

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Pada awal tahun 1966, tepatnya tanggal 9 Dzulqa'dah atau bertepatan dengan tanggal 1 Maret 1966 berdirilah sebuah Klinik dan Rumah Bersalin di kota Bantul yang diberi nama PKU Muhammadiyah Bantul, sebagai sebuah karya tokoh-tokoh Muhammadiyah dan 'Aisyiyah pada waktu itu. Seiring berjalannya waktu klinik dan RB PKU Muhammadiyah Bantul semakin berkembang pesat ditandai adanya pengembangan pelayanan di bidang kesehatan anak baik sebagai upaya penyembuhan maupun pelayanan di bidang pertumbuhan dan perkembangan anak pada tahun 1984. Dan hal inilah yang menjadi dasar perubahan Rumah Bersalin menjadi Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak dengan Surat Keputusan Ijin Kanwil Depkes Propinsi DIY no 503/1009/PK/IV/1995 yang selanjutnya pada tahun 2001 berkembang menjadi RSU PKU Muhammadiyah Bantul dengan diterbitkannya ijin operasional dari Dinas Kesehatan No: 445/4318/2001 dan merupakan Rumah Sakit tipe C. Saat ini RSU PKU Muhammadiyah Bantul telah mendapatkan sertifikat ISO 9001–2008 untuk Pelayanan Kesehatan Standar seperti pelayanan 24 jam, rawat inap, rawat jalan, pelayanan masyarakat, pelayanan penunjang, pelayanan unggulan dan pelayanan lain seperti *home care*, *general medical check up*, konsultasi gizi, club lansia serta pelayanan bimbingan rohani.

Falsafah RSU PKU Muhammadiyah Bantul merupakan perwujudan ilmu, iman dan amal sholeh dengan Motto pelayananku ibadahku. Visi RSU PKU Muhammadiyah Bantul adalah terwujudnya Rumah Sakit yang Islami yang mempunyai keunggulan kompetitif global, dan menjadi kebanggaan umat dan salah satu misinya berdakwah melalui pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan mengutamakan peningkatan kepuasan pelanggan serta peduli pada kaum dhu'afa.

Penelitian dilaksanakan di bangsal Al-A'raf yang merupakan bangsal kelas tiga atau bangsal campuran antara penyakit dalam dan bedah. Jumlah ruangan yang terdapat di bangsal tersebut berjumlah 22 ruangan dengan luas 2x2 meter. Keadaan bangsal tersebut cukup nyaman bagi pasien karena tidak ada kebisingan, pentilasi udara cukup, mempunyai sekat atau tembok pembatas antara ruang satu dengan ruang yang lain dan semua menggunakan penutup tirai, dan keluarga pasien tidak lebih dari dua orang yang menemani di luar jam kunjungan sehingga bisa dilihat kenyamanan dan ketengan ruangan perawatan pasien. Persiapan pasien dilakukan langsung di bangsal tersebut seperti pencukuran daerah yang akan dioperasi, menggunakan pakaian operasi dan tempat dilakukan intervensi terapi dzikir.

2. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian ini dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, umur, jenis operasi, keluarga yang menemani yang diuraikan pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan, Umur, dan Jenis Operasi di RSUD Muhammadiyah Bantul

Karakteristik	Intervensi		Kontrol	
	F	%	F	%
Jenis kelamin				
Laki-laki	15	62,5	16	66,7
Perempuan	9	37,5	8	33,3
Pendidikan				
Dasar	9	37,5	10	41,7
Menengah	12	50,0	10	41,7
Tinggi	3	12,5	4	16,7
Umur				
16-21 Remaja	4	16,7	0	0
22-35 Dewasa awal	9	37,5	10	20,8
36-45 Dewasa madya	4	16,7	8	41,7
46-60 Dewasa akhir	7	29,2	6	37,5
Jenis operasi				
Minor	2	8,3	7	29,2
Mayor	22	91,7	17	70,8
Ditemani oleh keluarga	24	100	24	100
Tidak ditemani	0	0	0	0
Jumlah	24	100	24	100

Sumber : Data Primer Tahun 2014

Tabel 4.3 menunjukkan pada responden kelompok intervensi mayoritas berjenis kelamin laki-laki (62,5%), berpendidikan menengah (50%), berumur dewasa awal 22-35 tahun (37,5%), dan jenis operasi mayor (91,7%). Pada responden kelompok kontrol kebanyakan berjenis kelamin laki-laki (66,7%), berpendidikan Dasar dan Menengah (41,7%), berumur dewasa awal 22-35 tahun (41,7%), jenis operasi mayor (70,8%) dan ditemani oleh keluarga (100%).

3. Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi di RSUD Muhammadiyah Bantul

Sebelum dilakukan uji statistik terlebih dahulu dilakukan uji normalitas data untuk menentukan jenis statistik yang digunakan apakah parametrik atau non parametrik. Hasil uji normalitas menggunakan uji *Shapiro-Wilk* disajikan pada tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2. Hasil Uji Normalitas Perubahan Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi Sebelum dan Sesudah Diberikan Terapi Dzikir di RSUD Muhammadiyah Bantul

Kategori	Statistic	dk	Sig.
Intervensi	0,977	24	0,830
Kontrol	0,933	24	0,111

Sumber: Data Primer Tahun 2014

Hasil uji normalitas data perubahan tingkat kecemasan pada kedua kelompok menunjukkan hasil $p \geq 0,05$, artinya data berdistribusi normal. Berdasarkan uji normalitas tersebut maka uji pengaruh terapi dzikir terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi di RSUD Muhammadiyah Bantul menggunakan uji *independent sample t-test* dan *paired sample t-test*.

Hasil uji pengaruh terapi dzikir terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi di RSUD Muhammadiyah Bantul disajikan pada tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 4.3. Hasil Uji *Independent Sample t-test* Pengaruh Terapi Dzikir Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Preoperasi di RSUD Muhammadiyah Bantul

Katagori	n	Mean	Mean Diff.	t-test	
				t	Sig
Intervensi	24	-11,960	11,833	-9,406	0,000
Kontrol	24	-0,130			

Sumber: Data Primer Tahun 2004 .

Hasil perhitungan statistik menggunakan uji *Independent Sample t-test* diperoleh $p < 0,05$, artinya ada pengaruh terapi dzikir terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi di RSUD Muhammadiyah Bantul.

4. Tingkat Kecemasan Kelompok Kontrol

a. Rata-rata tingkat kecemasan

Tabel 4.4. Rata-Rata Tingkat Kecemasan *Pre test* dan *Post test* pada Kelompok Kontrol

Kategori	n	Mean	Std.Dev	Min	Max
Nilai <i>Pre test</i>	24	18,50	4,653	10	28
Nilai <i>Pos test</i>	24	18,38	5,578	10	30

Sumber: Data Primer Tahun 2014

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan terdapat penurunan rata-rata tingkat kecemasan pada kelompok kontrol sebanyak 0,125.

b. Perbedaan rata-rata tingkat kecemasan

Tabel 4.5. Hasil Uji *Paired Sample t-test* *Pre test* dan *Post test* Pada Kelompok Kontrol

Kategori	Mean	n	t	dk	Sig
Nilai <i>Pretest</i>	18,50	24	0,148	23	0,884
Nilai <i>Posttest</i>	18,38	24			

Sumber: Data Primer Tahun 2014

Berdasarkan tabel 4.5 hasil uji perbedaan rata-rata tingkat kecemasan kelompok kontrol *pre test* dan *post test* diperoleh nilai $p > 0,05$, artinya tidak ada perbedaan rata-rata tingkat kecemasan yang signifikan secara statistik pada kelompok kontrol *pre test* dan *post test*.

5. Tingkat Kecemasan Kelompok Intervensi

a. Rata-rata tingkat kecemasan

Tabel 4.6. Rata-Rata Tingkat Kecemasan *Pre test* dan *Post test* pada Kelompok Intervensi

Kategori	n	Mean	Std.Dev	Min	Max
Nilai <i>Pre test</i>	24	22,54	7,437	7	40
Nilai <i>Post test</i>	24	10,58	5,587	0	19

Sumber: Data Primer 2014

Berdasarkan tabel 4.6 menunjukkan terdapat penurunan rata-rata tingkat kecemasan pada kelompok intervensi dengan selisih rata-rata nilai *pre test* dan *post test* sebanyak 11,958.

b. Perbedaan rata-rata tingkat kecemasan

Tabel 4.7. Hasil Uji *Paired Sample t-test* *Pre test* dan *Post test* Pada Kelompok Intervensi

Kategori	Mean	n	T	dk	Sig
Nilai <i>Pre test</i>	22,54	24	12,838	23	0,000
Nilai <i>Posttest</i>	10,58	24			

Sumber: Data Primer Tahun 2014

Berdasarkan tabel 4.7 hasil uji perbedaan rata-rata tingkat kecemasan kelompok intervensi *pre test* dan *post test* diperoleh nilai $p < 0,05$, artinya ada perbedaan rata-rata tingkat kecemasan yang signifikan secara statistik pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi dzikir.

B. Pembahasan

Hasil uji *independent sample t-test* menunjukkan ada pengaruh terapi dzikir terhadap tingkat kecemasan pasien preoperasi pada pasien yang diberikan intervensi terapi dzikir dengan pasien yang tidak diberikan di RSUD Muhammadiyah Bantul. Hasil penelitian ini mendukung hasil studi di Universitas *George Town* Amerika Serikat, yaitu dari sebanyak 212 studi menyatakan bahwa intervensi agama sangat berpengaruh terhadap kesehatan dengan tingkat keberhasilan sebesar 75%. Survey yang dilakukan majalah *TIME*, *CNN* dan *USA Weekend* tahun 1996, menyatakan bahwa 70 pasien percaya do'a dan dzikir dapat membantu mempercepat proses penyembuhan penyakit (Hawari, 2004). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan Masluchah & Sutrisno (2010) yang

menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada tingkat kecemasan pasien preoperasi antara pasien yang diberi bimbingan dzikir dan pasien yang tidak diberi bimbingan do'a dan dzikir, dimana kecemasan pasien preoperasi pada pasien yang tidak diberi bimbingan do'a dan dzikir lebih tinggi dibanding pasien yang diberi bimbingan do'a dan dzikir.

Dzikir akan membuat keadaan seseorang merasa lebih yakin, pasrah, sabar dan tenang atau rileks (Yusuf., Sriyono & Kurnia, 2008). Keadaan tersebut akan menurunkan aktivitas amygdala, melemaskan otot dan melatih individu mengaktifkan kerja sistem saraf simpatis sebagai pusat aktivitas saraf parasimpatis (Pinel, 2009; Saleh, 2010).

Menurut konsep *Religiopsikoneuroimnologi* (RPNI) pengucapan kalimat dzikir dengan penuh kesadaran akan berpengaruh terhadap mekanisme coping seseorang. Mekanisme coping yang baik tersebut akan diolah oleh neokorteks, amygdala dan hipokampus. Sinyal yang dihasilkan akan dikirim ke hipotalamus yang akan meningkatkan sekresi *Gama Amino Butyric Acid* (GABA). Jumlah GABA yang meningkat akan merespon hipotalamus untuk mengendalikan sekresi *Cotricotropic Releassing Factor* (CRF) untuk memerintahkan hipofisis anterior mengurangi sekresi *Adrinocotricotropic Hormon* (ACTH). Sekresi ACTH yang rendah akan memerintahkan kelenjar adrenal untuk mengurangi sekresi hormon adrenalin dan cortisol yang akan menyebabkan kecemasan menurun dan kekebalan tubuh meningkat (Mustamir, 2008).

Hasil penelitian terhadap karakteristik responden menunjukkan jenis kelamin responden kelompok intervensi dan kontrol kebanyakan laki-laki. Jenis kelamin merupakan faktor yang mempengaruhi kecemasan. Menurut Wong et al (2009) perempuan lebih cepat mengalami kecemasan dua kali lipat dibandingkan laki-laki. Selain mengalami kecemasan, remaja dan perempuan dewasa lebih mungkin terkena depresi dibandingkan laki-laki. Hal tersebut dikarenakan laki-laki memiliki mekanisme coping yang lebih baik dari pada perempuan.

Pendidikan responden kelompok kontrol kebanyakan dasar dan menengah begitu juga kelompok intervensi kebanyakan dasar dan menengah. Menurut Stuart (2006) status pendidikan dan ekonomi yang rendah pada seseorang akan

menyebabkan orang tersebut lebih mudah mengalami kecemasan dibanding dengan mereka yang status pendidikan dan ekonomi tinggi (Stuart, 2006). Berdasarkan hasil penelitian dapat direkomendasikan bahwa latar belakang responden dengan pendidikan menengah dapat memahami prosedur intervensi Terapi Dzikir dan dapat memberikan efek yang positif terhadap penurunan tingkat kecemasan.

Umur responden kelompok kontrol dan intervensi sebagian besar dewasa awal 22-35 tahun dan ada perbedaan pada usia remaja 16-21 tahun antara kelompok kontrol dan intervensi. Menurut Wong., Hockenberry., Wilson., Winkelstein., & Schwartz, (2009) usia seseorang dapat mempengaruhi terjadinya kecemasan. Usia remaja lebih mudah mengalami kecemasan dibandingkan usia dewasa atau yang lebih tua. Namun dalam penelitian ini hal tersebut tidak mempengaruhi biasanya hasil karena sama-sama mengalami tingkat kecemasan yang relatif sama baik itu pada usia remaja dan dewasa.

Jenis operasi responden kelompok kontrol dan intervensi mayoritas jenis operasi mayor, dan ada sedikit perbedaan pada jenis operasi minor antara kelompok kontrol dan intervensi, namun pada penelitian hal tersebut tidak mempengaruhi biasanya hasil karena semua responden pada kedua kelompok yang operasi mayor maupun minor sama-sama mengalami tingkat kecemasan yang relatif sama.

Hasil uji *paired sample t-test* menunjukkan ada penurunan rata-rata tingkat kecemasan pada kelompok kontrol *pre tes* dan *post tes* namun secara statistik tidak signifikan. Adanya penurunan tingkat kecemasan ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor salah satunya adalah dukungan keluarga. Berdasarkan pengamatan peneliti semua pasien yang menjadi responden ditemani oleh keluarganya dan pasien sangat mendapat dukungan moril dilihat dari kedekatan, keoperatif keluarga terhadap pasien. Dukungan, sikap, kedekatan dan tindakan keluarga terhadap seseorang yang akan menjalani tindakan operasi sangat berpengaruh terhadap terjadinya kecemasan. Seseorang yang jauh dari keluarga dan sikap keluarga yang kurang kooperatif terhadap keadaan keluarganya akan

lebih mudah mengalami kecemasan. Sebaliknya seseorang yang mempunyai dukungan dari keluarga lebih sulit untuk cemas (Sudiharto, 2007).

Hasil uji *paired sample t-test* menunjukkan ada perbedaan rata-rata tingkat kecemasan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan terapi dzikir. Penurunan tingkat kecemasan yang diperoleh jauh lebih besar dan signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian ini sesuai dengan Masluchah & Sutrisno (2010) yang menunjukkan tingkat kecemasan pasien preoperasi sesudah diberikan bimbingan do'a dan dzikir lebih rendah.

Adanya perbedaan rata-rata tingkat kecemasan disebabkan adanya intervensi berupa terapi dzikir. Dzikir adalah upaya mengingat Allah dengan ucapan lisan, hati dan gerakan anggota badan untuk mendekatkan diri (*Taqarrub*) kepadaNya (Abidin & Fathurrohman, 2009). *National Institutes of health* (NIH) Amerika Serikat mengelompokkan terapi dzikir kedalam katagori *Mind Body Intervention* yang mempunyai efek hipnotis yang efektif mengatasi kecemasan dan meningkatkan sistem kekebalan tubuh (Mustamir, 2008). Hal ini juga sesuai dengan pendapat Hari (2004) yang menyatakan jika dipandang dari sudut kesehatan jiwa, do'a dan dzikir mengandung unsur psikoterapeutik yang mendalam. Terapi psikoreligius tidak kalah pentingnya dibandingkan dengan psikoterapi psikiatrik, karena mengandung kekuatan spiritual atau kerohanian yang membangkitkan rasa percaya diri dan optimis.

C. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki berbagai keterbatasan yang mengakibatkan hasilnya belum sesuai yang diharapkan. Keterbatasan tersebut meliputi:

1. Penelitian ini dilakukan pada subjek yang sangat kecil (hanya 48 orang) karena adanya kesulitan mencari subjek yang sesuai dengan kriteria inklusi sehingga tingkat generalisasinya masih rendah.
2. Tidak dilakukan pengontrolan atau membedakan antara pasien yang mengerti atau lancar membaca tulisan arab dengan pasien yang kurang bisa.
3. Belum teridentifikasinya sampai pada pemaknaan terapi dzikir.