

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Wilayah Penelitian

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah 2 Yogyakarta terletak di Jalan Wates Km. 5,5 Gamping, kecamatan Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah sakit ini termasuk yang terlengkap di Yogyakarta, salah satunya fasilitas unit hemodialisis untuk pasien yang ingin cuci darah. Unit hemodialisis di PKU Muhammadiyah 2 Yogyakarta memiliki 24 tempat tidur dan 24 mesin hemodialisis. Ruangnya difasilitasi dengan 3 buah televisi dan 3 buah kamar mandi. Unit hemodialisis ini memiliki 7 perawat yang terlatih yang bekerja di setiap siftnya.

Pasien yang menjalani hemodialisis di PKU Muhammadiyah Yogyakarta berjumlah 130 pasien pada Bulan Februari tahun 2016 dengan jadwal masing-masing. Satu hari terdapat 3 sift pada hari senin dan kamis, tetapi untuk sekarang hanya terdapat 2 sift pada tiap harinya. Pelayanannya terbagi dari jam 06.00 - 11.30 untuk sift pagi dan jam 12.00 - 17.30 untuk sift siang. Sebelum pasien mendapatkan giliran hemodialisis, para perawat mengganti linen dengan yang baru dan perawat sudah menyiapkan tempat tidur untuk setiap pasien dengan menaruh buku catatan hemodialisis di atas tempat tidur.

Selama hemodialisis pasien diukur tekanan darahnya dan pasien diberikan fasilitas hiburan seperti televisi yang dapat pasien dan keluarga gunakan. Dalam ruangan hemodialisis juga terdapat dispenser yang dapat keluarga dan pasien gunakan. Keluarga diperkenankan untuk menunggu pasien selama berlangsungnya hemodialisis. Di unit hemodialisis belum terdapat SOP terkait penanganan terhadap depresi, hanya terdapat dokter yang berkunjung dan memantau para pasien dan terdapat pembina rohani yaitu seorang ustadz yang akan memimpin do'a bersama tetapi karena keterbatasan waktu dari pembina rohani, maka lebih sering dilakukan pada hari Selasa dan Jumat.

2. Gambaran Karakteristik Responden

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden GGK Yang Menjalani Hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Gamping (N=30)

Karakteristik	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
	Jumlah (n)	Persentase %	Jumlah (n)	Persentase %
Jenis Kelamin				
Laki-laki	10	66,7	9	60
Perempuan	5	33,3	6	40
Usia sekarang				
20-39	5	33,5	4	26,8
40-59	8	53,6	10	67,0
60-79	2	13,4	1	6,7
Pendidikan				
rendah (SD-SMP)	8	53,3	9	60,0
tinggi (SMA-S1)	7	46,6	6	40,0
Riwayat Hemodialisis				
< 12 bulan	8	53,4	6	40,1
> 12 bulan	7	46,8	9	59,9
Pekerjaan				
Tidak bekerja	4	26,7	5	33,3
IRT	6	40,0	4	26,7
Wiraswata	4	26,7	4	23,3
Pegawai swasta	1	6,7		
Guru			2	13,4

Sumber: Data Primer

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa 66,7% responden berjenis kelamin laki-laki dan 33,3% responden berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan usia terbanyak adalah berusia 40-59 tahun dengan jumlah 8 responden (37,5%) pada kelompok eksperimen dan 8 responden (50%) pada kelompok kontrol. Karakteristik agama didapatkan 100% responden pada kelompok eksperimen dan kontrol beragama Islam. Karakteristik tingkat pendidikan responden, sebagian besar mempunyai pendidikan SMP baik pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol yaitu 6 orang (40%) pada kelompok eksperimen dan 7 orang (46,7) pada kelompok kontrol. Riwayat hemodialisis responden terbanyak yaitu dibawah satu tahun oleh 8 orang responden (53,4%) pada kelompok eksperimen dan diatas satu tahun oleh 9 responden (59,9%) pada kelompok kontrol. Data terakhir, rata-rata responden pada kelompok eksperimen merupakan seorang ibu rumah tangga yaitu sebanyak 6 orang (40%), sedangkan pada kelompok kontrol, responden yang tidak memiliki pekerjaan memperoleh persentase tertinggi, yaitu sebanyak 5 orang (33,3%).

3. Gambaran Tingkat Depresi Pasien GGK Yang Menjalani Hemodialisis Kelompok Penelitian

Tabel 4.2 Tingkat Depresi Pasien Pada Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol di RS PKU Muhammadiyah Gamping (N=30)

Tingkat Depresi Pasien	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol		Total
	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)	
<i>Pre-test</i>					
Ringan	12	80	12	80	24
Sedang	3	20	3	20	6
<i>Post-test</i>					
Normal	3	20	3	20	6
Ringan	11	73,3	11	73,3	22
Sedang	1	6,7	1	6,7	2

Sumber: Data Primer

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa tingkat depresi pasien GGK yang menjalani hemodialisis pada kelompok eksperimen pada saat *pre-test* paling banyak berada pada kategori ringan yaitu sebanyak 12 responden (80%), jumlah responden dengan kategori kasus sedang 3 responden (20%). Tingkat depresi kelompok eksperimen setelah diberikan murotal Al-Qur'an paling banyak berada di kategori ringan dengan jumlah seluruh responden pada kelompok tersebut menjadi 11 responden (73,3%), sedangkan 3 responden menjadi katagori normal (20%) dan jumlah responden dengan kategori sedang menjadi 1 responden (6,7%).

Tingkat depresi pasien GGK yang menjalani hemodialisis pada kelompok kontrol pada saat *pre-test* sebanyak 12 orang (80%) berada di kategori ringan dan 3 orang (20%) berada di kategori sedang. Setelah pemberian murotal Al-Qur'an 3 responden (20%) berada di

kategori normal dan 11 orang responden (73,3%) berada di kategori ringan dan 1 orang responden (6,7%) berada di kategori sedang.

Tabel 4.3 Karakteristik Responden dan Tingkat Depresi di RS PKU Muhammadiyah Gamping (N=30)

Karakteristik	Depresi Kelompok Eksperimen		Depresi Kelompok Kontrol	
	Ringan	Sedang	Ringan	Sedang
Jenis kelamin				
Laki-laki	9 (60,0%)	1 (6,7%)	9 (60,0%)	
Perempuan	3 (20,0%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)	3 (20,0%)
Usia				
20-39	4 (26,8%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
40-59	6 (40,2%)	2 (13,3%)	9 (60,3%)	1 (6,7%)
60-79	2 (13,3%)		1 (6,7%)	
Pendidikan				
Rendah (SD-SMP)	7 (46,6%)	1 (6,7%)	8 (53,3%)	1 (6,7%)
Tinggi (SMA-S1)	5 (33,3%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	2 (13,3%)
Riwayat hemodialisis				
<12 bulan	7 (46,9)	1 (6,7%)	4 (26,8%)	2 (13,4%)
>12 bulan	5 (33,5%)	2 (13,4%)	8 (53,6%)	1 (6,7%)
Pekerjaan				
Tidak bekerja	3 (20,0%)	1 (6,7%)	5 (33,3%)	
IRT	4 (26,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)
Wiraswasta	4 (26,6%)		4 (26,6)	
Pegawai swasta	1 (6,7%)			
Guru			2 (13,3%)	

Sumber: Data Primer

Tabel 4.3 menunjukkan, tingkat depresi kelompok eksperimen didominasi oleh depresi kasus ringan, yaitu sebanyak 9 responden

(60,0%) berjenis kelamin laki-laki dan 3 responden (20,0%) berjenis kelamin perempuan. Pada kelompok kontrol tingkat depresi dengan jenis kelamin laki-laki didominasi oleh depresi kasus ringan, yaitu sebanyak 9 responden (60,0%), sedangkan tingkat depresi dengan jenis kelamin perempuan adalah sama, baik kasus ringan maupun kasus sedang dengan jumlah responden 3 orang (20,0%) pada setiap kasus depresi. Karakteristik usia pada kelompok eksperimen didominasi oleh rentang usia 40-59 tahun, baik depresi kasus ringan maupun kasus sedang. Pada kelompok kontrol rentang usia 40-59 tahun mendominasi depresi kasus ringan, sedangkan rentang usia 20-39 tahun mendominasi depresi kasus sedang.

4. Perbedaan Tingkat Depresi Pada Setiap Kelompok Penelitian

a. Pengukuran Tingkat Depresi Pada Setiap Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Tabel 4.4 Tingkat Depresi Pasien *Pre-test* dan *Post-test* Pada Setiap Kelompok Eksperimen Dan Kelompok Kontrol di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Kelompok	<i>Pre-test</i>			<i>Post-test</i>			<i>p</i>
	Median	Mean	SD	Median	Mean	SD	
Intervensi	10,00	10,00	1,773	9,00	8,73	1,486	0,025
Kontrol	9,00	9,40	1,242	8,00	8,53	1,187	0,025

Sumber: Data Primer

Hasil analisis dengan uji *Wilcoxon* pada kelompok eksperimen diperoleh nilai $p < 0,025$ dengan rerata depresi tertinggi pada pengukuran saat *pre-test* (10,00). Karena nilai $p < 0,05$, maka dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi yang

bermakna pada pengukuran tingkat depresi saat *pre-test* dan *post-test* pada kelompok eksperimen.

Hasil analisis dengan uji *Wilcoxon* pada kelompok kontrol diperoleh nilai $p < 0,025$ dengan rerata depresi tertinggi pada pengukuran saat *pre-test* (9,40). Karena nilai $p < 0,05$, maka dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat perbedaan tingkat depresi yang bermakna pada pengukuran tingkat depresi saat *pre-test* dan *post-test* pada kelompok kontrol.

5. Perbedaan Tingkat Depresi Antara Kelompok Eksperimen Dan Kelompok Kontrol

a. Pengukuran Tingkat Depresi *Pre-Test* dan *Post-test* Antara Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol

Tabel 4.5 Perbedaan Tingkat Depresi Kelompok Eksperimen Dan Kelompok Kontrol Sesudah Diberikan Intervensi di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Waktu	Kelompok Eksperimen N=15				Kelompok Kontrol N=15			
	Median	Mean	SD	<i>p</i>	Median	Mean	SD	<i>p</i>
Pre-test	10,00	10,00	1,773	1,000	9,00	9,40	1,242	1,000
Post-test	9,00	8,73	1,486	1,000	8,00	8,53	1,187	1,000

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 4.5, menunjukkan bahwa hasil analisis dengan uji *Mann-Whitney U* pada saat *pre-test* kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diperoleh nilai $p = 1,000$. Karena nilai $p > 0,05$, maka berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara depresi *pre-test* kelompok eksperimen dan depresi *pre-test* kelompok kontrol.

Hasil analisis dengan uji *Mann-Whitney U* pada saat *pre-test* kelompok eksperimen dan kelompok kontrol diperoleh nilai $p=1,000$. Karena nilai $p>0,05$, maka berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara depresi *post-test* kelompok eksperimen dan depresi *post-test* kelompok kontrol.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Jenis Kelamin

Berdasarkan tabel 4.1 terkait karakteristik depresi pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Gamping berdasarkan jenis kelamin diketahui bahwa responden terbanyak berdasarkan jenis kelamin adalah laki-laki pada kedua kelompok. Fakta di lapangan, responden laki-laki lebih banyak daripada perempuan saat dilakukan wawancara.

Sesuai dengan penelitian Istanti (2009) di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan data IRR (*Indonesia Renal Registry*, 2014), bahwa rata-rata pasien yang menderita GJK adalah laki-laki sebanyak 55,77%. Hasil ini sejalan dengan penelitian Nurchayati (2011) yang menyatakan bahwa responden laki-laki lebih banyak mengalami gagal ginjal kronik karena faktor pola hidup dan pola makan laki-laki yang suka merokok, bergadang dan minum kopi. Menurut Agustini (2010), berdasarkan gaya hidup tersebut laki laki beresiko terkena gagal ginjal kronik. Kebiasaan merokok dan minum alkohol juga dapat menyebabkan ginjal bekerja lebih keras. Kandungan nikotin dalam rokok dan bahan kimia lainnya seperti alkohol dapat menyebabkan perubahan denyut jantung , tekanan darah dan pernafasan. perubahan ini

mempengaruhi fungsi ginjal dan memicu terjadinya gagal ginjal kronik.

b. Usia Responden

Berdasarkan tabel 4.1 mengenai karakteristik usia dengan terjadinya depresi pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Gamping, didapatkan responden terbanyak ada di rentang usia 40-59 tahun, yaitu sebesar 53,6% baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol. Menurut data IRR (*Indonesia Renal Registry*, 2014), distribusi usia pada tahun 2014 ini sedikit berbeda dibandingkan tahun sebelumnya, kelompok usia terbanyak sebanding antara usia 45 – 54 tahun dan 55 – 64 tahun. Pada tahun 2013 kelompok usia terbanyak ada pada kelompok 45 -54 sebanyak 30,26 %. Diperkuat dengan penelitian Nurcahyati (2011), fungsi renal akan berubah seiring bertambahnya usia. Adanya pertambahan usia, ginjal makin berkurang kemampuannya dalam berespon terhadap perubahan cairan dan elektrolit akut dan akhirnya berdampak pada terjadinya GGK. Pada usia 40 tahun ke atas akan terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus secara progresif hingga usia 70 tahun, kurang lebih 50% dari normalnya (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Nurcahyati, 2011).

c. Pendidikan Responden

Karakteristik pasien GGK berdasarkan pendidikan, diketahui responden terbanyak ada di tingkat pendidikan rendah, yaitu sebesar 40,0% pada kelompok eksperimen dan 46,7% kelompok kontrol. Menurut penelitian Nurcahyati (2011), tidak terdapat keterikatan antara pendidikan dengan kejadian GGK maupun pasien yang menjalani hemodialisis. Pendidikan hanya mempengaruhi perilaku seseorang dalam mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan yang akan dan harus dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatannya.

d. Pekerjaan

Berdasarkan karakteristik depresi pada pasien terkait dengan pekerjaan, diketahui responden terbanyak pada kelompok eksperimen berjumlah 6 orang (40,0%) sebagai ibu rumah tangga, sedangkan pada kelompok kontrol didominasi oleh responden yang tidak memiliki pekerjaan dengan jumlah 5 orang (33,3%). Dalam penelitian Nurcahyati (2011), dikemukakan bahwa individu yang harus menjalani hemodialysis sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam kehidupannya (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Nurcahyati, 2011), biasanya pasien akan mengalami masalah keuangan dan kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan. Diperkuat oleh penelitian

Asri,dkk (2006) yang mengatakan bahwa 2/3 pasien yang mendapatkan terapi dialysis tidak pernah kembali pada aktifitas atau pekerjaan sediakala, sehingga banyak pasien yang kehilangan pekerjaannya.

2. Karakteristik Responden dan Tingkat Depresi

a. Jenis Kelamin

Menurut tabel 4.3, didapatkan bahwa karakteristik dengan jenis kelamin laki-laki merupakan yang paling banyak terjadinya kejadian depresi dan terbanyak berada di katagori ringan. Hasil yang didapatkan bertentangan dengan penelitian Kiki, Alif dan Al (2014) yang menyatakan bahwa gejala depresi pada perempuan lebih tinggi dikarenakan laki-laki lebih suka menumpahkan masalah dan emosi dengan kegiatan daripada memendamnya serta akan merasa malu jika mereka sampai menangis jika ada masalah, hal ini jelas berkebalikan dengan sikap perempuan dalam menghadapi masalah yang terjadi di dalam dirinya. Diperkuat oleh pendapat Wilkinson (2000) dalam penelitian Dudung, dkk (2015), yang menyatakan bahwa wanita lebih sering terpajan dengan stresor lingkungan dan ambangnya terhadap stresor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria. Selain itu, ketidakseimbangan hormon pada wanita menambah tingginya prevalensi depresi pada wanita.

b. Usia Responden

Berdasarkan tabel 4.3 terkait dengan usia terhadap depresi, didapatkan usia 40-59 tahun adalah yang terbanyak pada kedua kelompok dan berada paling banyak di katagori depresi ringan. Sesuai dengan penelitian Heny dan Setia (2015) yang menunjukkan rentang usia 45 – 60 mempunyai jumlah penderita paling banyak diantara rentang usia lainnya. Hal tersebut bukan hanya terjadi pada laki – laki namun juga pada pasien perempuan. Rentang usia tersebut oleh Papalia dkk (2009) disebut dengan masa dewasa tengah yaitu masa awal terjadinya kemunduran kemampuan sensori, kesehatan, stamina dan kekuatan, sehingga beresiko tinggi terhadap terjadinya depresi.

c. Pendidikan Responden

Berdasarkan tabel 4.3 terkait dengan pendidikan terhadap depresi, didapatkan responden terbanyak berada pada tingkat pendidikan yang rendah dan masih dalam kategori ringan. Jika dibandingkan dengan pasien yang memiliki masalah lain, hasil penelitian Biantoro (2007) menyatakan bahwa klien pasca-stroke berpendidikan rendah sebagian besar mengalami depresi lebih tinggi dibanding berpendidikan tinggi. Serupa dengan teori yang dikemukakan Welnet (1997) dan Robert (1982) dalam Biantoro, bahwa gejala depresi rata- rata akan meningkat pada orang dewasa dengan sedikit tahun pendidikan. Pendidikan mempunyai pengaruh

terhadap pencetus depresi yang disebabkan oleh stresor fisik dan psikologis, dengan tingkat pendidikan yang baik maka seseorang akan memandang positif stressor yang mereka terima (Hardywinoto, 1999). Didukung oleh Notoatmojo, pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya perilaku, sehingga seseorang yang pendidikan tinggi cenderung akan berperilaku positif. Tingkat pendidikan setara SMA/SMK secara umum sudah termasuk dalam kategori yang baik sehingga responden sudah mampu mengontrol dan membangun tingkat emosi secara sempurna. Notoatmodjo menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin memengaruhi pola pikir seseorang dalam mengambil keputusan.

Diperkuat penelitian Astiti (2014), bahwa pasien yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan mencari perawatan dan pengobatan penyakit yang dideritanya, serta memilih dan memutuskan tindakan untuk mengatasi masalah kesehatannya, sedangkan pasien dengan pendidikan rendah memiliki perilaku kesadaran akan kesehatan yang rendah, dikarenakan informasi dan pemahan yang dimiliki kurang sehingga menimbulkan depresi bagi dirinya sendiri. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa tingkat

pendidikan mempunyai pengaruh terhadap depresi yang dialami oleh pasien.

d. Riwayat Hemodialisis

Berdasarkan karakteristik depresi pada pasien terkait dengan lama menjalani hemodialisis didapatkan responden terbanyak adalah 8 orang (53,4%), dimana tingkat depresi <12 bulan pada kelompok eksperimen dan 9 orang (59,9%), dimana tingkat depresi >12 bulan pada kelompok kontrol.

Menurut penelitian Dewi (2015), lamanya hemodialisis bisa mengakibatkan responden bosan dan sebaliknya kualitas hidup semakin menurun, hal ini dikarenakan adanya beberapa kondisi komorbiditas yang dialami responden dan beberapa penyakit penyerta lainnya, sehingga dapat memicu terjadinya depresi. Hal ini tidak sama dengan penelitian Pratiwi (2014), yang menyatakan bahwa pasien yang baru menjalani hemodialisis tingkat depresinya lebih tinggi dikarenakan pasien akan merasa khawatir terkait kondisinya sekarang dan pengobatan jangka panjang, sedangkan pasien yang sudah lama menjalani hemodialisis kemungkinan sudah dalam fase penerimaan, sehingga tingkat depresinya lebih rendah dibandingkan dengan yang baru menjalani hemodialisis. Jadi, dapat disimpulkan bahwa baik responden yang menjalani hemodialisis <12 bulan maupun >12 bulan mempunyai tingkat depresi yang berbeda.

e. Pekerjaan

Berdasarkan tabel 4.3 terkait pekerjaan terhadap depresi, didapatkan responden terbanyak adalah yang bekerja sebagai ibu rumah tangga, sebanyak 4 orang (26,7%) pada kelompok eksperimen dan responden yang tidak bekerja sebanyak 5 orang (33,3) pada kelompok kontrol. Penelitian Rustina (2012), pasien yang hanya bekerja sebagai ibu rumah tangga memiliki angka kejadian lebih besar adanya depresi. Hal ini bisa saja diakibatkan karena tidak adanya kegiatan pasien yang dapat mengalihkan dari rasa tidak nyaman selama pengobatan. Diperkuat dari penelitian Wijaya (2005), yang menyatakan bahwa status pekerjaan, kehilangan pekerjaan, rasa kehilangan peran dalam keluarga dan sosial merupakan factor risiko depresi baik pada populasi normal maupun populasi dengan penyakit kronik dan pada kenyataannya status pekerjaan akan berpengaruh terhadap status ekonomi.

3. Pengaruh Pemberian Murotal Al-Qur'an Terhadap Depresi

Berdasarkan tabel 4.6, analisis uji beda rerata depresi dengan menggunakan uji Mann-Whitney U didapatkan nilai $p=1,000$ dengan arti tidak terdapat perbedaan antara tingkat depresi saat post-test pada kelompok eksperimen yang diberikan intervensi atau perlakuan murotal Al-Qur'an dibandingkan dengan kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi. Berdasarkan uraian di atas, dapat diartikan bahwa murotal Al-Qur'an tidak berpengaruh terhadap depresi.

Adapun hal-hal yang dapat mempengaruhi tidak terdapatnya pengaruh murotal Al-Qur'an terhadap tingkat depresi berhubungan, antara lain adalah lingkungan dan kesiapan psikis dan fisik, pemahaman dari responden, lama pemberian murotal Al-Qur'an, volume audio.

Pada penelitian ini, lingkungan dan kesiapan diri dari responden dalam mendengarkan murotal Al-Qur'an tidak berpengaruh terhadap tingkat depresi. Hal ini diperkuat dari fakta dilapangan, bahwa pada saat dilakukannya intervensi murotal Al-Qur'an keadaan lingkungan di dalam ruang hemodialisis pasien tidak kondusif dikarenakan tata ruangan yang seperti barak yang tidak diberi pemisah antar tempat tidur pasien satu dengan pasien lainnya, selain itu banyaknya keributan yang terjadi dimana banyak keluarga maupun pasien yang mengobrol ditengah berjalannya pemberian murotal AL-Qur'an. Dalam penelitian Ernawati (2013), disebutkan bahwa mendengarkan bacaan Al-Qur'an akan berpengaruh jika didengarkan dalam keadaan yang tenang serta pendengar memperhatikan dalam arti tidak berbicara atau meninggalkan kesibukan yang dapat mengganggu dari mendengarkan. Selain itu, responden juga harus siap untuk meresapi murotal Al-Qur'an yang didengar, sehingga memberikan efek menenangkan jiwa, seperti yang dijelaskan dalam ayat berikut "*Dan apabila dibacakan Al-Qur'an maka dengarlah baik-baik, dan perhatikanlah dengan tenang agar kamu mendapat rahmat.*" (Al-A'raf : 204).

Faktor lain selain lingkungan dan kesiapan diri adalah pemahaman dari responden. Pemahaman dari responden tidak mempengaruhi murotal Al-Qur'an terhadap tingkat depresi. Fakta dilapangan memperlihatkan bahwa terdapat beberapa pasien yang tidak membaca selebaran arti dan latin dari murottal hingga murotal selesai diperdengarkan. Menurut Ahmad dalam Al-Hafidz (2007) dalam Erita (2014) menyatakan bahwa Al-Qur'an berpengaruh semakin kuat untuk menurunkan tingkat depresi dan membebaskan diri dari pikiran negatif, apabila disamping mendengarkan, pasien juga bisa memahami ayat yang sedang mereka dengar.

Tidak terdapatnya pengaruh murotal Al-Qur'an terhadap tingkat depresi berhubungan dengan lama pemberian intervensi. Pada penelitian ini, responden diperdengarkan murotal Al-Qur'an sebanyak 2 kali pertemuan saja. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ernawati dan Sagiran (2013) dimana, dalam penelitian mereka, peneliti mmberikan intervensi murotal Al-Qur'an selama 3-7 hari yang berhasil menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi. Menurut teori Herbert Benson seorang ahli ilmu kedokteran dari Havard, dzikir (formula-formula tertentu) yang dibaca berulang-ulang mempunyai efek menyembuhkan penyakit, merilekskan dan menenangkan hati maupun pikiran. Oleh karena itu, murotal qur'an dapat mempunyai efek untuk

menurunkan tingkat depresi apabila diperdengarkan secara berulang-ulang, tidak hanya sebatas 2 kali saja.

Dalam penelitian, faktor lain yang membuat tidak terdapatnya pengaruh murotal Al-Qur'an terhadap tingkat depresi adalah berhubungan dengan volume audio yang digunakan untuk memperdengarkan murotal Al-Qur'an. Peneliti tidak memperhatikan unsur volume audio yang digunakan untuk memperdengarkan murotal Al-Qur'an. Dalam penelitian Novita (2012), disebutkan bahwa musik terdiri dari lima unsur penting, yaitu frekuensi (*pitch*), volum (*intensity*), warna nada (*timbre*), interval, dan tempo atau durasi (*rhythm*) (Hus, 2007; Finnerty, 2008; Nilsson, 2008; Andrzej, 2009; Heather, 2010; Chiang, 2012). Misalnya *pitch* yang tinggi, dengan *rhythm* cepat dan volume yang keras akan meningkatkan ketegangan otot atau menimbulkan perasaan tidak nyaman. Sebaliknya, pada *pitch* yang rendah dengan *rhythm* yang lambat dan volume yang rendah akan menimbulkan efek rileks (Chiang 2012).

Frekuensi mengacu pada tinggi dan rendahnya nada serta tinggi rendahnya kualitas suara yang diukur dalam Hertz, yaitu jumlah daur perdetik dimana gelombang bergetar. Manusia memiliki batasan untuk tinggi rendahnya frekuensi yang bisa diterima oleh korteks auditori (Nilsson, 2009; Chiang 2012). Telinga manusia memiliki sensitifitas mendengar pada kisaran 20-

20.000 Hz. Frekuensi lebih dari 20.000 Hz disebut sebagai *ultrasonic*, dan dibawah 20 Hz dikenal sebagai *infrasonic* (Birbauner, dkk., 1994; Joseph & Ulrich, 2007). Bunyi dengan frekuensi tinggi (3000-8000 Hz atau lebih) lazimnya bergetar di otak dan mempengaruhi fungsi kognitif seperti berpikir, persepsi spasial dan memori. Bunyi dengan frekuensi sedang 750-3000 Hz cenderung merangsang kerja jantung, paru dan emosional. Sedangkan bunyi dengan frekuensi rendah 125-750 Hz akan mempengaruhi gerakan-gerakan fisik (Campbell, 2006).

Dikatakan *high frequencies* jika lebih dari 100 Hz, dan *low frequencies* jika dibawah 100 Hz. Gelombang *Hi-Freq* dalam bidang kesehatan gelombangnya digunakan untuk pemeriksaan radiologi dan pada penggunaan mesin ESWL (Joseph & Ulrich, 2007). Birbauner, dkk (1994) dalam publikasi ilmiah yang berjudul *Perception of Music and Dimensional Complexity of Brain activity*, telah melakukan studi tentang pengaruh frekuensi musik dengan dinamika gelombang di otak melalui pemeriksaan EEG. Dapat dilihat bahwa pergerakan gelombang di otak signifikan dengan pengaruh getaran suara dari musik, yaitu gelombang delta, teta, alfa, beta, dan gamma. Gelombang delta bereaksi pada panjang gelombang kisaran 0,5-4 Hz. Gelombang teta memiliki reaksi pada frekuensi 4-8 Hz, gelombang alfa bereaksi pada frekuensi 8-13. Sementara gelombang beta bereaksi pada frekuensi 13-30 Hz, dan

gelombang gamma pada frekuensi 20-80 Hz. Eerikainen (2007) melakukan penelitian frekuensi suara musik yang bisa dijadikan terapi. Frekuensi yang direkomendasikan untuk mengurangi nyeri adalah 40-52 Hz.

Terapi musik bisa diawali dengan frekuensi 40 Hz, dengan asumsi dasar bahwa ini adalah frekuensi dasar di talamus, sehingga stimulasi getaran dengan frekuensi yang sama akan memulai efek kognitif untuk terapi. Pada pasien stroke dan alzheimer disarankan dengan frekuensi 40 Hz. Musik dengan frekuensi 40-60 Hz juga telah terbukti menurunkan kecemasan, menurunkan ketegangan otot, mengurangi nyeri, dan menimbulkan efek tenang (Arslan, Ozer, & Ozyurt, 2007; American Music Therapy Association, 2008; Andrzej, 2009). Menurut Nilsson (2009), karakteristik musik yang bersifat terapi adalah musik yang nondramatis, dinamikanya bisa diprediksi, memiliki nada yang lembut, harmonis, dan tidak berlirik, temponya 60-80 *beat per minute*. Musik yang bersifat sebaliknya, akan menimbulkan efek seperti meningkatkan denyut nadi, tekanan darah, laju pernafasan, dan meningkatkan stress.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat pengaruh terapi murotal Al-Qur'an terhadap depresi, namun pada kelompok eksperimen terdapat penurunan nilai mean dari 10,00 menjadi 8,73 (table 4.4). Hal ini dibuktikan dari table 4.2, dimana pada saat *pre-test* 12 responden mengalami depresi

ringan dan 3 responden mengalami depresi sedang, namun pada saat post-test terdapat 3 responden yang tingkat depresinya menjadi normal, 11 responden dengan depresi ringan dan 1 responden dengan depresi sedang. Hal ini menunjukkan bahwa murotal Al-Qur'an mempunyai pengaruh dapat membuat ketenangan.

Hal ini sesuai dengan penelitian Anwar (2010) yang menyatakan bahwa mendengarkan Al-Qur'an akan memberikan efek ketenangan dalam tubuh sebab adanya unsur meditasi, autosugesti dan relaksasi yang terkandung didalamnya. Rasa tenang ini kemudian akan memberikan respon emosi positif yang sangat berpengaruh dalam mendatangkan persepsi positif. Menurut Mustamir (2009) persepsi positif yang didapat dari murottal Ar Rahman selanjutnya akan merangsang hipotalamus untuk mengeluarkan hormon endorfin, seperti yang kita tau hormon ini akan membuat seseorang merasa bahagia. Selanjutnya amigdala akan merangsang pengaktifan sekaligus pengendalian saraf otonom yang terdiri dari saraf simpatis dan parasimpatis. Saraf parasimpatis berfungsi untuk mempersarafi jantung dan memperlambat denyut jantung, sedangkan saraf parasimpatis sebaliknya. Rangsangan saraf otonom yang terkendali akan menyebabkan sekresi epinefrin dan norepinefrin oleh medula adrenal menjadi terkendali pula. Terkendalnya hormon epinefrin dan norepinefrin akan menghambat pembentukan angiotensin yang

selanjutnya dapat menurunkan tekanan darah. Selaras dengan Al-Quran surat Al-A'raf ayat 204 yang berbunyi *“Dan apabila dibacakan Al-Qur’an maka dengarlah baik-baik, dan perhatikanlah dengan tenang agar kamu mendapat rahmat.”*

C. Kekuatan Dan Kelemahan Penelitian

1. Kekuatan penelitian

- a. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasy Eksperimen* dengan *pre-test* dan *post-test* dengan kelompok kontrol, dimana desain ini membandingkan antara kelompok yang diberikan perlakuan dan tidak diberikan perlakuan sehingga hasil penelitian dapat terlihat jelas.
- b. Kuesioner yang digunakan oleh peneliti telah diuji validitas dan reliabilitas dengan hasil yang digunakan valid dan reliabel.
- c. Murotal Al-Qur'an dapat menurunkan tingkat depresi saat *pre-test* dan *post-test*, meskipun murotal Al-Qur'an tidak terdapat pengaruh terhadap depresi.

2. Kelemahan penelitian

- a. Waktu pemberian intervensi murotal Al-Qur'an yang terbatas dan kurang lama, sehingga tidak terjadi pengaruh murotal Al-Qur'an terhadap tingkat depresi
- b. Peneliti sulit mendapatkan pasien yang mengalami depresi, sehingga peneliti memakan waktu dalam mencari responden.
- c. Peneliti tidak dapat mengontrol faktor-faktor pengganggu, terutama lingkungan.