nyaman. Kondisi tersebut berpotensi menurunkan aktivitas sistem saraf simpatis dan meningkatkan modulasi parasimpatis, yang pada akhirnya berperan terhadap penurunan gejala depresi. Pendekatan ini sangat sesuai dengan kebutuhan pasien post stroke yang sering mengalami stres psikologis, perasaan putus asa, serta kesulitan beradaptasi dengan perubahan kondisi kesehatan.

KESIMPULAN

Terapi mendengarkan dzikir berpengaruh signifikan dalam mengurangi gejala depresi pada pasien post stroke di rawat jalan RSU Haji Medan.

SARAN

1. Bagi Pelayanan Kesehatan, terapi mendengarkan dzikir dapat diintegrasikan sebagai intervensi pendukung dalam pelayanan rawat jalan pasien post stroke, khususnya dalam upaya menangani masalah psikologis seperti depresi.
2. Bagi Tenaga Kesehatan, khususnya perawat, diharapkan dapat mengoptimalkan pendekatan keperawatan holistik dengan memperhatikan aspek spiritual pasien sebagai bagian dari proses rehabilitasi pasca stroke.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya, disarankan menggunakan desain eksperimental dengan kelompok kontrol, melibatkan jumlah sampel yang lebih besar, serta periode tindak lanjut yang lebih panjang untuk menilai efektivitas jangka panjang terapi mendengarkan dzikir dan memperkuat bukti kausalitas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mahdiatur Rasyida Z, Silviani EN, Mildawati R, Puspitosari DR. Dukungan psikososial terhadap beban keluarga pengasuh pasien stroke. *J PIKes Penelit Ilmu Kesehat*. 2023;4(1):26–34.
2. Puspitasari PN. Hubungan hipertensi terhadap kejadian stroke. *J Ilm Kesehat Sandi Husada*. 2020;12(2):922–6.
3. American Heart Association. 2021 Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet Global Burden of Disease. 2021.
4. Pgnayaka. *Gelombang otak dan pengaruh dzikir*. Published February 2025. Accessed May 30, 2025.
<https://pgnayaka.blogspot.com/2025/02/gelombang-otak-dan-pengaruh-dzikir.html>
5. Raasyidah CI. *Pengaruh dzikir terhadap fungsi fisiologis tubuh*. Kumparan. Published 2025. Accessed May 30, 2025.
<https://kumparan.com/carissa-1728656746061298970/pengaruh-dzikir-terhadap-fungsi-fisiologis-tubuh-23khNxuo1nI>

6. Ahyari FS, Husain F, Khasanah IH. Penerapan Terapi Dzikir untuk Menurunkan Tekanan Darah pada Pasien Stroke Akut di HCU Neuro Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *J Riset Rumpun Ilmu Kesehatan (JURRIKES)*. 2023;2(2):74–85.
7. Rafi M. Surah Ar-Rad (13) ayat 28: zikir dapat menenangkan hati. TafsirAlQuran.id. Published June 2021. Accessed May 30, 2025. <https://tafsiralquran.id/surah-ar-rad-13-ayat-28-zikir-dapat-menenangkan-hati/>
8. Zulfiana R, Murhayati A, Suparmanto G. Pengaruh terapi zikir terhadap tingkat depresi pasien dengan HIV/AIDS (ODHA) di Yayasan Sahabat Sehat Mitra Sebaya (YASEMA) Sukoharjo [Undergraduate Thesis]. Surakarta: University of Kusuma Husada Surakarta; 2020.
9. Himawan F, Suparjo, Cuciati. Pengaruh terapi zikir terhadap tingkat depresi pada pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa. *J Holist Nurs Sci*. 2020;7(1).
10. Anggun M, Kusumawinakhyu T, Wiharto, Mustikawati IF. The effect of dhikr on anxiety and depression level in hemodialysis patients at Purwokerto Islamic Hospital. *Int J Islamic Med*. 2021.
11. Purwasih EO, Rochana S. Pengaruh terapi zikir menjelang tidur terhadap skor depresi, kecemasan dan stres pada wanita menopause di Kecamatan Maos Cilacap. *Media Berbagi Keperawatan*. 2020;3(1).
12. Utami ST, Handayani F. Kajian Literatur: Intervensi Religius Islam dan Dampaknya pada Pasien Stroke. *J Holist Nurs Health Sci*. 2022;4(2):116–25.
13. Khumairo A, Azizah N. Efek Terapi Zikir pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Islam Metro. *At-Tajdid: Jurnal Pendidikan dan Pemikiran Islam*. 2022;6(1):59–70.
14. Liu L, Xu M, Marshall IJ, Wolfe CD, Wang Y, O'Connell MD. Prevalence and natural history of depression after stroke: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *PLoS Med*.

- 2023;20(3):e1004200. Published 2023 Mar 28.
15. Sari AC, Ayubbana S, S H. Tujuan Efektifitas Terapi ROM Exercise Genggam Bola Karet Terhadap Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke. *Jurnal Cendikia Muda*. 2021;1(3):283–8.
 16. Pratama DA, Raihan NR, Furqonah AA. Efektivitas Virtual Reality Training Terhadap Kemampuan Fungsional Ekstremitas Atas pada Kasus Stroke: Studi Literatur. *Jurnal Fisioterapi dan Rehabilitasi*. 2022;6(1):1–8.
 17. Arina CA, Amir D, Siregar Y, Sembiring RJ. The role of polymorphism gen methylene tetra hydrofolate reductase (MTHFR) C677T in ischaemic stroke patients with and without hypertension. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(1):29–32.
 18. Jelinek M, Jurajda M, Duris K. Oxidative Stress in the Brain: Basic Concepts and Treatment Strategies in Stroke. *Antioxidants*. 2021;10(12):1886.
 19. Lochhead, J. J., Ronaldson, P. T., & Davis, T. P. (2024). The role of oxidative stress in blood–brain barrier disruption during ischemic stroke: Antioxidants in clinical trials. *Biochemical Pharmacology*, 228, 116186.
 20. Salaudeen, M. A., Bello, N., Danraka, R. N., & Ammani, M. L. (2024). Understanding the pathophysiology of ischemic stroke: The basis of current therapies and opportunity for new ones. *Biomolecules*, 14(3), 305.