

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Proses menua merupakan proses alamiah setelah melalui tiga tahap kehidupan yaitu masa anak, masa dewasa, dan masa tua yang tidak dapat dihindari oleh individu. Proses ini akan menimbulkan perubahan baik dari fisik maupun psikis. Perubahan fisik ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, penurunan pendengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat dan kelainan berbagai fungsi organ vital. Perubahan psikis yang sering terjadi pada lansia adalah peningkatan sensitivitas emosional, menurunnya gairah dan menurunnya minat terhadap penampilan (Mubarak dkk, 2009).

Menurut Depkes RI (2001) penuaan adalah suatu proses alami yang tidak dapat dihindari dan akan berjalan terus-menerus dan berkesinambungan. Proses ini selanjutnya akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh serta mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara keseluruhan sehingga biasanya pada lansia akan dijumpai kelemahan dan keterbatasan fungsional dalam proses kehidupannya. Constantinides (1994 dalam Maryam dkk, 2008) mendefinisikan penuaan sebagai suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan fungsi normal sehingga rentan terhadap infeksi. Tahapan inilah yang membuat lanjut usia (lansia) akan rentan terhadap berbagai masalah kesehatan seperti penyakit degeneratif yang berimplikasi terhadap masalah psikis lansia pada umumnya.

Seiring dengan keberhasilan pemerintah dalam pembangunan nasional telah terwujud berbagai hasil positif di berbagai bidang seperti kemajuan di bidang ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) khususnya di bidang medis dan keperawatan yang secara tidak langsung meningkatkan kualitas kesehatan penduduk serta meningkatkan usia harapan hidup (Mubarak dkk, 2009). Berdasarkan data WHO populasi lansia dalam skala dunia mencapai 600 juta jiwa pada tahun 2000, 1,2 miliar pada tahun 2025 dan 2 miliar pada tahun 2050. Perkembangan populasi lansia untuk negara berkembang menurut WHO meningkat dengan presentase 75% dan 2/3 dari semua populasi lansia di dunia hidup di negara berkembang. Indonesia merupakan salah satu negara dengan populasi lansia terbanyak. Tahun 2000 jumlah lansia di Indonesia diproyeksikan sebesar 7.28% dan pada tahun 2020 menjadi 11,34%. Data dari Biro Sensus Amerika Serikat memperkirakan Indonesia akan mengalami penambahan warga lanjut usia terbesar di seluruh dunia pada tahun 1990-2025 yaitu sebesar 414%. (Kinsela,1993 dalam Maryam dkk,2008).

Menurut data Badan Pusat Statistik (2011) jumlah penduduk lanjut usia di Indonesia pada tahun 2010 adalah 18.037.009 jiwa dari 237.641.326 jiwa jumlah seluruh penduduk. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan penyumbang nomor satu tingginya jumlah lansia di Indonesia. Hal ini dikarenakan provinsi D.I Yogyakarta memiliki angka harapan hidup tertinggi dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia yaitu 75 tahun untuk perempuan dan 71 untuk laki-laki (Kompas, 2011). Tahun 2009 jumlah lanjut

usia 60 tahun keatas adalah 477.430 jiwa dari 3.410.215 jiwa, kemudian meningkat pada tahun 2010 dengan jumlah penduduk lanjut usia 492.367 jiwa dari 3.457.491 jumlah seluruh penduduk provinsi D.I Yogyakarta (BPS, 2011).

Peningkatan populasi lanjut usia menandakan suatu negara berada dalam tingkat perkembangan yang cukup baik karena tingginya angka harapan hidup (Maryam,dkk 2008). Hal yang perlu diperhatikan adalah adanya tantangan besar bagi pihak yang terkait dalam upaya peningkatan kualitas hidup lansia khususnya di bidang kesehatan karena tidak sedikit masalah yang ditimbulkan akibat proses menua baik masalah fisik maupun psikis (Mubarak dkk, 2009). Menurut Maryam dkk (2008), gangguan fisik yang sering terjadi pada lansia diantaranya adalah arthritis (46%), hipertensi (38%), gangguan pendengaran (28%) , kelainan Jantung (28%), sinusitis kronis (18%), penurunan visus (14%), dan gangguan pada tulang (13%). Masalah psikologis yang sering terjadi pada lansia diantaranya adalah kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, kecemasan, depresi, insomnia, paranoid, dan demensia.

Febrianty (2010) menyebutkan prevalensi gangguan psikis meningkat sejalan dengan pertambahan usia. Berdasarkan umur, tertinggi pada usia > 75 tahun ke atas (33,7%), kelompok yang rentan terhadap gangguan psikis adalah perempuan (14%), pendidikan rendah (21,6%), kelompok yang tidak bekerja (19,6%) dan kelompok yang tinggal di pedesaan mencapai (12,3%). Launder dan Sheikh (2003 dalam Matteson & Connells, 2007) menyebutkan bahwa masalah psikis yang sering dijumpai pada lansia adalah kecemasan

dengan prevalensi berkisar 10,2% sampai 15%. Sukandar (2009) menambahkan bahwa kecemasan merupakan gangguan psikis yang prevalensinya paling tinggi mencapai 28% dalam setiap kehidupan manusia. Lenze (2006) menyebutkan bahwa 1 dari 10 orang lansia yang berumur 60 tahun mengalami kecemasan dan sekitar 7% diantaranya mengalami gangguan kecemasan menyeluruh. Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa kecemasan 15-20 kali timbul pada lansia dengan depresi (Hidayati,2008).

Kecemasan merupakan fenomena umum yang sering terjadi pada lansia yang sifatnya menetap, tidak menyenangkan dan sering tersamarkan yang dimanifestasikan dengan perubahan perilaku seperti gelisah, kelelahan, sulit berkonsentrasi, mudah marah, ketegangan otot meningkat dan mengalami gangguan tidur (Melillo & Houde, 2005). Maryam dkk (2008) menjelaskan gejala-gejala kecemasan yang sering dialami lansia meliputi perasaan khawatir atau takut yang tidak rasional, sulit tidur sepanjang malam, rasa tegang dan cepat marah, sering membayangkan hal-hal yang menakutkan serta rasa panik terhadap masalah yang ringan.

Menurut Suliswati dkk (2005) kecemasan ditimbulkan oleh berbagai faktor seperti stressor predisposisi berupa ketegangan yang timbul akibat peristiwa traumatik, konflik emosional yang dialami oleh individu, frustrasi, medikasi dan gangguan fisik. Maryam dkk (2008) menyebutkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kecemasan pada lansia diantaranya adalah perpisahan dengan pasangan, perumahan dan transportasi yang tidak memadai, masalah kesehatan fisik sumber finansial yang berkurang serta kurangnya

dukungan sosial. Hawari (2007) menyatakan bahwa terdapat beberapa faktor yang secara langsung maupun tidak langsung menyebabkan kecemasan pada lansia diantaranya masalah lingkungan hidup, masalah keuangan, masalah perkembangan, penyakit fisik atau cedera serta masalah keluarga.

Karakteristik kecemasan pada lansia sering tidak dapat diidentifikasi secara akurat karena adanya potensial gejala somatisasi yang sering diartikan sebagai masalah fisik serta keengganan untuk mengakui dan melaporkan rasa cemas (Carmin dkk, 2000 dalam Melillo & Houde 2005). Fakta yang sering terjadi adalah masalah kecemasan lebih luas masih kurang dikenali dan kurang ditangani dalam pelayanan primer sebagai akibat dari kesulitan mengenali gejala kecemasan baik lansia itu sendiri maupun penyedia pelayanan kesehatan (Harman dkk, 2002 dalam Melillo & Houde 2005). Kurangnya bukti tentang masalah kecemasan pada lansia membuat para praktisi kesehatan berpikir bahwa masalah ini merupakan hal yang jarang bahkan dianggap sebagai hal yang normal dalam kehidupan usia lanjut sehingga merekapun jarang untuk melakukan diagnosa dan pengobatan yang selanjutnya berdampak pada penurunan kualitas hidup lansia (Lenze, 2006). Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan juga menjelaskan bahwa kecemasan yang biasanya berimplikasi pada gejala fisik dinilai hanya sebagai penyakit fisik semata sehingga penanganan tidak akan berhasil karena yang menjadi sumber utama masalah tidak dikenali.

Hal yang perlu diwaspadai adalah dampak dari kecemasan. Maryam dkk (2008) menyebutkan bahwa salah satu dampak dari kecemasan adalah

insomnia. Pernyataan ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Jumani tentang Hubungan antara Kecemasan dengan kejadian Insomnia pada Lansia di Kampung Amporsari, Kedungmundu, Tembalang, Semarang dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa sebagian besar lansia yang mengalami kecemasan sedang (92,1%) juga mengalami kejadian insomnia (81,6%) . Sholeh (2006) menambahkan bahwa kecemasan sebagai akibat adanya stressor akan membuat seseorang jatuh pada kondisi buruk seperti penurunan imunitas, dehidrasi berat, bahkan jika sampai pada tahap kelelahan bisa menyebabkan gagal ginjal dan gagal jantung yang akhirnya berujung pada kematian. Kesimpulan yang dapat kita ambil dari berbagai hal yang ditimbulkan oleh kecemasan salah satunya adalah terganggunya kualitas hidup lansia dan pastinya akan membuat gangguan pada kehidupannya padahal mereka memiliki hak untuk dipertahankan derajat kesehatannya pada taraf yang setinggi-tingginya sehingga perlu dilakukan upaya untuk mengatasi masalah ini.

Pemerintah pada dasarnya telah melakukan upaya untuk menangani masalah kesehatan jiwa pada lansia seperti pengadaan buku yang berjudul “Pedoman Pembinaan Kesehatan Jiwa Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan”. Buku tersebut membahas berbagai masalah kesehatan pada lansia seperti masalah fisik, gizi, keperawatan dan rehabilitasi serta masalah kesehatan psikis pada lansia salah satunya adalah kecemasan (Depkes RI). Penanganan masalah kecemasan saat ini telah banyak dikembangkan melalui berbagai penelitian.

Menurut Melillo dan Houde (2005) terapi kecemasan yang dikembangkan

dibedakan atas terapi nonfarmakologi seperti *Cognitive Behavioral Theraphy*, *Supportive Theraphy*, *Psychoeducational Strategis* serta terapi farmakologi yaitu penggunaan medikasi anti kecemasan seperti benzodiazepin. Hawari (2011) menjelaskan beberapa terapi yang sering digunakan untuk mengatasi kecemasan diantaranya terapi somatik, psikofarmaka, suportif dan psikoreligius.

Perkembangan terapi kecemasan di dunia kesehatan saat ini berkembang ke arah keagamaan (psikoreligius). Psikoreligius merupakan psikoterapi spiritual yang lebih tinggi dari psikoterapi psikologi lainnya. Hal ini disebabkan karena dalam psikoreligius terkandung unsur religi yang dapat membangkitkan harapan, percaya diri, serta keimanan yang pada gilirannya akan meningkatkan sistem kekebalan tubuh pada orang sakit sehingga mempercepat terjadinya proses penyembuhan. Jenis dari psikoreligius yang dimaksud diantaranya adalah sholat, doa' dzikir dan ayat Al-Qur'an baik yang didengarkan ataupun yang dibaca. (Hawari, 2008).

Penelitian terapi psikoreligius telah banyak dilakukan salah satunya oleh Larson, dkk (1992) yang melakukan studi perbandingan pada pasien lanjut usia dengan pasien usia muda yang akan menjalani operasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien usia lanjut yang religius serta banyak berdoa dan dzikir tidak mengalami ketakutan, kecemasan serta tidak menunda pelaksanaan operasi dibanding dengan pasien usia muda yang tidak religius. Penelitian psikoreligius berupa manfaat al-qur'an juga telah dilakukan oleh Abdurrochman dkk (2007) dengan judul *The Comparison of Classical Music*.

Relaxation Music, and The Qur'anic Recital. Penelitian ini membandingkan tanggapan relaksasi tubuh setelah mendengarkan ketiga musik tersebut dengan melihat gambaran gelombang otak dalam rekaman *electroencephalogram* (EEG).

Responden pada penelitian tersebut adalah orang dewasa dan anak-anak. Hasil penelitian menunjukkan stimulan Al-Qur'an memunculkan gelombang delta sebesar 63,11% dan kenaikan gelombangnya mencapai persentase tertinggi sebesar 1.057 % dibanding kedua terapi lainnya yang muncul di daerah frontal dan sentral otak kanan maupun kiri. Meningkatnya gelombang delta menandakan tubuh dalam keadaan relaksasi sehingga terapi ini secara tidak langsung bisa digunakan untuk mengatasi kecemasan. Manfaat Al-Qur'an terhadap kecemasan juga terdapat dalam ayat Allah SWT berikut:


 الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ ﴿٢٨﴾

Artinya: “ (yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah hati menjadi tenteram ” (Ar Ra’du:28).

Penelitian ini perlu dilakukan mengingat kurangnya pengenalan oleh masyarakat khususnya lansia mengenai kecemasan serta dampak yang ditimbulkan oleh kecemasan itu sendiri. Hal yang sering terjadi adalah lansia yang datang ke pusat pelayanan kesehatan sering melaporkan gejala somatik semata dan mengabaikan gejala psikis yang dirasakan. Akibatnya penanganan terhadap penyebab utama dari masalahnya tidak teratasi. Selain hal diatas, salah satu alasan peneliti untuk melakukan penelitian pada lansia di *shelter*

Dongkelsari adalah karena adanya bencana letusan Gunung Merapi 2010 yang

tidak hanya membuat penduduk kehilangan harta benda, pekerjaan dan sanak-saudara akan tetapi juga menimbulkan kejadian traumatik yang merupakan faktor predisposisi dari kecemasan. Populasi lansia berdasarkan UU Penanggulangan Bencana Pasal 55 dan Pasal 26 ayat 1 menyatakan bahwa salah satu kelompok rentan bencana adalah lansia karena mereka sudah terlalu kaku dalam mekanisme pertahanan terhadap stresor.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan yang telah dilakukan pada bulan September – Desember 2011 banyak faktor yang bisa menimbulkan kecemasan antara lain lingkungan yang kurang nyaman, perpisahan dengan orang-orang yang dicintai dan kehilangan harta benda. Hasil wawancara dari 32 orang lansia ditemukan beberapa gejala kecemasan diantaranya 32 orang mengalami insomnia, 5 orang diantaranya orang mudah terkejut, 2 orang mengalami sedih kronis, 20 lansia yang penyakit fisiknya (hipertensi) semakin berat.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah mendengarkan bacaan Al-Qur'an (murottal) efektif terhadap penurunan skor kecemasan pada lansia di *shelter* Dongkelsari, Wukirsari, Cangkringan, Sleman, Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui efektivitas mendengarkan bacaan Al-Qur'an (murottal) terhadap skor kecemasan pada lansia di *shelter* Dongkelsari, Wukirsari,

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui skor kecemasan lansia di *shelter* Dongkelsari, Wukirsari, Cangkringan, Sleman Yogyakarta sebelum dan setelah intervensi pada kelompok eksperimen.
- b. Mengetahui skor kecemasan lansia di *shelter* Dongkelsari, Cangkringan, Sleman Yogyakarta sebelum dan setelah intervensi pada kelompok kontrol.
- c. Mengetahui perbedaan skor kecemasan lansia di *shelter* Dongkelsari, Cangkringan, Sleman Yogyakarta pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi.

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

a. Bagi Ilmu keperawatan

Terutama bagi keperawatan jiwa, gerontik dan keperawatan Islam sebagai informasi tambahan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap masalah kecemasan pada lansia.

b. Bagi Dinas Kesehatan dan Sosial

Memberikan masukan dalam memilih terapi yang tepat bagi lansia dalam mengatasi kecemasan.

2. Praktis

a. Bagi Lansia

Dengan adanya penelitian ini diharapkan lansia dapat melakukan terapi ini secara mandiri untuk mengatasi kecemasan mereka.

b. Bagi Masyarakat

Menjadi bahan pertimbangan dalam memilih terapi yang tepat pada lansia disekitarnya untuk mengatasi kecemasan.

c. Bagi Peneliti

Meningkatkan pengetahuan peneliti mengenai terapi yang dapat diimplementasikan pada lansia terkait masalah kecemasan serta meningkatkan kemampuan peneliti dalam menyusun karya tulis ilmiah.

E. Penelitian Terkait

1. Damayanti (2010) dengan judul penelitian Pengaruh Mendengarkan Ayat Al-Qur'an (Murattal) terhadap tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Sectio Secaria di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *Quasy Eksperimental*. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan murattal terhadap tingkat kecemasan pada pasien Pre Operasi Sectio Secaria dengan nilai $p=0,023$ atau $p<0,05$, dimana pada kelompok eksperimen sebelum dilakukan intervensi terdapat 5 responden (33%) mengalami kecemasan ringan dan 10 orang mengalami kecemasan sedang. Setelah intervensi didapatkan hasil 13 responden yang mengalami kecemasan ringan (86,7%) dan kecemasan hanya 2 responden (13,7%). Perbedaan dengan penelitian ini adalah objek dan tempat penelitian.
2. Wahyuni (2010) dengan judul penelitian Pengaruh Mendengarkan Al-Qur'an terhadap Skor Depresi pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kasihan II Bantul Yogyakarta. Jenis penelitiannya menggunakan *Quasy*

Eksperimental dengan rancangan *Pre Post Test Design*. Hasil penelitiannya menunjukkan pengaruh yang signifikan dengan nilai $p=0,03$ atau $p<0,05$, dimana pada kelompok eksperimen terdapat penurunan yang signifikan dengan nilai mean *pretest* 4,500 dan *post test* 2,778 yang artinya terdapat penurunan rata-rata sebesar 1,7222 sedangkan pada kelompok kontrol juga terjadi penurunan skor depresi tapi tidak signifikan dengan nilai mean dari 4,000 menjadi 3,611 yang artinya hanya mengalami penurunan sebesar 0,3889. Perbedaan penelitian ini terletak pada variabel terikat yaitu tingkat kecemasan.

3. Junaidi (2008) dengan judul penelitian Pengaruh Terapi Musik Langgam Jawa terhadap Tingkat kecemasan pada Lansia di PSTW Budi Luhur Yogyakarta. Jenis penelitiannya menggunakan desain *True Experimental Pre Post With Control Group*. Hasil penelitiannya menunjukkan pengaruh signifikan dengan nilai $p=0.00$ atau $< 0,05$, dimana pada kelompok eksperimen sebelum dilakukan intervensi terdapat 3,33% responden yang tidak mengalami kecemasan, 23,33% mengalami ringan, 33,33% mengalami kecemasan sedang, 40% mengalami kecemasan berat dan 0% yang mengalami kecemasan berat sekali. Setelah intervensi dilakukan diperoleh hasil 36,66% responden tidak mengalami gejala kecemasan, 26,66% mengalami kecemasan ringan, 3,33% kecemasan sedang, 33,35% mengalami kecemasan berat dan kecemasan berat sekali tetap 0%. Perbedaan penelitian terletak pada jenis penelitian yang digunakan yaitu dengan *Quasy Experiment* dan variabel bebasnya yaitu pengaruh murottal.