

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gamping 2 Yogyakarta merupakan Puskesmas milik Pemerintah Kabupaten Sleman yang berlokasi di dusun Patran Banyuraden Kecamatan Gamping, Kabupaten Sleman dengan luas area 574,82 m<sup>2</sup> dan terdiri dari 3 desa yaitu : Banyuraden, Nogotirto dan Trihanggo.

Visi Puskemas Gamping 2 adalah terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu menuju masyarakat Sleman berbasis *Smart Health*, menuju kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan. Misi puskesmas gamping 2 adalah meningkatkan sumberdaya yang memadai, serta memperkuat jaringan pelayanan dan jejaring kerja dengan semua pihak yang terkait.

## B. Hasil Penelitian

### 1. Analisis Univariat

#### a. Karakteristik Responden

Karakteristik responden terbagi atas 2 yaitu karakteristik berdasarkan sosial-demografik dan karakteristik responden berdasarkan penyakit.

Tabel. 4.1  
Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Sosial-Demografik

Karakteristik	Kelompok				<i>p value</i>	
	Intervensi (n=20)		Kontrol (n=20)			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Usia	25-35 tahun	1	5 %	0	0 %	0.797
	36-45 tahun	4	20 %	2	10 %	
	46-55 tahun	12	60 %	10	50 %	
	56-65 tahun	3	15 %	8	40 %	
Jenis kelamin	Laki-laki	4	20 %	4	20 %	1.000
	Perempuan	16	80 %	16	80 %	
Pendidikan	SD	5	25 %	8	40 %	0.478
	SMP	8	40 %	9	45 %	
	SMA	5	25 %	2	10 %	
	PT	2	10 %	1	5 %	
Pekerjaan	IRT	10	50 %	13	65 %	0.735
	Buruh	4	20 %	2	10 %	
	Wiraswasta/Pedagang	4	20 %	4	20 %	
	PNS	2	10 %	1	5 %	
Pendapatan	<1.500.000	12	60 %	11	55 %	0.555
	>1.500.000	8	40 %	9	45 %	

Sumber : Data Primer, 2019

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia berkisar 46-55 tahun

yang termasuk dalam kategori lansia awal, yaitu kelompok intervensi sebesar (n=12;60%) sedangkan pada kelompok kontrol sebesar (n=10;50%). Untuk karakteristik jenis kelamin, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dengan presentasi yang sama yaitu masing-masing sebesar (n=16;80%).

Pendidikan responden terbanyak adalah SMP yaitu pada kelompok intervensi sebesar (n=8;40%) dan pada kelompok kontrol sebesar (n=9;45%). Pekerjaan responden terbanyak adalah IRT yaitu pada kelompok kelompok intervensi sebesar (n=10;50%) dan kelompok kontrol sebesar (n=13;65%). Pendapatan perbulan responden sebagian besar adalah <Rp.1.500.000 pada kelompok intervensi sebesar (n=12;60%) dan kelompok kontrol sebesar (n=11;55 %).

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa karakteristik berdasarkan sosial-demografik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai  $p > 0,05$

yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna, sehingga dapat disimpulkan karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan responden kelompok intervensi dan kontrol adalah homogen.

Tabel. 4.2  
Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Penyakit

Karakteristik		Kelompok				<i>p value</i>
		Intervensi (n=20)		Kontrol (n=20)		
		<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	
Lama Sakit	<1 Tahun	3	15 %	2	10 %	0.354
	1-5 Tahun	16	80 %	18	90 %	
	>5 Tahun	1	5 %	0	0 %	
Komplikasi	Ada	7	35 %	5	25 %	0.187
	Tidak Ada	13	65 %	15	75 %	
Manajemen Diabetes :						
Minum Obat	Rutin	6	30 %	5	25 %	0.493
	Tidak Rutin	14	70 %	15	75 %	
Pola Makan	Teratur	5	25 %	6	30 %	0.493
	Tidak Teratur	15	75 %	14	70 %	
Olah Raga	Rutin	2	10 %	3	15 %	0.351
	Tidak Rutin	18	90 %	17	85 %	
Dukungan Keluarga	Kadang-Kadang	12	60 %	14	70 %	0.105
	Sering	5	25 %	5	25 %	
	Selalu	3	15 %	1	5 %	

Sumber : Data Primer, 2019

Tabel 4.2 menunjukkan lama pasien menderita penyakit DM sebagian besar adalah 1-5 tahun dengan presentasi kelompok intervensi sebesar (n=16;80%) dan kelompok kontrol sebesar (n=18;90%). Sebagian besar

responden tidak mempunyai komplikasi yaitu kelompok intervensi sebesar (n=13;65%) dan kontrol sebesar (n=15;75%). Sebagian besar pasien mengkonsumsi obat secara tidak rutin yaitu kelompok intervensi sebesar (n=14;70%) dan kelompok kontrol sebesar (n=15;75%). Sebagian besar responden tidak melakukan pengaturan pola makan yaitu kelompok intervensi sebesar (n=15;75%) dan pada kelompok kontrol sebesar (n=14;70%).

Distribusi responden berdasarkan frekuensi berolahraga, kedua kelompok sebagian besar termasuk tidak teratur berolahraga dengan presentasi kelompok intervensi sebesar (n=18;90%) dan kelompok kontrol sebesar (n=19;85%). Distribusi responden untuk dukungan keluarga sebagian besar responden hanya kadang-kadang mendapatkan dukungan keluarga yaitu kelompok intervensi sebesar (n=12;60%) dan kelompok kontrol (n=14;70%).

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa karakteristik berdasarkan penyakit diabetes (lama sakit, komplikasi, frekuensi minum obat, pola makan, olahraga, dan dukungan keluarga) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai  $p > 0,05$  yang berarti tidak ada perbedaan yang bermakna, sehingga dapat disimpulkan karakteristik lama sakit, komplikasi, frekuensi minum obat, pola makan, olahraga, dan dukungan keluarga responden kelompok intervensi dan kontrol adalah homogen.

## 2. Analisis Bivariat

Sebelum dilakukan uji perbedaan kesehatan mental dan kadar glukosa darah, terlebih dahulu dilakukan uji normalitas dan homogenitas.

### a. Uji Normalitas

Hasil uji normalitas data kesehatan mental dan kadar glukosa darah dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.3  
 Uji Normalitas Data Variabel Kesehatan Mental dan Kadar  
 Glukosa Darah pada Kelompok Intervensi dan Kontrol.

Variabel	Kelompok	<i>Shapiro-Wilk</i>		
		Statistic	df	Sig
<b>Kesehatan Mental :</b>				
Depresi	Intervensi	.912	20	.068
	Kontrol	.946	20	.309
Kecemasan	Intervensi	.908	20	.059
	Kontrol	.915	20	.080
Stres	Intervensi	.958	20	.514
	Kontrol	.926	20	.128
<b>Glukosa Darah</b>	Intervensi	.907	20	.056
	Kontrol	.922	20	.110

Sumber : Data Primer, 2019

Tabel 4.3 hasil uji normalitas dengan menggunakan *Shapiro-wilk test* menunjukkan bahwa data berdistribusi normal ( $p > 0.05$ ).

#### b. Uji Homogenitas

Hasil uji homogenitas data kesehatan mental dan kadar glukosa darah dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.4  
 Uji Homogenitas Data Variabel Kesehatan Mental dan Kadar  
 Glukosa Darah pada Kelompok Intervensi dan Kontrol.

Variabel	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
<b>Kesehatan Mental :</b>				
Depresi	.332	1	38	.568
Kecemasan	.920	1	38	.343
Stres	.538	1	38	.462
<b>Glukosa Darah</b>	.186	1	38	.669

Sumber : Data Primer, 2019

Tabel 4.4 hasil uji homogenitas data dengan menggunakan *Levene test* menunjukkan bahwa varian data adalah sama ( $p > 0.05$ ). Kesimpulannya adalah data variabel kesehatan mental dan kadar glukosa darah berdistribusi normal dan homogen, sehingga dapat untuk dibandingkan dan dapat dilanjutkan dengan menggunakan uji *Paired T-test* untuk melihat perbedaan rata-rata kesehatan mental dan kadar glukosa darah antara kedua kelompok baik sebelum maupun sesudah pemberian terapi.



**c. Perbedaan Rata-rata Kesehatan Mental dan Kadar Glukosa Darah pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol**

Hasil perbedaan rata-rata kesehatan mental dan kadar glukosa darah pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel. 4.5  
Perbedaan Rata-rata Kesehatan Mental dan Kadar Glukosa Darah pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol  
*Pretest dan Posttest*

Kelompok	Variabel	Pre		Post		P value
		mean±SD	min-max	mean±SD	min-max	
Intervensi (n=20)	<b>Kesehatan Mental :</b>					
	Depresi	11.55±3.54	6 -20	7.90±3.46	2-16	0.000
	Kecemasan	9.40±2.74	6-14	6.75±2.22	3-11	0.000
	Stres	19.50±2.85	15-25	14.55±4.24	7-21	0.000
	<b>Glukosa Darah</b>	247.25±100.83	130-456	179.90.±76.59	85-358	0.000
Kontrol (n=20)	<b>Kesehatan Mental :</b>					
	Depresi	10.85±3.70	5-18	11.10±4.08	5-20	0.137
	Kecemasan	9.10±2.04	6-13	9.40±2.21	7-14	0.343
	Stres	19.45±2.99	15-24	19.65±3.01	15-25	0.484
	<b>Glukosa Darah</b>	253.25±100.61	128-451	279.60±92.42	141-455	0.080

Sumber : Data Primer, 2019

Tabel 4.5 hasil uji perbedaan kesehatan mental dan kadar glukosa darah menggunakan uji *paired test* menunjukkan ada perbedaan yang signifikan terkait

kesehatan mental dan kadar glukosa darah pada kelompok intervensi sebelum dan setelah pemberian terapi dzikir.

Kelompok intervensi memiliki peningkatan kesehatan mental yang ditunjukkan dengan adanya penurunan nilai rata-rata pada masing-masing gejala depresi, kecemasan, dan stres serta diikuti penurunan kadar glukosa darah, sedangkan kelompok kontrol memiliki penurunan kesehatan mental yang ditunjukkan dengan adanya meningkatnya nilai rata-rata pada masing-masing gejala depresi, kecemasan dan stres serta peningkatan kadar glukosa darah.

**d. Pengaruh Terapi Dzikir *Asmaul Husna*, Kalimat *Thayibbah*, *Doa* terhadap Kesehatan Mental dan Kadar Glukosa Darah.**

Pengaruh terapi dzikir *asmaul husna*, kalimat *thayibbah*, *doa* terhadap kesehatan mental dan kadar glukosa darah pasien diabetes melitus tipe 2 di wilayah Puskesmas Gamping 2 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.6  
 Hasil Kesehatan Mental dan Kadar Glukosa Darah setelah  
 Pemberian Terapi *Asmaul Husna, Kalimat Thayyibbah, Doa*

Kelompok	Variabel	<i>p value</i>
Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol (n=40)	<b>Kesehatan Mental :</b>	
	Depresi	0.000
	Kecemasan	0.000
	Stres	0.000
	<b>Glukosa Darah</b>	0.000

Sumber : Data Primer, 2019

Tabel 4.7 merupakan hasil uji *independent t-test* antara kelompok intervensi dan kontrol terhadap kesehatan mental untuk masing-masing gejala depresi, kecemasan dan stres serta kadar glukosa darah puasa pasien. Hasil tabel tersebut menunjukkan kesehatan mental untuk gejala depresi, kecemasan dan stres serta kadar glukosa darah diperoleh *p value* sebesar  $<0.05$  maka dapat diinterpretasikan bahwa adanya peningkatan kesehatan mental dengan menurunya nilai dari gejala depresi, kecemasan, dan stres serta penurunan nilai kadar glukosa darah puasa. Hal ini dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  diterima atau terapi dzikir dzikir *asmaul husna*, kalimat *thayyibbah*, *doa* berpengaruh terhadap peningkatan

kesehatan mental dan penurunan kadar glukosa darah pasien diabetes melitus tipe 2.

## **C. Pembahasan**

### **1. Karakteristik Responden**

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa sebagian besar usia responden berada pada rentang usia 46-55 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Chrisniati *et al.*, (2016) di Poliklinik RS Sarjito rata-rata usia pasien diabetes melitus adalah memasuki dekade keempat. Penelitian lainnya oleh Ramadhan & Hanum (2016) di Puskesmas Jayabaru Banda Aceh menunjukkan bahwa pasien diabetes tipe 2 terbanyak berada pada usia diatas 46 Tahun. Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian diatas menunjukkan bahwa baik pasien diabetes yang melakukan pemeriksaan di RS maupun Puskesmas mempunyai rentang usia yang sama yaitu berkisar 46-55 tahun.

Kejadian penyakit diabetes tipe 2 meningkat seiring dengan bertambahnya usia (Kerner & Bruckel, 2014). Hal

ini dikuatkan dengan pendapat Fatimah (2015) yang menjelaskan bahwa usia > 45 tahun berisiko penyakit diabetes. Peningkatan resiko terjadinya DM dapat disebabkan oleh kemunduran fungsi fisiologis dan proses metabolisme yang terjadi pada lanjut usia yang mengakibatkan terjadinya disfungsi seluler pada sel beta pancreas dan menyebabkan resistensi insulin yang berdampak pada penyerapan glukosa sehingga dapat terjadi peningkatan glukosa darah (Bonomini *et al.*, 2015). Semakin meningkatnya usia juga berpengaruh pada penurunan kemampuan perawatan diri khususnya tatalaksana diabetes melitus (Kusnanto, 2015).

Karakteristik berdasarkan jenis kelamin pasien diabetes dalam penelitian ini sebagian besar adalah perempuan (Tabel 4.1). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Livana, *et al.*, (2018) di Kabupaten Kendal sebagian besar yang didiagnosis diabetes melitus adalah berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 54%. Menurut data Riskesdas (2018) melaporkan bahwa

perempuan memiliki prevalensi diabetes tertinggi dibandingkan laki-laki. Hasil penelitian lainnya oleh Chye *et al.*, (2015) di Malaysia juga sebagian besar pasien terdiagnosis diabetes adalah berjenis kelamin perempuan dengan presentasi sebesar 53,1%. Hasil penelitian dari Bullard *et al.*, (2016) di Amerika juga menunjukkan bahwa pasien diabetes sebagian besar adalah perempuan. Perempuan lebih berisiko menderita penyakit diabetes disebabkan oleh beberapa hal diantaranya adalah proses menopause dan peran hormon (Rayanagoudar *et al.*,2016) dan kurangnya aktivitas fisik (Trento *et al.*,2014).

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa tingkat pendidikan pasien sebagian besar berpendidikan SMP. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hendriati., *et al* (2018) bahwa sebagian besar pasien diabetes di Medan juga berpendidikan SMP. Hasil yang sama juga ditemukan dari penelitian Calvin *et al.*,(2014) di Spanyol yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien diabetes

adalah berada pada *Secondary School*. Tingkat pendidikan yang rendah mempunyai angka kejadian diabetes yang lebih tinggi dibandingkan dengan yang berpendidikan tinggi (Tao *et al.*, 2016). Tingkat pendidikan yang rendah cenderung diikuti pengetahuan yang rendah serta status sosial ekonomi yang rendah yang akan berpengaruh terhadap pemeliharaan kesehatan yang kurang dan berdampak pada peningkatan risiko diabetes (Allorerung *et al.*, 2016).

Status pekerjaan dari responden sebagian besar adalah IRT (Tabel 4.1). Penelitian oleh Zainudin *et al.*, (2015) juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien diabetes adalah IRT dengan presentasi sebesar 46,7%. Penelitian lain yang sejalan dari Crisniati *et al.*, (2017) yang menunjukkan pasien diabetes terbanyak adalah tidak bekerja atau berprofesi sebagai IRT. Lebih lanjut Crisniati *et al.*, (2017) menghubungkan profesi sebagai IRT dengan kurangnya informasi tentang pencegahan diabetes dan minimnya penghasilan yang ikut berdampak

kurangnya biaya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan terutama pemeriksaan glukosa darah sehingga meningkatkan risiko terjadinya diabetes melitus. Menurut Al-Tuwijri *et al.*, (2007) Ibu rumah tangga sebagian besar menghabiskan waktu dirumah dan hal ini memungkinkan kurangnya aktivitas fisik sehingga dapat meningkatkan resiko terjadinya diabetes.

Karakteristik berdasarkan penghasilan pasien diabetes dalam penelitian ini sebagian besar adalah <1.500.000 per-bulannya (Tabel 4.1). Hal ini dapat dihubungkan dengan banyaknya reponden yang berprofesi sebagai IRT. Hal ini sejalan dengan penelitian Livana *et al.*, (2018) yang menunjukkan sebagian besar pasien diabetes di Kabupaten Kendal memiliki penghasilan dibawah dari UMP. Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Chye *et al.*, (2015) menunjukkan pasien diabetes di Malaysia juga berpendapatan rendah.

Menurut Walker *et al.*, (2014) bahwa status ekonomi yang rendah mempunyai risiko diabetes yang



lebih tinggi. Hal ini dikuatkan oleh Rajput *et al.*, (2016) bahwa dalam manajemen diabetes memerlukan biaya yang cukup tinggi, sehingga penghasilan yang kurang dapat mempengaruhi pengobatan pasien serta juga berdampak pada psikologis pasien.

Hasil karakteristik berdasarkan lama menderita penyakit diabetes sebagian besar responden berada pada rentang waktu antara 1-5 tahun (Tabel 4.2). Hal ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Ramdhani (2016) di RS Kardinah Kota Tegal yang menunjukkan pasien diabetes terbanyak adalah dibawah dari 5 tahun. Menurut Nanayakkara *et al.*,(2017) terdapat hubungan lama diabetes dengan komplikasi yaitu, semakin lama pasien menderita diabetes akan semakin beresiko mengalami komplikasi. Berdasarkan hasil penelitian yang terlihat pada Tabel 4.1 menunjukkan sebagian besar pasien tidak memiliki komplikasi dan adapun responden yang memiliki komplikasi diabetes hanya sebagian kecil

dengan komplikasi seperti ulkus kaki diabetes dan hipertensi serta gagal ginjal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Kartika *et al.*,(2016) yang juga menunjukkan bahwa pasien diabetes yang berada pada lima tahun pertama sebagian besar tidak memiliki komplikasi. Menurut Zimmet (2009) hal ini dipengaruhi oleh selama menderita diabetes yang jika diimbangi dengan penatalaksanaan manajemen diabetes yang baik dapat maka akan dapat menurunkan resiko terjadinya komplikasi.

Manajemen diabetes meliputi beberapa hal yaitu pengaturan pola makan, menghindari terjadinya stres, aktivitas fisik serta penggunaan obat diabetes (ADA, 2018). Berdasarkan hasil penelitian yang terlihat pada Tabel 4.2 bahwa frekuensi minum obat responden sebagian besar adalah tidak rutin. Hal ini sejalan dengan penelitian dari Harista & Lisiswanti (2015) menunjukkan sebagian besar pasien yang terdiagnosis diabetes di lampung tidak rutin mengkonsumsi obat. Hasil yang sama

juga ditemukan pada penelitian dari Alfian *et al.*, (2015) di RSUD Dr. Moch Ansari Banjarmasin menunjukkan sebagian pasien diabetes mempunyai kepatuhan minum obat yang rendah. Berdasarkan data RISKESDAS (2018) melaporkan bahwa sebagian besar pasien diabetes tidak rutin mengkonsumsi obat dengan beberapa alasan yaitu diantaranya alasan lupa untuk mengkonsumsi obat ataupun merasa sudah sehat.

Berdasarkan hasil dari beberapa penelitian diatas menunjukkan bahwa pasien yang melakukan pemeriksaan di RS maupun Puskesmas mempunyai kesamaan dalam kurangnya kepatuhan dalam mengkonsumsi obat. Menurut Smith *et al.*, (2013) menyebutkan kurangnya kepatuhan dalam manajemen diabetes termasuk tidak rutinnya mengkonsumsi obat dapat berpengaruh terhadap meningkatnya kadar glukosa darah pasien.

Pengaturan pola makan responden dalam penelitian ini sebagian besar adalah tidak rutin (Tabel 4.2). Hal ini

sejalan dengan penelitian Siregar & Hidayat (2017) di Puskesmas Kecamatan Gambir Jakarta menjelaskan bahwa sebagian besar pasien terdiagnosis diabetes tidak mengatur pola makan. Penelitian dari Dewi *et al.*, (2018) di Wilayah Puskesmas Sudiang Raya Makassar menunjukkan sebagian besar pasien diabetes tidak melakukan pengaturan pola makan yaitu sebesar 91,7%. Menurut Atkins & Bowler (2016) menjelaskan bahwa pola makan berhubungan dengan kebiasaan atau perilaku seseorang dalam mengkonsumsi makanan dan perilaku tersebut tidak mudah untuk dirubah.

Hasil karakteristik berdasarkan frekuensi olahraga yang dilakukan oleh responden sebagian besar adalah tidak rutin (Tabel 4.2). Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Sari *et al.*, (2017) di Puskesmas Kabupaten Pati yang menunjukkan sebagian besar pasien terdiagnosis diabetes tidak rutin melakukan olahraga. Penelitian lainnya dari Nur *et al.*,(2016) di RSUD dr. Fauziah Bireuen Aceh menunjukkan bahwa sebagian

pasien terdiagnosis diabetes juga tidak rutin berolahraga. Menurut Sylow *et al.*,(2016) kurangnya aktivitas fisik atau olah raga dapat menstimulasi transduksi sinyal yang dapat mempengaruhi sensitivitas insulin sehingga dapat meningkatkan risiko diabetes.

Karakteristik dukungan keluarga pasien sebagian besar adalah kurang atau kadang-kadang (Tabel 4.2). Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Bertalina & Purnama (2016) di RSUD Abdul Moeloek menunjukkan sebagian besar pasien diabetes kurang mendapat dukungan keluarga. Hasil berbeda ditemukan pada penelitian dari Lestari *et al.*,(2018) di Puskesmas Cipondoh Tangerang yang menunjukkan pasien diabetes sebagian besar mendapat dukungan keluarga yang baik.

Menurut Arifin & Damayanti (2015) dukungan keluarga dapat berdampak pada kepatuhan manajemen diabetes. Hal tersebut diperkuat oleh hasil penelitian Song *et al.*,(2017) yang menunjukkan bahwa dukungan keluarga mampu meningkatkan kemampuan serta

kepatuhan pasien dalam manajemen diabetes. Lebih lanjut Holt *et al.*, (2014) menyebutkan bahwa kurangnya dukungan emosional keluarga dalam manajemen diabetes juga dapat berdampak pada psikologis pasien sehingga mudah mengalami depresi.

## **2. Pengaruh Dzikir Terhadap Kesehatan Mental Pasien Diabetes Tipe 2**

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa nilai rata-rata *pre* dan *post pada* kelompok intervensi terdapat perbedaan kesehatan mental yang ditandai dengan menurunnya gejala depresi, kecemasan, dan stres sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan adanya kenaikan nilai rata-rata *pre* dan *post* pada gejala depresi, kecemasan dan stres. Peningkatan kesehatan mental dapat ditunjukkan dengan adanya penurunan gejala depresi, kecemasan maupun stres.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya dari Safitri *et al.*, (2017) pada pasien diabetes setelah diberikan intervensi dzikir berupa membaca

kalimat *thayibbah* selama 2 minggu menunjukkan adanya penurunan gejala stres. Hasil penelitian lainnya dari Novitayanti (2017) yang juga menunjukkan bahwa setelah diberikan intervensi dzikir berupa membaca kalimat *thayibah* dan *asmaul husna* selama 6 hari terdapat penurunan gejala kecemasan.

Berdasarkan hasil beberapa penelitian diatas terdapat perbedaan dalam penurunan gejala stres. Peneliti berasumsi bahwa hal tersebut dapat dilatarbelakangi oleh penggunaan bentuk dzikir serta lama waktu yang berbeda pada masing-masing penelitian. Penelitian dengan jangka waktu lebih lama yaitu 2 minggu lebih efektif dalam menurunkan tingkat stres dibandingkan dengan penelitian dengan jangka waktu yang lebih pendek (6 hari).

Hasil penelitian yang terlihat pada Tabel 4.5 menunjukkan bahwa terapi dzikir yang diberikan dengan rentang waktu 2 minggu dan menggunakan bentuk dzikir kalimat *thayibah*, *asmaul husna*, *doa* lebih signifikan dalam menurunkan gejala stres, sekaligus menurunkan

gejala depresi dan kecemasan. Penurunan gejala stres, depresi dan kecemasan tersebut menunjukkan adanya peningkatan status kesehatan mental yang baik. Peneliti berasumsi bahwa penurunan gejala depresi, kecemasan, dan stres turut dilatarbelakangi oleh adanya keterlibatan peran keluarga selama proses terapi dzikir berlangsung karena pasien merasa lebih diperhatikan dan disayangi oleh anggota keluarganya.

Hasil penelitian yang terlihat pada Tabel 4.6 menunjukkan bahwa terdapat pengaruh terapi dzikir terhadap kesehatan mental pasien diabetes. Terapi dzikir dalam penelitian ini dilakukan dengan cara membaca serta mendengarkan kalimat *thayibah*, *asmaul husna* dan doa, hal ini bertujuan untuk memudahkan responden untuk mengerti dan memahami arti dzikir.

Menurut Khoirunnisa (2016) memahami dan mengamalkan dzikir secara berkelanjutan dapat memberikan dampak yang positif terhadap aspek emosional, memperoleh ketenangan hati dan rasa sabar



dan dapat menjadikan individu mampu mengendalikan serta mampu memotivasi dirinya sendiri. Terapi dzikir yang dilakukan dengan mendengarkan lantunan dzikir sama halnya dengan mendengarkan musik dengan ritme dan tempo yang lambat khususnya dengan tempo 60-70 bpm yang dapat membuat perasaan rileks pada pasien sehingga dapat meningkatkan kesehatan mental yang ditandai dengan menurunnya gejala stres dan kecemasan pasien (Silverman, 2015).

Ketika berdzikir, telinga menerima respon suara dengan menggetarkan membran timpani. Getaran tersebut selanjutnya dirubah sebagai impuls elektrik melalui nervus auditorius yang dihantarkan ke sistem limbik yang dilanjutkan kembali ke hipokampus dan sampai pada amigdala. Fungsi amigdala adalah mempengaruhi ransangan emosional dengan memberikan ketenangan (Priya & Klara, 2017).

Selain itu terapi dzikir juga ikut berperan dalam menstimulasi sistem saraf pusat dengan mengeluarkan

sinyal molekul serta neurotransmitter sehingga kelenjar pituitari mengeluarkan opiat endogen yakni endorfin enkefalin yang membuat perasaan senang dan bahagia serta tubuh terasa lebih rileks (Kuswandari, 2016).

Sebagaimana dalam firman Allah “(yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenang dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenang” (Q.S. Ar Ra’d : 28). Ketenangan yang didapatkan ketika berdzikir inilah yang mampu meningkatkan kesehatan mental dengan menurunkan gejala depresi, kecemasan dan stres pasien diabetes. Oleh karena itu pemberian terapi dengan pendekatan spiritualitas seperti terapi dzikir perlu diberikan untuk membantu proses penyembuhan pada pasien diabetes khususnya pasien yang mempunyai gejala depresi, kecemasan, dan stres.

### **3. Pengaruh Dzikir Terhadap Kadar Glukosa Darah pasien diabetes melitus tipe 2.**

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa perbedaan nilai rata-rata kadar glukosa darah baik *pre* dan *post* pada kelompok intervensi mengalami penurunan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya dari Habbiburahman (2018) yang juga menunjukkan bahwa setelah diberikan intervensi dzikir terdapat penurunan rata-rata glukosa darah dari 175.65 menjadi 167.06.

Kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi terapi dzikir mengalami peningkatan gejala depresi, kecemasan, stres dan juga diikuti dengan peningkatan kadar glukosa darah. Menurut Hackett & Steptoe (2017) kesehatan mental dapat mempengaruhi kadar glukosa darah, ketika pasien diabetes mengalami masalah kesehatan mental seperti depresi, kecemasan dan stres dapat meningkatkan produksi hormon kortisol yang mempengaruhi mekanisme dari *gluconeogenesis* sehingga menyebabkan kadar glukosa darah tidak

terkontrol. Hal ini sesuai dengan penelitian dari Dewi *et al.*, (2019) yang menunjukkan bahwa gejala depresi, kecemasan dan stres berpengaruh terhadap kadar glukosa darah pasien.

Penelitian ini memberikan terapi alternatif komplementer berupa terapi dzikir yang merupakan salah satu bentuk upaya terapi dengan pendekatan spiritual yang bertujuan untuk memberikan ketenangan. Terapi dzikir akan mempengaruhi otak (sistem saraf pusat) untuk mengeluarkan hormon endorphin enkefalin yang membuat perasaan senang sehingga membuat pasien lebih tenang (Kuswandari, 2016).

Ketenangan yang dirasakan pasien akan mempengaruhi jalur fisiologis yaitu saraf simpatik melalui medula adrenal (SAM) yang akan menekan produksi epinefrin untuk menurunkan produksi *glucagon* sedangkan hipotalamus akan menstimulasi kelenjar pituitari untuk melepaskan *Adrenocorticotropic Hormone* (ACTH) yang menstimulasi cortex adrenal yang juga

turut menurunkan produksi hormon kortisol sehingga dapat menurunkan produksi glukosa darah (Hackett & Steptoe, 2017). Hal tersebut didukung oleh penelitian dari Amir *et al.*, (2017) bahwa terapi dzikir berpengaruh terhadap kadar hormon kortisol dengan hasil ( $p=0,024$ )

Terapi spiritualitas seperti dzikir sangat penting bagi pasien muslim karena dapat memberikan respon psikologis yang baik pada pasien diabetes karena adanya ketenangan yang diperoleh saat merasa dekat dengan Tuhan (Jafari *et al.*,2014). Terapi religius seperti dzikir juga dapat dilakukan sebagai bentuk upaya dalam penyembuhan penyakit (Sagiran, 2017). Hasil penelitian yang terlihat pada Tabel 4.6 menunjukkan bahwa terapi dzikir kalimat *thayibah*, *asmaul husna*, *doa* berpengaruh secara signifikan pada kadar glukosa darah pasien diabetes tipe 2 ( $p =0,000$ ).

Peneliti menggunakan pendekatan teori “*comfort*” dari Kolcaba untuk menjelaskan manfaat asuhan keperawatan yang diberikan. Kolcaba membagi

kenyamanan kedalam tiga jenis yaitu *relief*, *ease*, dan *transcendence*. Berdasarkan hasil penelitian, intervensi dzikir dapat memberikan kenyamanan berupa kelegaan (*relief*) dan ketentraman (*ease*) yang dirasakan pasien diabetes yang ditandai oleh meningkatnya status kesehatan mental (penurunan gejala depresi, kecemasan dan stres) serta diikuti dengan penurunan kadar glukosa darah.

Kenyamanan ketiga yaitu *transcendence* berupa nyaman sebagai hasil dari peran perawat dalam membantu mengatasi kesulitan pasien sehingga pasien mampu melampaui masalah kesakitannya. Upaya yang dapat dilakukan perawat adalah dengan menjaga keberlanjutan terapi agar dapat dilakukan secara terus-menerus oleh pasien sehingga kesehatan mental serta kadar glukosa darah pasien dapat terjaga dengan baik. Perawat dapat berkerjasama dengan kader kesehatan yang berada pada masing-masing desa untuk

mengobservasi pelaksanaan keberlanjutan terapi dzikir yang dilakukan oleh pasien (Alligood, 2017).

#### **D. Kekuatan dan Kelemahan Penelitian**

##### 1. Kekuatan

- a. Penelitian ini menggunakan desain *quasi experiment pre-post test with control group* sehingga peneliti bisa membandingkan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- b. Peneliti memberikan buku panduan dzikir serta MP3 *Player* yang dapat mempermudah pasien dalam menerapkan terapi dzikir. Sebagian besar penelitian sebelumnya hanya menggunakan lampiran dzikir saja sehingga pasien hanya membaca tanpa mendengarkan.

##### 2. Kelemahan

- a. Peneliti tidak mengobservasi secara langsung proses terapi dzikir yang dilakukan responden setiap harinya. Observasi dilakukan empat kali dalam dua minggu, dan dibantu dengan pesan *sms/telepon* serta lembar

catatan harian yang dikumpulkan setelah 2 minggu pemberian intervensi dzikir.