



UNIVERSITAS INDONESIA

TESIS

**HUBUNGAN ANTARA KESEHATAN SPIRITUAL DENGAN
KESEHATAN JIWA PADA LANSIA MUSLIM DI SASANA
TRESNA WERDHA KBRP JAKARTA TIMUR**

OLEH:

AMIR SYAM

NPM 0806445930

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA KESEHATAN SPIRITUAL DENGAN
KESEHATAN JIWA PADA LANSIA MUSLIM DI SASANA
TRESNA WERDHA KBRP JAKARTA TIMUR**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Jiwa

AMIR SYAM

NPM 0806445930

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
DEPOK, JULI 2010**

HALAMAN PERYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Amir Syam

Npm : 0806445930

Tanda Tangan :

Tanggal : 12 Juli 2010



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Amir Syam
NPM : 0806445930
Program Studi : Ilmu Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Hubungan Antara Kesehatan Spiritual Dengan Kesehatan Jiwa Pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Achir Yani S.Hamid D.N.Sc (.....)
Pembimbing : Herni Susanti, Skp.M.N (.....)
Penguji : Yossie Susanti Ekaputri, Skp.M.N (.....)
Penguji : Widya Lolita, Skp.M.Kep (.....)

Ditetapkan di :

Tanggal :

KATA PENGANTAR



Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga tesis dengan judul **“Hubungan Antara Kesehatan Spiritual Dengan Kesehatan Jiwa Pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur”** dapat diselesaikan.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat disusun. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, D.N.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, sangat cermat, serta memberikan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Ibu Herni Susanti, MN, selaku pembimbing II tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, sangat cermat, serta memberikan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
5. Staf pengajar Keperawatan Jiwa Khususnya Dr. Budi Anna Keliat dan Ibu Novi Helena C. D S.Kp. M.Sc.
6. Bapak Kepala Bidang Keperawatan Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur beserta staf yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
7. Kakek dan nenek di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur dan di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayang Jakarta Timur.

8. Seluruh keluarga terutama isteri dan anak-anak tercinta yang telah menemani dalam setiap suka dan duka.
9. Rekan-rekan angkatan IV Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.

Semoga amal dan budi baik bapak dan ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa. Mudah-mudahan tesis ini bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.



Depok , Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Amir Syam
Npm : 0806445930
Program Studi : Pasca sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

“ Hubungan Antara Kesehatan Spiritual Dengan Kesehatan Jiwa Pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur Tahun 2010”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalimedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2010
Yang menyatakan

(Amir Syam)

ABSTRAK

Nama : Amir Syam
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan Antara Kesehatan Spiritual Dengan Kesehatan Jiwa Pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera yang dihubungkan dengan kebahagiaan, kepuasan, pencapaian, optimisme, dan harapan. Kesehatan spiritual meliputi rasa keharmonisan, saling kedekatan diri dengan orang lain, alam, dan dengan kehidupan yang tertinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur yang berjumlah 40 orang. Desain yang digunakan adalah desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Analisis dilakukan secara univariat dan bivariat. Tehnik pengambilan sampel menggunakan total populasi. Hasil studi menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara kesehatan spiritual dan kesehatan jiwa pada lansia. Meskipun demikian penelitian ini memberi implikasi bagi institusi pendidikan, agar dapat memasukkan pembahasan kesehatan spiritual dalam kurikulum pendidikan yang perlu dimiliki khususnya oleh perawat spesialis jiwa.

Kata kunci : Kesehatan spiritual, kesehatan jiwa
Daftar pustaka : 54 (1991 – 2009)

ABSTRACT

Name : Amir Syam
Study Program : Nursing Science
Title : Relationship Between Spiritual Health And Mental Health
To Muslim Elderly People In House of Tresna Werdha East
Jakarta

Mental health is a prosperous state related to happiness, satisfaction, optimism, and expectation. While spiritual health included sense of harmony, closeness to other people, nature and highest values of life. This study aimed to find out relationship between spiritual health and mental health to Muslim elderly people in house of Tresna Werdha KBRP East Jakarta with number of people as much as 40. Used Design was descriptive design by cross sectional approach. Analyzing done by univariate and bivariate. Samples obtained technique are total of population. Study results showed that there were not significant correlation between mental health and spiritual health to elderly. Nevertheless, this study also give an implication to education institution in order to take spiritual health in to education curriculum which had owned by nurses mainly for mental specialist nurse.

Key Word : Spiritual Health, Mental health
References : 54 (1991 – 2009)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Dasar Kesehatan Spiritual.....	10
2.2 Konsep Sehat Jiwa Lansia.....	22
2.3 Hubungan antara Spiritual dan Kesehatan Jiwa.....	30
2.4 Kerangka Teori.....	31
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	33
3.1 Kerangka Konsep.....	33
3.2 Hipotesis.....	35
3.3 Definisi Operasional.....	35
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	40
4.1 Desain Penelitian.....	40
4.2 Populasi dan Sampel.....	40
4.3 Tempat Penelitian.....	41
4.4 Waktu Penelitian.....	41
4.5 Etika Penelitian.....	41
4.6 Alat Pengumpul Data.....	42
4.7 Uji Coba Instrumen.....	43
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	44
4.9 Rencana Pengolahan dan Analisa Data.....	45

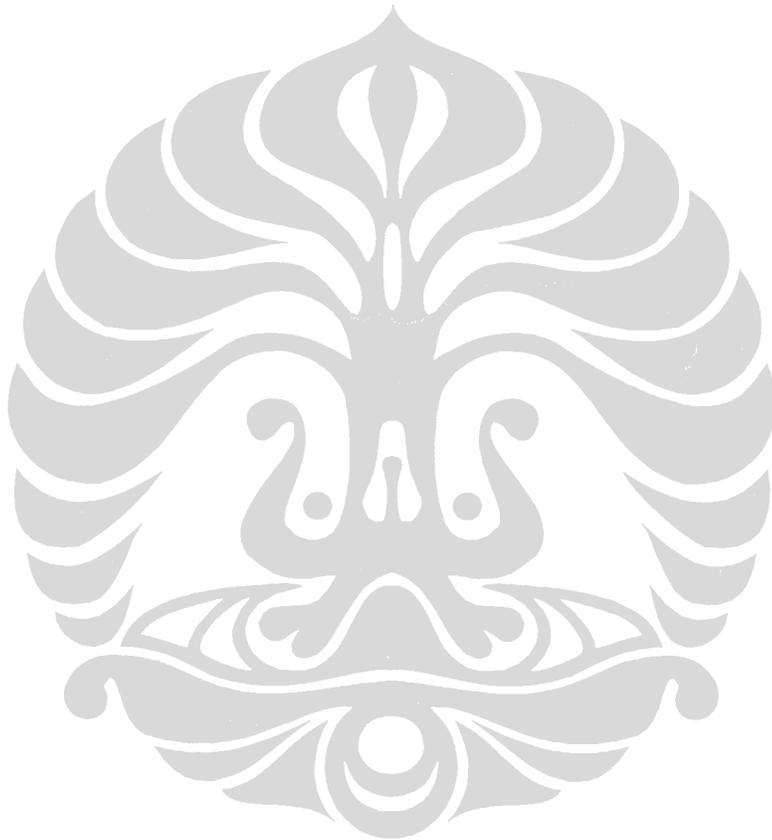
BAB 5 HASIL PENELITIAN	47
5.1 Gambaran Responden Penelitian	47
5.2 Kesehatan Spiritual Lansia	50
5.3 Kesehatan jiwa Lansia Muslim	52
5.4 Hubungan Interaksi Lansia dan Orang lain dengan Kesehatan Jiwa	54
5.5 Hubungan Interaksi Lansia dan Diri sendiri dengan Kesehatan Jiwa	55
5.6 Hubungan Interaksi Lansia dan Alam dengan Kesehatan Jiwa	56
5.7 Hubungan Interaksi Lansia dan Tuhan dengan Kesehatan Jiwa	57
BAB 6 PEMBAHASAN.....	58
6.1 Interpretasi dan Hasil Diskusi	58
6.2 Keterbatasan Penelitian	70
6.3 Implikasi Terhadap Keperawatan	71
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....	73
7.1 Simpulan	73
7.2 Saran	74

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

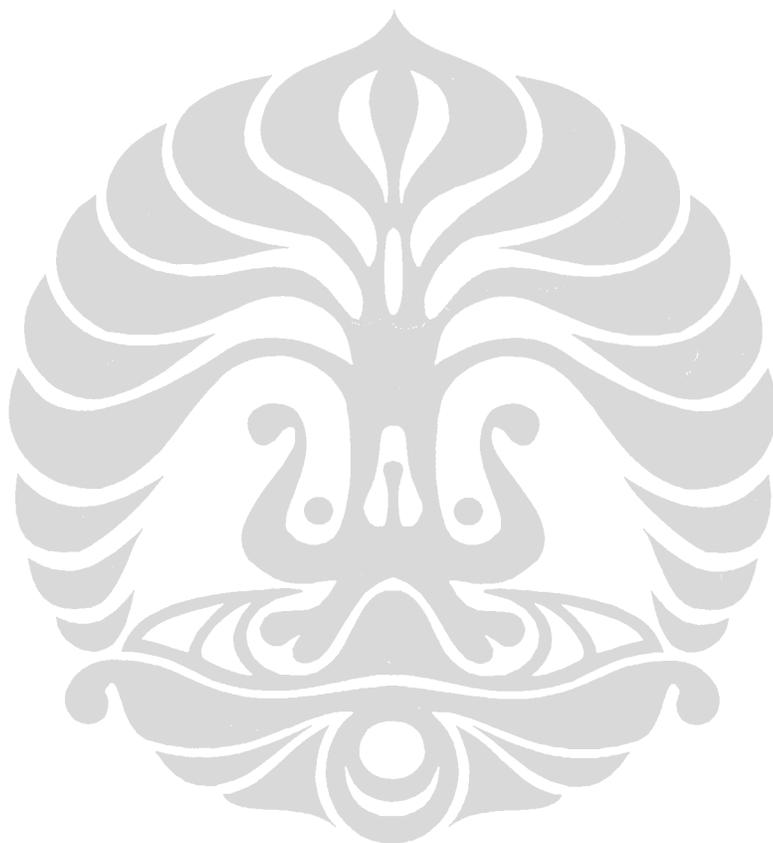
DAFTAR GAMBAR

- Gambar 2.1 Kesehatan Spiritual: suatu pendekatan terintegrasi..... 11
- Gambar 2.2 Kesehatan Spiritual: suatu pendekatan penyatuan..... 12



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Teori.....	32
Skema 3.1	Kerangka Konsep.....	34



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Variabel Penelitian	36
Tabel 5.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Suku Bangsa, Pendidikan Terakhir, dan Frekuensi Pembinaan Spiritual oleh Ustadz	48
Tabel 5.2	Rata-rata Usia Responden	49
Tabel 5.3	Rata-rata Lama Rawat Responden	49
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Kesehatan Spiritual	50
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Kesehatan Spiritual	51
Tabel 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Kesehatan Jiwa	52
Tabel 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Orang Lain Dengan Kesehatan Jiwa	54
Tabel 5.8	Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Diri Sendiri Dengan Kesehatan Jiwa	55
Tabel 5.9	Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Alam Dengan Kesehatan Jiwa	56
Tabel 5.10	Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Tuhan Dengan Kesehatan Jiwa	57

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan
- Lampiran 3 Penjelasan Petunjuk Pengisian
- Lampiran 4 Kuesioner Data Demografi
- Lampiran 5 Kuesioner Kesehatan Spiritual
- Lampiran 6 Kuesioner Kesehatan Jiwa Lansia
- Lampiran 7 Kisi-Kisi Kuesioner
- Lampiran 8 Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 9 Surat Permohonan Ijin Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 10 Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 11 Daftar Riwayat Hidup Peneliti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Masalah kesehatan jiwa setiap tahunnya selalu meningkat secara signifikan. Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 (Departemen Kesehatan, 2008), menjelaskan bahwa di Indonesia prevalensi gangguan jiwa berat 4,6% sedangkan gangguan mental emosional jauh lebih besar yakni 11,6%. Berdasarkan umur, tertinggi pada kelompok umur 75 tahun ke atas (33,7%). Tingginya angka gangguan mental emosional tersebut mengindikasikan bahwa individu mengalami suatu perubahan emosional yang apabila tidak ditangani dengan baik dapat berkembang menjadi patologis yaitu menjadi sakit atau mengalami gangguan jiwa.

Masalah gangguan mental emosional sering ditemui pada lanjut usia (lansia). Menurut Potter dan Perry (2005), masa dewasa tua atau lansia dimulai setelah pensiun biasanya antara usia 65 dan 75 tahun. Lansia menurut *World Health Organization* (WHO) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas, sama dengan UU No.12 tahun 1998 yang menyatakan bahwa usia yang digolongkan kedalam lansia adalah usia diatas 60 tahun. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa seseorang yang dikategorikan lansia apabila berusia 60 tahun keatas.

Tahapan lanjut usia merupakan suatu tahap perkembangan manusia dimana pada masa ini individu mencapai integritas diri yaitu telah mengasuh generasi muda, tetap tegar menghadapi kegagalan yang dialami sebagai orang tua, telah menghasilkan sesuatu, dan memperjuangkan ide atau keyakinannya (Monks & Knoers, 2002). Akan tetapi lansia tidak dengan mudah dapat mencapai integritas yang dimaksud. Dalam hal ini lansia umumnya menghadapi perubahan-perubahan yang berpengaruh terhadap kehidupannya secara signifikan seperti putusnya hubungan dengan rekan-rekan kerja, hilangnya status atau peran (tugas, wewenang, dan tanggung jawab) dalam

lingkungan tempat kerja, berubahnya peran individu dalam keluarga dan hubungan dengan pasangannya, serta berkurangnya penghasilan terhadap rutinitas roda kehidupan keluarga. Sikap masyarakat dan nilai-nilai sosial budaya, dapat menjadi faktor penghambat atau pendukung untuk kelancaran proses penyesuaian. Pembatasan-pembatasan dalam peran sosial misalnya dapat menimbulkan lebih banyak masalah kejiwaan ketimbang proses penuaan itu sendiri (Depkes, 2008). Hal ini merupakan masalah lansia dalam konteks keluarga yang berpengaruh terhadap kualitas kehidupan lansia.

Peningkatan proporsi dan proyeksi serta data yang ditemukan tentang lansia menjadi perhatian yang menarik bagi seluruh dunia termasuk Indonesia karena terjadinya peningkatan jumlah populasi lansia. Enam persen populasi di dunia merupakan orang yang berusia 65 tahun atau lebih. Sedangkan pertumbuhan jumlah penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia tercatat sebagai yang paling pesat di dunia dalam kurun waktu tahun 1990-2025. Berdasarkan data Lembaga Demografi FEUI (2002) Jumlah lansia saat ini sekitar 16 juta orang, akan menjadi 25,5 juta orang pada tahun 2020 atau sebesar 11,37% dari jumlah penduduk, ini berarti jumlah lansia di Indonesia akan berada diperingkat empat dunia di bawah Cina, India, dan Amerika Serikat. Indonesia akan mengalami peningkatan jumlah penduduk lanjut usia sebanyak 400%, angka tertinggi didunia dan saat ini usia manusia (umur harapan hidup) Indonesia mencapai usia 65 tahun, pada tahun 2025 bisa mencapai 71 tahun yang merupakan dampak dari keberhasilan pembangunan dalam bidang kesehatan (Lembaga Demografi FEUI, 2003).

Pada tugas perkembangan lansia dalam konteks tumbuh kembang manusia masalah-masalah yang dialami oleh para lansia meliputi antara lain kesehatan, sosial, ekonomi, psikologi, spiritual (religiusitas) dan hak asasi. Penurunan fungsi fisik membuat keadaan yang sulit berkomunikasi, hal ini karena kurangnya daya pendengaran, kemampuan mengingat, kesulitan menangkap isi pembicaraan orang lain menyebabkan usia lanjut akan memperlihatkan perilaku menjauh dan menjaga jarak dengan orang

sekitarnya. Dari segi ekonomi masalah yang paling banyak yaitu penghasilan menurun karena sudah tidak mampu bekerja lagi, dan yang terakhir adalah masalah mental / spiritual yaitu perlunya bimbingan mental/rohani/spiritual (Departemen Sosial, 2005).

Adapun harapan lansia yaitu berupa adanya pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, tersedianya wadah untuk melakukan aktivitas sosial bersama (perkumpulan-perkumpulan berdasarkan kesamaan minat atau kegiatan keagamaan, kelompok lansia atau pensiun), kebutuhan hidup sehari-hari dan adanya asuransi untuk jaminan hari tua, perhatian dan kasih sayang dari anggota keluarga, teman akrab dan penghargaan dari orang yang lebih muda dan yang paling penting adalah kebutuhan untuk menikmati makna hidup. Hal ini dapat diperoleh dengan menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan masing-masing secara nyaman dan tenang (Depkes, 2008).

Spiritual diartikan sebagai makna, transenden, harapan, cinta, kualitas, hubungan dan eksistensi (Emblen 1989, dalam Potter & Perry 2005) Sedangkan menurut Hawari (2006), spiritual adalah iman dan taqwa sebagai salah satu aspek dalam diri individu klien perlu dipenuhi kebutuhannya seperti juga aspek lainnya. Di negara maju kebanyakan klien masih mempertimbangkan kesehatan spiritual sebagai bagian yang harus diperhatikan (Rohman, 2009). Kesehatan spiritual atau kesejahteraan adalah rasa keharmonisan, saling kedekatan antara diri dengan orang lain, alam, dan kehidupan yang tertinggi (Hungelmann, 1985 dalam Potter & Perry, 2005).

Menurut Bukhardt (1993 dalam Pratiwi, 2007), aspek kesehatan spiritual meliputi hubungan dengan orang lain, hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan alam sekitar, dan hubungan dengan Tuhan yang dicerminkan lewat agama. Pada lansia kesehatan spiritual merupakan sesuatu yang memberikan kedamaian dan penerimaan tentang diri dan hal tersebut sering didasarkan pada hubungan yang langgeng dengan maha Agung.

Sebuah penelitian di AS menunjukkan bahwa 94% dari klien yang berkunjung ke Rumah Sakit meyakini kesehatan spiritual sama pentingnya dengan kesehatan fisik (Anandarajah, 2001). Koenig (2001 dalam Clark, 2008) menemukan bahwa 90% klien di beberapa area di Amerika menandatangani pada agama sebagai bagian dari aspek spiritual untuk mendapatkan kenyamanan dan kekuatan ketika merasa mengalami sakit yang serius. Dalam Rohman (2009), menyatakan bahwa studi yang dilakukan Brown (2007) memperlihatkan 77% pasien menginginkan untuk membicarakan tentang keluhan spiritual mereka sebagai bagian dari asuhan kepada mereka, hasil ini hampir sama dengan pendapat Oswald (2004) yang menyatakan bahwa terpenuhinya kesehatan spiritual pasien akan dapat membantu mereka beradaptasi dan melakukan coping terhadap sakit yang dideritanya. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa wanita lanjut usia yang menderita fraktur tulang pinggul yang kuat religi dan pengamalan agamanya ternyata lebih kuat jiwanya dan kurang mengeluh (Pressman, 1990).

Uraian di atas memperlihatkan pemenuhan kebutuhan spiritual oleh tenaga kesehatan, termasuk perawat merupakan hal yang penting bagi semua klien termasuk lansia. Namun demikian, kenyatannya pemenuhan kebutuhan spiritual oleh perawat masih belum optimal. Hasil analisis situasi saat ini, dari beberapa sumber menunjukkan kenyataan bahwa penanganan atau asuhan spiritual (*spiritual care*) belum diberikan oleh perawat secara kompeten. Mc lung, Grosseohine & Jacobson (2006 dalam Rohman, 2009) menunjukkan bahwa dari 176 perawat di United States, sebanyak duapertiganya melaporkan perasaan tidak cukup mampu untuk memberikan penanganan spiritual kepada kliennya. Demikian pula Reig, Mason dan Preston (2006) juga mengatakan bahwa kebanyakan perawat mengaku bahwa mereka tidak dapat memberikan asuhan spiritual secara kompeten karena selama masa pendidikannya kurang mendapatkan panduan tentang bagaimana memberikan asuhan spiritual secara kompeten.

Observasi yang dilakukan Suparmi (2007 dalam Rohman, 2009) terhadap 30 klien ditiga rumah sakit (RSCM, RSPAD dan RS Darmais) menunjukkan fakta bahwa aspek spiritual belum mendapatkan perhatian yang cukup oleh perawat. Dari 30 klien yang diobservasinya itu didapatkan sebanyak 79% klien tidak mendapatkan pendampingan spiritual saat sakit dan dirawat di rumah sakit dan selebihnya sebanyak 21% klien mengaku mendapatkan pendampingan spiritual namun bukan oleh perawat tetapi oleh pemuka agama.

Kondisi-kondisi tersebut di atas sangat disayangkan mengingat setiap perawat perlu memberikan asuhan keperawatan yang melibatkan aspek spiritual dalam praktek profesionalnya. Kode etik keperawatan telah mewajibkan profesional keperawatan untuk memperhatikan aspek spiritual klien (PPNI, 2000). Bahkan Komisi Kerjasama Akreditasi Organisasi Pelayanan Kesehatan (JCAHO, 2000) dan Komisi Akreditasi Fasilitas Rehabilitasi (*Commision On Accreditation Of Rehabilitation Facilities, 2004*) telah secara tegas memerintahkan agar setiap pusat pelayanan kesehatan melakukan asuhan spiritual kepada klien yang dirawat ditempat tersebut (Kozier, 2004: Reig, Mason & Preston, 2006).

Terkait dengan kebutuhan spiritual lansia, pada umumnya lansia mengharapkan panjang umur, semangat hidup, tetap berperan sosial, dihormati, mempertahankan hak dan hartanya, tetap berwibawa, kematian dalam ketenangan dan diterima disisi – Nya serta masuk surga (Wahyuni, 2007). Bertambahnya usia meningkatkan kematangan dalam berfikir dan bertindak sehingga segi spiritual lansia menjadi lebih baik yang akan berpengaruh dalam mengambil keputusan dan menentukan sikap dalam kehidupan sehari – hari. Menurut Haber (1987, dalam Widyatuti 1999), pada masa ini walaupun membayangkan kematian mereka banyak menggeluti spiritual sebagai isu yang menarik, karena mereka melihat agama sebagai faktor yang mempengaruhi kebahagiaan dan rasa berguna bagi orang lain.

Masa tua sering identik dengan masa senja sehingga terjadi peningkatan aktifitas spiritual keagamaannya. Pada kenyataannya peningkatan aktifitas tersebut banyak bergantung pada kebiasaan yang telah dilakukannya semasa periode umur sebelumnya, sehingga tidak sedikit seseorang yang telah memasuki masa ini, tingkat spiritualitas masih tergolong rendah. Spiritualitas atau sering disebut sebagai religiusitas besar pengaruhnya terhadap kesehatan jiwa. Merujuk dari penelitian yang dilakukan oleh Larson dkk (2000 dalam Depkes 2008) disimpulkan bahwa lansia yang non religius kurang tabah, kurang kuat dan kurang mampu mengatasi stres dibandingkan dengan lansia yang religius, sehingga mereka lebih jarang mengalami masalah atau gangguan kesehatan jiwa. Hal ini menunjukkan adanya hubungan antara kondisi spiritualitas lansia dengan tingkat kesehatan jiwanya.

Kegiatan lansia di Sasana Tresna Werdha Yayasan Karya Bhakti Ria Pembangunan (KBRP) sudah dijadwal antara lain senam lansia, olahraga, angklung, melukis, merajut, relaksasi, rekreasi, pembinaan kesehatan jiwa dan spiritual. Jumlah lansia sebanyak 66 orang dan mayoritas beragama Islam yaitu sebanyak 48 orang. Pelayanan untuk masalah kesehatan jiwa lansia dilakukan oleh perawat dan dokter yang bertugas. Adapun pelayanan untuk aspek spiritual dilakukan dua kali dalam seminggu oleh rohaniawan/ustadz. Namun demikian, selama ini belum ada yang melakukan evaluasi sejauhmana hubungannya dengan aspek kesehatan jiwa pada lansia dan belum ada penelitian yang terkait dengan masalah kesehatan spiritual oleh perawat khususnya di Sasana Tresna Werdha.

Berdasarkan laporan dari kepala bidang perawatan Sasana Tresna Werdha didapatkan informasi bahwa kurang ada korelasi positif antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa lansia yang tinggal di panti tersebut khususnya lansia yang muslim, sebagai contoh ditemukan ada lansia muslim yang memiliki kesehatan spiritual yang kelihatan baik dengan memperlihatkan adanya kegiatan ibadah (melakukan sholat, melakukan kegiatan doa), membalas perbuatan baik orang lain, Namun lansia tersebut

tetap mengalami masalah kesehatan jiwa yang ditandai dengan sering bingung, curiga yang berlebihan, mudah tersinggung, tidak ingin berhubungan dengan orang lain dan tidak mampu merawat diri sendiri. Padahal menurut Bastaman (1986 dalam Hawari, 2005), seyogianya orang yang sehat jiwanya termasuk lansia adalah orang yang beragama (religius) yaitu menghayati serta mengamalkan agama disertai keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Kondisi yang sama juga ditemui oleh peneliti pada saat melakukan praktik aplikasi keperawatan jiwa yang melibatkan klien dari golongan lansia. Adanya fenomena hubungan yang kurang positif tersebut di atas, belum berdasarkan studi ilmiah. Untuk itu peneliti ingin mengetahui Hubungan Antara Kesehatan Spiritual dengan Kesehatan Jiwa pada Lansia Muslim khususnya, di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas terlihat bahwa aktivitas individu pada usia lanjut dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya umumnya meningkat dibandingkan usia sebelumnya. Aktivitas yang dimaksud meliputi interaksi lansia terhadap orang lain, diri sendiri, alam sekitar dan dengan Tuhan. Hasil-hasil studi dan penelitian berdasarkan yang ada pada uraian sebelumnya menunjukkan bahwa lansia yang memiliki tingkat kesehatan spiritual yang tinggi umumnya jarang memiliki masalah kesehatan jiwa.

Namun demikian, sangat disayangkan sampai saat ini belum ada studi yang mengeksplorasi sejauh mana tingkat kesehatan spiritual lansia di Indonesia khusus kaitannya dengan tingkat kesehatan jiwa mereka. Sasana tresna werdha merupakan tempat pelayanan untuk usia lanjut yang juga memperhatikan pemenuhan kebutuhan spiritual. Pemenuhan kesehatan jiwa atau spiritual dilaksanakan dengan mendatangkan ustadz dua kali seminggu dan belum ada penelitian tentang hubungan pemenuhan kedua kebutuhan tersebut di atas oleh perawat khususnya di sasana tresna werdha di Indonesia.

Oleh karena itu penelitian ini ingin mencari jawaban tentang “ Hubungan Antara Kesehatan Spiritual Dengan Kesehatan Jiwa Khususnya Pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.3.2. Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan khusus penelitian ini adalah :

1.3.2.1. Diketahui gambaran responden penelitian di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.3.2.2. Diketahui gambaran kesehatan spiritual pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.3.2.3. Diketahui gambaran kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.3.2.4. Diketahui hubungan antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.2.3.5. Diketahui hubungan antara interaksi lansia dan dirinya sendiri dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.2.3.6. Diketahui hubungan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.2.3.7. Diketahui hubungan antara interaksi lansia dan Tuhan-nya dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Perkembangan keperawatan jiwa

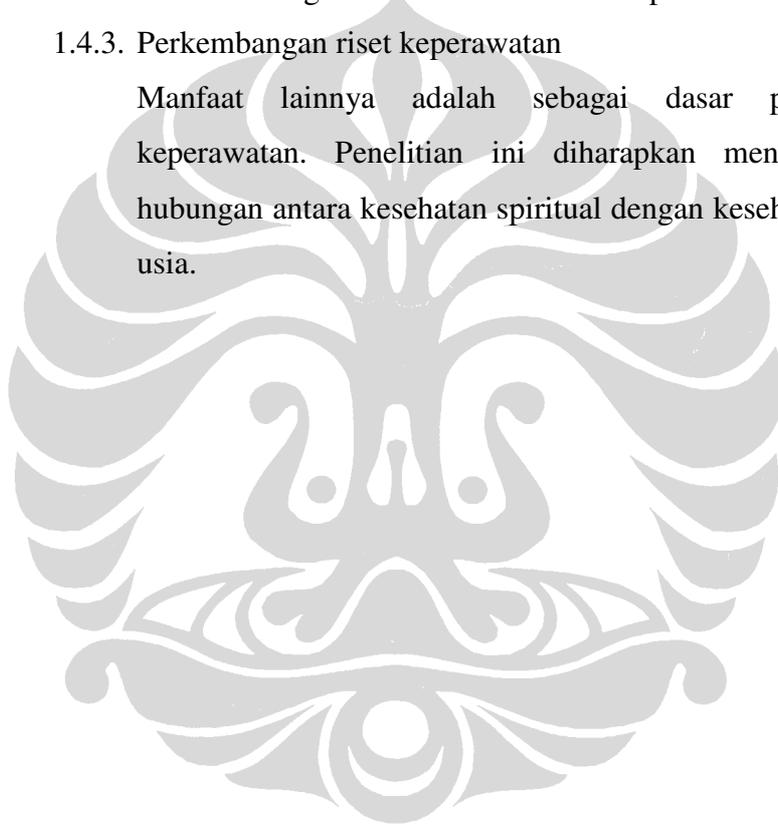
Hasil penelitian ini diharapkan berguna untuk menjadi masukan dalam keperawatan jiwa terkait hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia khususnya yang muslim.

1.4.2. Perkembangan pelayanan keperawatan

Hasil penelitian terkait hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia diharapkan mampu untuk menjadi acuan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa.

1.4.3. Perkembangan riset keperawatan

Manfaat lainnya adalah sebagai dasar pengembangan riset keperawatan. Penelitian ini diharapkan menghasilkan gambaran hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lanjut usia.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai landasan serta rujukan dalam penelitian, maka dalam bab ini akan dipaparkan tinjauan teoritis yang berkaitan dengan kesehatan spiritual, lansia, kesehatan jiwa, dan hubungan antara spiritual dan kesehatan jiwa. Untuk memudahkan pemahaman maka disusunlah tinjauan teoritis ini yang diawali dengan konsep kesehatan spiritual, konsep sehat jiwa lansia dan hubungan antara spiritual dan kesehatan jiwa.

2.1. Konsep Dasar Kesehatan Spiritual

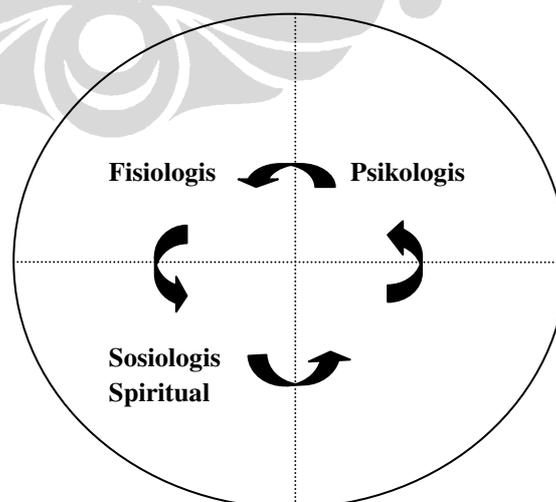
2.1.1. Defenisi Kesehatan Spiritual

Defenisi tentang spiritual sangat beragam, para ahli mencoba mendefinisikan dan menjelaskan tentang spiritual, Kozier dkk (1997) menjelaskan spiritual atau keyakinan spiritual adalah keyakinan atau hubungan dengan kekuatan yang lebih tinggi, kekuatan yang menciptakan, sesuatu yang bersifat ketuhanan, atau sumber energi yang terbatas. Sebagai contoh, seseorang percaya pada “Tuhan”, “Allah”, “Sang Pencipta” atau “kekuatan yang lebih tinggi”. Meskipun spiritual sulit didefenisikan, terdapat dua karakteristik penting tentang spiritual yang disetujui oleh sebagian penulis yaitu kesatuan tema dalam kehidupan kita dan merupakan keadaan hidup. Farran dkk (1989, dalam Potter & Perry, 2005), menggunakan definisi fungsional spiritual sebagai komitmen tertinggi individu, yang merupakan prinsip yang paling komprehensif dari perintah atau nilai final yaitu argumen yang sangat kuat yang diberikan untuk pilihan yang dibuat dalam hidup kita .

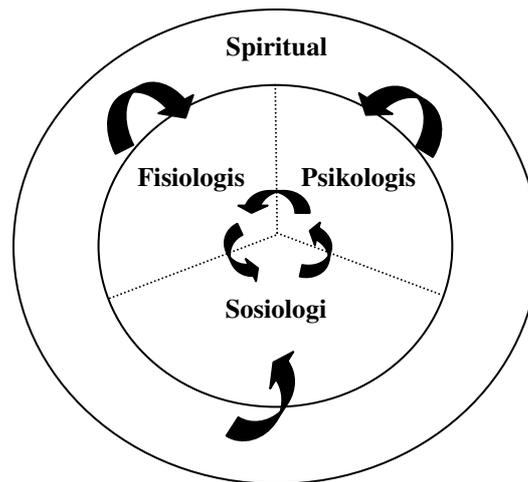
Menurut Burkhardt (1998, dalam Isaacs, 2005), spiritual didefinisikan sebagai kekuatan yang menggerakkan, prinsip hidup, atau esensi yang menembus kehidupan dan diekspresikan dalam hubungan aneka segi dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan atau kekuatan hidup.

Sehat spiritual atau kesejahteraan spiritual adalah “rasa keharmonisan saling kedekatan antara diri dengan orang lain, alam, dan dengan kehidupan yang tertinggi (Hungelmann dkk, 1985 dalam Potter dan Perry, 2005). Menurut Thomas (1999 dalam Pratiwi, 2007), sehat spiritual adalah kemampuan seseorang dalam membangun spiritualnya menjadi penuh dengan potensi dan kemampuan untuk mengetahui tujuan dasar hidupnya, untuk belajar mengalami cinta, kasih sayang, kedamaian, dan kesejahteraan serta cara untuk menolong diri sendiri dan orang lain untuk menerima potensi tertingginya.

Secara tradisional, model holistik keperawatan tentang kesehatan jelas mencakup hal berikut yaitu fisik, psikologis, kultural, perkembangan, sosial, dan spiritual, hal ini sama dengan teori keperawatan yang dikembangkan oleh Abdellah (1960 dalam Potter & Perry, 2005), meliputi pemberian asuhan keperawatan bagi seluruh manusia untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual baik klien maupun keluarga. Satu model atau pilihan untuk meninjau kesehatan spiritual adalah sesuatu yang terintegrasi dan pendekatan penyatuan (Gambar 2.1 dan 2.2) yang dikembangkan oleh Farran dkk (1989, dalam Potter & Perry, 2005).



Gambar 2.1. Kesehatan spiritual: suatu pendekatan terintegrasi



Gambar 2.2. Kesehatan spiritual: pendekatan penyatuan

2.1.2. Perbedaan spiritual, keyakinan dan agama

Menurut Hamid (2009) spiritual, keyakinan dan agama merupakan hal yang terpisah walaupun seringkali diartikan sama. Spiritual adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta. Micklely dkk (1992 dalam Hamid, 2009) menguraikan spiritual sebagai sesuatu yang multidimensi yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedangkan dimensi agama lebih berfokus hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Penguasa. Selanjutnya Stoll (1989 dalam Hamid 2009) menguraikan bahwa spiritual sebagai konsep dua dimensi, yaitu dimensi vertikal dan dimensi horizontal. Dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan atau Yang Maha Tinggi yang menuntun kehidupan seseorang. Dimensi horizontal adalah hubungan seseorang dengan diri sendiri, orang lain dan dengan lingkungan terdapat hubungan yang terus menerus antara dua dimensi tersebut. Dalam konteks penelitian ini, peneliti menggunakan spiritual yang terkait dengan muslim.

Mempunyai kepercayaan (*faith*) atau keyakinan berarti mempercayai atau mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang. Secara umum agama atau keyakinan spiritual merupakan upaya seseorang untuk memahami tempat seseorang di dalam kehidupan yaitu

bagaimana seseorang melihat dirinya dalam hubungannya dengan lingkungan secara menyeluruh. Banyak perawat mempunyai kesulitan dalam membedakan spiritual dengan religi (agama). Kedua istilah tersebut digunakan secara bertukaran dan pastinya ada hubungan. Seseorang mengikuti ritual atau praktek keagamaan tertentu untuk mengekspresikan aspek spiritual. Namun demikian kedua konsep tersebut tidak sama. Religi biasanya berkaitan dengan “keadaan melakukan” atau suatu sistem penyatuan spesifik tentang praktek yang berkaitan dengan denominasi atau bentuk ibadah tertentu (Potter & Perry, 2005).

Hamid (2009) menerangkan bahwa agama merupakan suatu sistem ibadah yang terorganisasi atau teratur, agama mempunyai keyakinan sentral, ritual dan praktek yang biasanya berhubungan dengan kematian, perkawinan dan keselamatan/penyelamatan (salvation), agama mempunyai aturan-aturan tertentu yang dipraktikkan dalam kehidupan sehari-hari yang memberi kepuasan bagi yang menjalankannya. Perkembangan keagamaan individu merujuk pada penerimaan keyakinan, nilai, aturan dan ritual tertentu. Sedangkan menurut Hawari (2006), spiritual bisa diartikan sebagai iman dan taqwa.

2.1.3. Faktor yang mempengaruhi spiritual

Menurut Taylor dkk, 1997 dan Craven, 1996 (dalam Hamid 2009), faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang adalah pertimbangan tahap perkembangan, keluarga, latar belakang etnik dan budaya, pengalaman hidup sebelumnya, krisis, terpisah dari ikatan spiritual, isu moral terkait dengan terapi, serta asuhan keperawatan yang kurang tepat. Untuk lebih jelasnya, faktor-faktor penting tersebut dapat dijabarkan sebagai berikut :

2.1.3.1. *Tahap perkembangan.* Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak-anak dengan empat agama yang berbeda ditemukan bahwa mereka mempunyai persepsi tentang Tuhan dan sembahyang yang berbeda menurut usia, seks, agama, dan kepribadian anak.

2.1.3.2. *Keluarga.* Peran orang tua sangat menentukan perkembangan spiritual anak. Yang penting bukan apa yang diajarkan oleh orang tua kepada anaknya tentang Tuhan, tetapi apa yang anak pelajari mengenai Tuhan, kehidupan, dan diri sendiri dari perilaku orang tua mereka. Oleh karena keluarga merupakan lingkungan terdekat dan pengalaman pertama anak dalam memersepsikan kehidupan di dunia, pandangan anak pada umumnya diwarnai oleh pengalaman mereka dalam berhubungan dengan orang tua dan saudaranya.

2.1.3.3. *Latar belakang etnik dan budaya.* Sikap, keyakinan, dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya, seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Perlu diperhatikan apapun tradisi agama atau sistem kepercayaan yang dianut individu, tetap saja pengalaman spiritual adalah hal unik bagi tiap individu.

2.1.3.4. *Pengalaman hidup sebelumnya.* Pengalaman hidup, baik yang positif maupun pengalaman negatif dapat memengaruhi spiritualitas seseorang. Sebaliknya, juga dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan sering diianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat ini, kebutuhan spiritual akan meningkat yang memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

2.1.3.5. *Krisis dan perubahan.* Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering

dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian, khususnya pada klien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual selain juga pengalaman yang bersifat fisik dan emosional.

2.1.3.6. *Terpisah dari ikatan spiritual.* Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukungan sosial. Klien yang dirawat merasa terisolasi dalam ruangan yang asing baginya dan merasa tidak aman. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, antara lain, tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang biasa memberi dukungan setiap saat diinginkan. Terpisahkan klien dari ikatan spiritual dapat berisiko terjadinya perubahan fungsi spiritualnya.

2.1.3.7. *Isu moral terkait dengan terapi.* Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada juga yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur medik sering kali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama, misalnya sirkumsisi, tranplantasi organ, pencegahan kehamilan, dan sterilisasi. Konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh klien dan tenaga kesehatan.

2.1.3.8. *Asuhan keperawatan yang kurang sesuai.* Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberi asuhan spiritual. Alasan tersebut, antara lain karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritual,

tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritual dalam keperawatan, atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemuka agama.

Lima isu nilai yang mungkin timbul antara perawat dan klien adalah sebagai berikut :

1. *Pluralisme*: perawat dan klien menganut kepercayaan dan iman dengan spektrum yang luas.
2. *Fear*: berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi situasi, melanggar privasi klien, atau merasa tidak pasti dengan system kepercayaan dan nilai diri sendiri.
3. *Kesadaran tentang pertanyaan spiritual*: apa yang memberi arti dalam kehidupan, tujuan, harapan, dan merasakan cinta dalam kehidupan pribadi perawat.
4. *Bingung*: bingung terjadi karena adanya perbedaan antara agama dan konsep spiritual.

2.1.4. Tahap perkembangan spiritual.

Tahap perkembangan spiritual individu menurut Hamid (2009), sebagai berikut:

2.1.4.1. Bayi dan Toddler (0-2 tahun)

Tahap awal perkembangan spiritual adalah rasa percaya kepada yang mengasuh yang sejalan dengan perkembangan rasa aman dan dalam hubungan interpersonal, karena sejak awal kehidupan manusia mengenal dunia melalui hubungannya dengan lingkungan, khususnya orang tua. Bayi dan toddler belum memiliki rasa salah dan benar, serta keyakinan spiritual. Mereka mulai meniru kegiatan ritual tanpa mengerti arti kegiatan tersebut serta ikut ke tempat ibadah yang memengaruhi citra diri mereka.

2.1.4.2. Prasekolah

Sikap orang tua tentang kode moral dan agama mengajarkan kepada anak tentang apa yang dianggap baik dan buruk. Anak prasekolah meniru apa yang mereka lihat bukan yang dikatakan orang lain. Permasalahan akan timbul apabila tidak ada kesesuaian atau bertolakbelakang antara apa yang dilihat dan yang dikatakan kepada mereka. Anak prasekolah sering bertanya tentang moralitas dan agama, seperti perkataan atau tindakan tertentu dianggap salah. Juga bertanya “apa itu surga?” Mereka menyakini bahwa orang tua mereka seperti tuhan. Pada usia ini metode pendidikan spiritual yang paling efektif adalah memberi indoktrinasi dan memberi kesempatan kepada mereka untuk memilih caranya. Agama merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari. Mereka percaya bahwa Tuhan yang membuat hujan dan angin; hujan dianggap sebagai air mata Tuhan.

2.1.4.3. Usia sekolah

Anak usia sekolah mengharapkan Tuhan menjawab doanya, yang salah akan dihukum dan yang baik akan diberi hadiah. Pada masa prapubertas, anak sering mengalami kekecewaan karena mereka mulai menyadari bahwa doanya tidak selalu dijawab menggunakan cara mereka dan mulai mencari alasan tanpa mau menerima keyakinan begitu saja.

Pada usia ini, anak mulai mengambil keputusan akan melepaskan atau meneruskan agama yang dianutnya karena ketergantungannya kepada orang tua. Pada masa remaja, mereka membandingkan standar orang tua mereka dengan orang tua lain dan menetapkan standar apa yang akan diintegrasikan dalam perilakunya. Remaja juga membandingkan pandangan ilmiah dengan pandangan agama serta mencoba untuk menyatukannya. Pada masa ini, remaja

yang mempunyai orang tua berbeda agama, akan memutuskan pilihan agama yang akan dianutnya atau tidak memilih satupun dari kedua agama orang tuanya.

2.1.4.4. Dewasa

Kelompok usia dewasa muda yang dihadapkan pada pertanyaan bersifat keagamaan dari anaknya akan menyadari apa yang pernah diajarkan kepadanya pada masa kanak-kanak dahulu, lebih dapat diterima pada masa dewasa daripada waktu remaja dan masukan dari orang tua tersebut dipakai untuk mendidik anaknya.

2.1.4.5. Usia pertengahan dan lansia

Kelompok usia pertengahan dan lansia mempunyai lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Perasaan kehilangan karena pensiun dan tidak aktif serta menghadapi kematian orang lain (saudara, sahabat) menimbulkan rasa kesepian dan mawas diri. Perkembangan filosofis agama yang lebih matang sering dapat membantu orang tua untuk menghadapi kenyataan, berperan aktif dalam kehidupan dan merasa berharga, serta lebih dapat menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat ditolak atau dihindarkan.

Lanjut usia yang telah pensiun, kehilangan pasangan atau teman, atau menjelang kematian merasa sangat sedih dan kehilangan. Pada masa ini walaupun membayangkan kematian mereka banyak menggeluti spiritual sebagai isu yang menarik. Keyakinan spiritual yang terbangun dengan baik membantu lansia menghadapi kenyataan, berpartisipasi dalam hidup, merasa memiliki harga diri, dan menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat dihindari.

2.1.5. Konsep-konsep yang berkaitan dengan spiritual

Kozier dkk (2004), mengatakan oleh karena spiritualitas merupakan suatu refleksi dari pengalaman internal (*inner experience*) yang diekspresikan secara individual maka spiritualitas mempresentasikan dari banyak aspek dalam diri manusia antara lain agama, keyakinan/keimanan, harapan, transendensi dan pengampunan. Beberapa diantara konsep di atas akan diuraikan secara singkat berikut ini :

2.1.5.1. Agama

Merupakan sistem dari kepercayaan dan praktik-praktik yang terorganisir. Agama menawarkan cara-cara mengekspresikan spiritual dengan memberikan panduan yang mempercayainya dalam merespon pertanyaan-pertanyaan dan tantangan-tantangan kehidupan. Hawari (2009) menjelaskan bahwa dalam agama Islam terdapat dimensi kesehatan jiwa pada kelima rukun Islam.

2.1.5.2. Keyakinan/keimanan.

Komitmen kepada sesuatu atau seseorang. Fowler (1981, dalam Kozier dkk, 2004) menjelaskan keimanan dapat ada baik pada orang yang beragama maupun orang yang tidak beragama. Keimanan memberikan makna hidup, memberikan kekuatan pada saat individu mengalami kesulitan dalam kehidupannya. Untuk klien yang sedang sakit, keimanan (terhadap Tuhan, Allah, atau lainnya) dalam diri klien sendiri, dalam setiap anggota tim kesehatan, atau pada keduanya, dapat memberikan kekuatan dan harapan.

2.1.5.3. Harapan.

Suatu konsep yang termasuk dalam spiritualitas. Harapan adalah inti dalam kehidupan dan merupakan dimensi esensial bagi keberhasilan dalam menghadapi dan mengatasi keadaan sakit dan kematian (Miller, 2007).

2.1.5.4. Trensensensi.

Salah satu aspek penting dalam spiritual. Seaward (2006, dalam Yampolsky, 2008) mengatakan trensensi adalah persepsi individu tentang dirinya yang menjadi bagian dari sesuatu yang lebih tinggi dan lebih luas dari keberadaannya.

2.1.5.5. Ampunan.

Konsep ampunan (forgiveness) mendapatkan perhatian meningkat dari para professional pelayanan kesehatan. Bagi banyak klien, sakit atau kecacatan berkaitan dengan rasa malu dan rasa bersalah.

2.1.6. Karakteristik Spiritual

Karakteristik dan kesehatan spiritual mengandung arti yang sama. Menurut Burkhardt (1993, dalam Kozier dkk, 1997) menjelaskan bahwa karakteristik spiritual mencakup:

2.1.6.1. Hubungan dengan diri sendiri

Kekuatan dalam diri atau kepercayaan diri sendiri yang meliputi pengenalan tentang diri sendiri (misalnya menjawab pertanyaan siapa saya, apa yang dapat saya lakukan) dan sikap pada diri sendiri yang dimanifestasikan dengan percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan dan masa depan, ketentraman, dan harmonis dengan diri sendiri.

2.1.6.2. Hubungan dengan orang lain

Hubungan dengan orang lain dimanifestasikan dengan berbagi waktu, pengetahuan, dan sumber daya dengan orang lain dan membalas perbuatan baik orang lain. Hubungan ini juga dimanifestasikan dengan sikap peduli pada anak-anak, orang tua, dan orang yang sakit, menguatkan kembali makna kehidupan dan kematian dengan cara mengunjungi makam/kuburan. Hubungan dengan sesama dideskripsikan sebagai dimensi horizontal yang beririsan dengan hubungan vertikal dengan Tuhan.

2.1.6.3. Hubungan dengan alam

Harmonisasi dengan alam, meliputi pengenalan tentang tumbuhan, tanaman, pepohonan, kehidupan alam, dan cuaca. Harmonisasi dengan alam juga dimanifestasikan dengan hidup bersama dengan alam seperti berkebun, berjalan, berada di luar dan memelihara alam.

2.1.6.4. Hubungan dengan Tuhan

Hubungan dengan Tuhan dilihat dari religius atau tidak religiusnya seseorang, seperti melakukan kegiatan do'a atau meditasi, membaca kitab atau buku keagamaan, berpartisipasi dalam kelompok keagamaan. Hawari (2009) menjelaskan bahwa dalam agama Islam terdapat dimensi kesehatan jiwa pada rukun iman yaitu iman kepada Allah besar pengaruhnya bagi kesehatan jiwa manusia dimana orang yang beriman itu selalu ingat kepada Allah (dzikrullah/zikir) sehingga perasaan tenang/aman/terlindung selalu menyertainya. Pikiran, perasaan dan perilakunya baik dengan tidak melanggar hukum, norma, moral dan etika kehidupan serta tidak merugikan orang lain karena ia tahu benar dan yakin apa yang dilakukannya itu semua dicatat oleh malaikat. Mampu mengendalikan diri (self control) yang merupakan salah satu ajaran Nabi Muhammad. Yakin bahwa sesungguhnya Al-Quran merupakan "text book" kesehatan jiwa terlengkap & sempurna di dunia, bagi mereka yang mengerti/menghayati/mengamalkannya akan memperoleh manfaat serta kesejahteraan lahir dan batin serta selamat di dunia maupun di akhirat kelak.

2.2. Konsep Sehat Jiwa Lansia

2.2.1. Pengertian lansia

Masa dewasa tua (lansia) dimulai setelah pensiun, biasanya antara usia 65 dan 75 tahun (Potter & Perry, 2005). Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI (2001), menjelaskan bahwa di Indonesia batasan usia lanjut yang tercantum dalam undang-undang No. 12/1998 tentang kesejahteraan usia lanjut adalah sebagai berikut ; usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas.

2.2.2. Lanjut usia sehat

Menurut Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI (2001), Usia lanjut sehat adalah usia lanjut yang dapat mempertahankan kondisi fisik dan mental yang optimal serta tetap melakukan aktivitas sosial dan produktif.

Adapun ciri lanjut usia sehat menurut Depkes dan Kesejahteraan Sosial RI (2001), adalah sebagai berikut :

2.2.2.1. Memiliki tingkat kepuasan hidup yang relatif tinggi karena merasa hidupnya bermakna, mampu menerima kegagalan yang dialaminya sebagai bagian dari hidupnya yang tidak perlu disesali dan justru mengandung hikmah yang berguna bagi hidupnya.

2.2.2.2. Memiliki integritas pribadi yang baik berupa konsep diri yang tepat dan terdorong untuk terus memanfaatkan potensi yang dimilikinya.

2.2.2.3. Mampu mempertahankan sistem dukungan sosial yang berarti, berada diantara orang-orang yang memiliki kedekatan emosi dengannya, yang memberi perhatian dan kasih sayang yang membuat dirinya masih diperlukan dan dicintai.

2.2.2.4. Memiliki kesehatan fisik dan mental yang baik, didukung oleh kemampuan melakukan kebiasaan dan gaya hidup yang sehat.

2.2.2.5. Memiliki keamanan finansial yang memungkinkan hidup mandiri, tidak menjadi beban orang lain, minimal untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

2.2.2.6. Pengendalian pribadi atas kehidupan sendiri sehingga dapat menentukan nasibnya sendiri, tidak tergantung pada orang lain. Hal ini dapat menjaga kestabilan harga dirinya.

2.2.3. Kesehatan jiwa lansia

Dalam modul BCCMHN (*Basic Course Community Mental Health Nursing, 2005*) dijelaskan kesehatan jiwa adalah suatu kondisi mental sejahtera yang memungkinkan hidup harmonis dan produktif sebagai bagian yang utuh dari kualitas hidup seseorang, dengan memperhatikan semua segi kehidupan manusia dengan menyadari sepenuhnya kemampuan dirinya, mampu menghadapi stres kehidupan yang wajar, mampu bekerja produktif dan memenuhi kebutuhan hidupnya, dapat berperan serta dalam lingkungan hidup, menerima dengan baik apa yang ada pada dirinya dan merasa nyaman bersama dengan orang lain. Selanjutnya ciri-ciri sehat jiwa adalah:

2.2.3.1. Bersikap positif terhadap diri sendiri.

2.2.3.2. Mampu tumbuh, berkembang dan mencapai aktualisasi diri.

2.2.3.3. Mampu mengatasi stres atau perubahan dirinya.

2.2.3.4. Bertanggung jawab terhadap keputusan dan tindakan yang diambil.

2.2.3.5. Mempunyai persepsi yang realistis dan menghargai perasaan serta sikap orang lain.

2.2.3.6. Mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan.

Menurut Hardywinoto dan Setiabudhi (1999), mengatakan bahwa baik dari teori Erikson maupun dari pengalaman para lanjut usia sendiri terungkap bahwa kepribadian tetap berkembang dan setiap manusia ingin mencapai dan mengarahkan hidupnya untuk mencari kesempurnaan/wisdom. Oleh karena itu setiap ada kesempatan para

lanjut usia sering mengadakan introspeksi. Walaupun teori perkembangan kepribadian masih tetap berkembang, kiranya ada baiknya kita menelaah hasil kelompok ahli dari WHO (1959 dalam Hawari, 2005) yang mengatakan bahwa mental yang sehat/mental health mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif dengan kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk baginya.
- b. Memperoleh kepuasan dari hasil jerih payah usahanya.
- c. Merasa lebih puas memberi dari pada menerima.
- d. Secara relatif bebas dari rasa tegang (stres), cemas dan depresi.
- e. Berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan.
- f. Menerima kekecewaan untuk dipakainya sebagai pelajaran dikemudian hari.
- g. Menjuruskan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.
- h. Mempunyai rasa kasih sayang yang besar.

Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sejahtera dihubungkan dengan kebahagiaan, kepuasan, pencapaian, optimisme, dan harapan. Kesehatan jiwa tidak bisa didefinisikan sebagai satu konsep sederhana atau aspek tunggal perilaku, namun demikian kesehatan jiwa menyertakan sejumlah kriteria-kriteria yang ada dan membentuk basis kesehatan jiwa yang optimum. Adapun kriteria atau ukuran dari kesehatan jiwa yang dimaksud adalah:

- a. Positif terhadap diri sendiri meliputi penerimaan terhadap diri sendiri, memiliki kesadaran diri dan berarti.
- b. Pertumbuhan, perkembangan dan aktualisasi diri berarti bahwa individu mencari pengalaman baru untuk lebih mengetahui secara penuh dari dirinya.

- c. Integrasi yang berarti memiliki kemampuan untuk bertahan terhadap stres dan kecemasan serta mampu mengatasi antara konflik luar dan dalam.
- d. Otonomi mencakup kemampuan menentukan nasib sendiri, keseimbangan antara ketergantungan dan kemerdekaan serta penerimaan terhadap konsekuensi dari suatu tindakan.
- e. Persepsi terhadap realita meliputi kemampuan individu untuk menguji asumsi tentang dunia dengan pemikiran berdasarkan pengalaman.
- f. Penguasaan lingkungan dengan merasakan sukses terhadap peran di lingkungan, dapat menghadapi masalah dunia dan pekerjaan secara efektif.

Lanjut usia merupakan tahap perkembangan dimana pada masa ini individu mencapai integritas diri yang utuh, memahami makna hidup dan mampu menuntun generasi berikutnya. Lansia yang tidak mencapai integritas diri secara utuh akan merasa putus asa dan menyesali masa lalunya karena tidak merasakan hidupnya bermakna. Adapun karakteristik perilaku/sehat jiwa lansia (Erickson, 1986 dalam Standar Asuhan Keperawatan Program Spesialis Jiwa, 2008) adalah:

- a. Mempunyai harga diri yang tinggi.
- b. Menilai kehidupannya berarti.
- c. Menerima nilai dan keunikan orang lain.
- d. Menerima dan menyesuaikan kematian pasangan.
- e. Menyiapkan diri menerima datangnya kematian.
- f. Melaksanakan kegiatan agama secara rutin.
- g. Merasa dicintai dan berarti dalam keluarga.
- h. Berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan kelompok masyarakat.
- i. Menyiapkan diri ditinggalkan anak yang telah mandiri.

Tahap perkembangan ini bisa diantisipasi pada masa dewasa dimana pada tahap ini individu diharapkan mampu bertanggungjawab terhadap keluarga, terlibat dalam kehidupan keluarga, masyarakat, mampu membimbing dan menyiapkan generasi dibawah usianya secara arif dan bijaksana. Oleh karena itu tahap perkembangan pada masa dewasa dengan tahap perkembangan pada lansia hampir sama atau saling berhubungan dan hal tersebut dapat dilihat dalam skala generativitas Loyola (LGS). Peneliti di Foley Center telah merancang sejumlah ukuran untuk mengkaji perbedaan individu dalam menyiapkan generasi (generativity) pada orang dewasa maupun pada lansia.

Terkait dengan sehat jiwa dan focus penelitian ini pada lansia yang beragama Islam, dimana Al-Qur'an sebagai pegangan umat Islam dalam menjalankan kehidupannya maka pembahasan tentang kesehatan jiwa berdasarkan Al-Qur'an dan Al-Hadits akan dibahas berikut ini.

2.2.4. Kesehatan jiwa dalam kitab suci Al-Qur'an dan Al-Hadits

Kesehatan jiwa adalah kematangan emosi dan sosial seseorang disertai dengan adanya kesesuaian dengan dirinya dan lingkungan sekitarnya . juga kemampuan untuk memikul tanggung jawab kehidupan, serta untuk menghadapi segala permasalahan yang menghadangnya diiringi dengan adanya rasa dalam menerima realitas kehidupan, rasa keridhaan dan kebahagiaan atas apa yang terjadi.

Indikasi adanya kesehatan jiwa menurut Al-Qur'an dan Al-Hadist dalam Az-Zahrani (2005) dapat dilihat melalui hubungan-hubungan sebagai berikut :

2.2.4.1. Hubungan hamba dengan Tuhan-Nya

Adanya keimanan kepada Allah dan hanya beribadah kepada-Nya semata dengan tidak menyekutukan-Nya dengan apapun jua, beriman kepada malaikat-malaikat-Nya, kitab-kitab-Nya,

para rasul-Nya, hari akhir, takdir dan ketetapan-Nya. Ikhlas dalam beribadah dan bertaqwa kepada-Nya serta mematuhi segala yang diperintahkan oleh Allah dan rasul-Nya dengan meninggalkan semua yang dilarang oleh Allah dan rasul-Nya.

2.2.4.2. Hubungan individu dengan dirinya sendiri

Mengenal dirinya, kodratnya dan juga kemampuannya, sehingga ia bisa menyeimbangkan segala ambisinya sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Ia pun akan selalu berusaha dalam mengaktualisasikan dirinya hingga ia mampu menjadi manusia yang sempurna. Ia mengenal semua kebutuhan hidupnya, motivasinya dan berusaha untuk menelaraskan keduanya dan menyeimbangkannya sesuai porsinya. Ia pun akan merasakan adanya tanggungjawab yang harus dipikulnya dan juga selalu meluruskan prilakunya serta bekerja dengan penuh profesionalitas. Ia pun akan selalu menjaga kesehatan dan kebugaran tubuhnya.

2.2.4.3. Hubungan individu dengan sesamanya

Individu tersebut akan selalu mencoba berinteraksi dengan sebaik-baiknya dengan menyayangi dan mencintai mereka sebagaimana mereka menyayangi dan mencintainya. Ia pun akan selalu siap membantu mereka dalam setiap kebutuhan yang mereka butuhkan dari dirinya.

2.2.4.4. Hubungan individu dengan alamnya

Individu mengenal bahwa tempat tinggalnya merupakan bagian dari alam semesta dan mengetahui bahwa Allah telah memuliakan kedudukannya dibanding makhluk-Nya yang lain. Ia mencintai semua yang ada dalam alam semesta ini serta selalu merenung dan berfikir dalam proses penciptaan langit dan bumi hingga ia menyadari keagungan dan kekuasaan Allah padanya.

2.2.5. Masalah Kesehatan Jiwa pada lansia

Darmojo (2009), mengatakan bahwa ada beberapa masalah dalam kesehatan jiwa lansia antara lain :

2.2.5.1. Kesepian

Kesepian atau *loneliness*, biasanya dialami oleh seorang lanjut usia pada saat meninggalnya pasangan hidup atau teman dekat, terutama bila dirinya sendiri saat itu juga mengalami berbagai penurunan status kesehatan, misalnya menderita berbagai penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik, terutama gangguan pendengaran.

2.2.5.2. Dukacita (*bereavement*)

Periode dukacita merupakan suatu periode yang sangat rawan bagi seorang penderita lanjut usia. Meninggalnya pasangan hidup, seorang teman dekat atau bahkan seekor hewan yang sangat disayangi bisa mendadak memutuskan ketahanan kejiwaan yang sudah rapuh dari seorang lansia, yang selanjutnya akan memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatannya. Periode 2 tahun pertama setelah ditinggal mati pasangan hidup atau teman dekat tersebut merupakan periode yang sangat rawan.

2.2.5.3. Depresi

Depresi bukan merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh patologi tunggal, tapi biasanya bersifat multifaktorial. Pada usia lanjut, dimana stres lingkungan sering menyebabkan depresi dan kemampuan beradaptasi sudah menurun, akibat depresi pada usia lanjut seringkali tidak sebaik pada usia muda.

2.2.5.4. Gangguan cemas

Gangguan cemas dibagi atas beberapa golongan, yaitu fobia, gangguan panik, gangguan cemas umum, gangguan stres pasca trauma dan gangguan obsesif-kompulsif. Puncak insidensi antara usia 20-40 tahun, dan prevalensi pada lansia

lebih kecil dibandingkan pada dewasa muda. Pada usia lanjut seringkali gangguan cemas ini merupakan kelanjutan dari dewasa muda.

2.2.5.5. Psikosis pada usia lanjut

Berbagai bentuk psikosis bisa terdapat pada usia lanjut, baik sebagai kelanjutan keadaan pada dewasa muda atau yang timbul pada usia lanjut. Pada dasarnya jenis dan penatalaksanaanya hampir tidak berbeda dengan yang terdapat pada populasi dewasa muda. Walaupun beberapa jenis khusus akan disinggung berikut ini, yaitu :

Parafrenia adalah suatu bentuk skizofrenia lanjut yang sering terdapat pada lanjut usia yang ditandai dengan waham (biasanya waham curiga dan menuduh), sering penderita merasa tetangganya mencuri barang-barangnya atau tetangga berniat membunuhnya. Biasanya terjadi pada individu yang terisolasi atau menarik diri dari kegiatan sosial.

Sindroma Diogenes adalah suatu keadaan dimana seorang lanjut usia menunjukkan penampakan perilaku yang sangat terganggu. Rumah atau kamar yang sangat kotor, bercak, bau urin dan feses dimana-mana (karena sering penderita bermain-main feses/urin), tikus berkeliaran dan lain sebagainya. Penderita menumpuk barang-barangnya dengan tidak teratur. Individu lanjut usia yang menderita keadaan ini biasanya mempunyai IQ tinggi, 50% kasus intelektualnya normal. Mereka biasanya menolak untuk dimasukkan ke institusi. Upaya untuk mengadakan pengaturan/pembersihan rumah/kamar, biasanya akan gagal karena setelah beberapa waktu hal tersebut akan terulang kembali.

2.3. Hubungan Antara Spiritual / Religiusitas dan Kesehatan Jiwa

Dimasa lalu terdapat pemisahan disertai konflik antara mereka yang melakukan pendekatan keagamaan dengan mereka yang melakukan pendekatan kejiwaan (ilmu pengetahuan), namun dalam perkembangan berikutnya pada awal abad 21 dikotomi (pemisahan) kedua pendekatan tersebut di atas cenderung masuk menyatu (*convergence*).

Mengenai peran agama dalam meningkatkan kesehatan jiwa dan kualitas keberagaman ini dalam psikologi agama dirumuskan tentang kesehatan jiwa, Daradjat (1984, dalam Hawari, 2005) merumuskan kesehatan jiwa yang berdimensi religi yakni kesehatan jiwa adalah terwujudnya keserasian yang sungguh-sungguh antara fungsi-fungsi kejiwaan dan terciptanya penyesuaian diri antara manusia dengan dirinya dan lingkungannya, berlandaskan keimanan dan ketakwaan, serta bertujuan untuk mencapai hidup yang bermakna dan bahagia di dunia dan bahagia di akhirat.

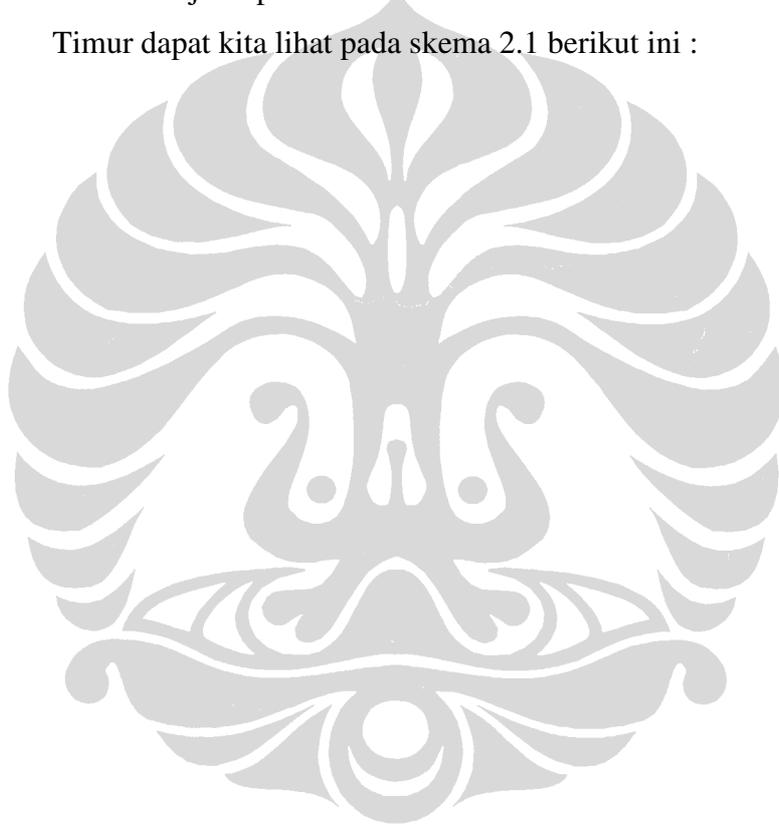
Definisi ini memasukkan dimensi agama yang sangat penting dan harus diupayakan penerapannya dalam kehidupan, sejalan dengan penerapan prinsip-prinsip kesehatan jiwa dan pengembangan hubungan baik dengan sesama manusia. Dalam perkembangan selanjutnya pola wawasan kesehatan jiwa atau kesehatan jiwa ini telah berkembang menjadi 4 orientasi, yaitu orientasi simptomatis, penyesuaian diri, pengembangan potensi dan orientasi keagamaan/kerohanian. Atas pandangan 4 orientasi ini maka secara operasional tolok ukur kesehatan jiwa atau kondisi jiwa yang sehat adalah :

- 2.3.1. Bebas dari gangguan/penyakit jiwa.
- 2.3.2. Mampu secara luwes menyesuaikan diri dan menciptakan hubungan antara pribadi yang bermanfaat dan menyenangkan.
- 2.3.3. Mengembangkan potensi-potensi pribadi (bakat, kemampuan, sikap, dan sebagainya) yang baik dan bermanfaat bagi diri sendiri dan lingkungan.
- 2.3.4. Beriman dan bertakwa kepada Tuhan, dan berupaya menerapkan tuntunan agama dalam kehidupan sehari-hari.

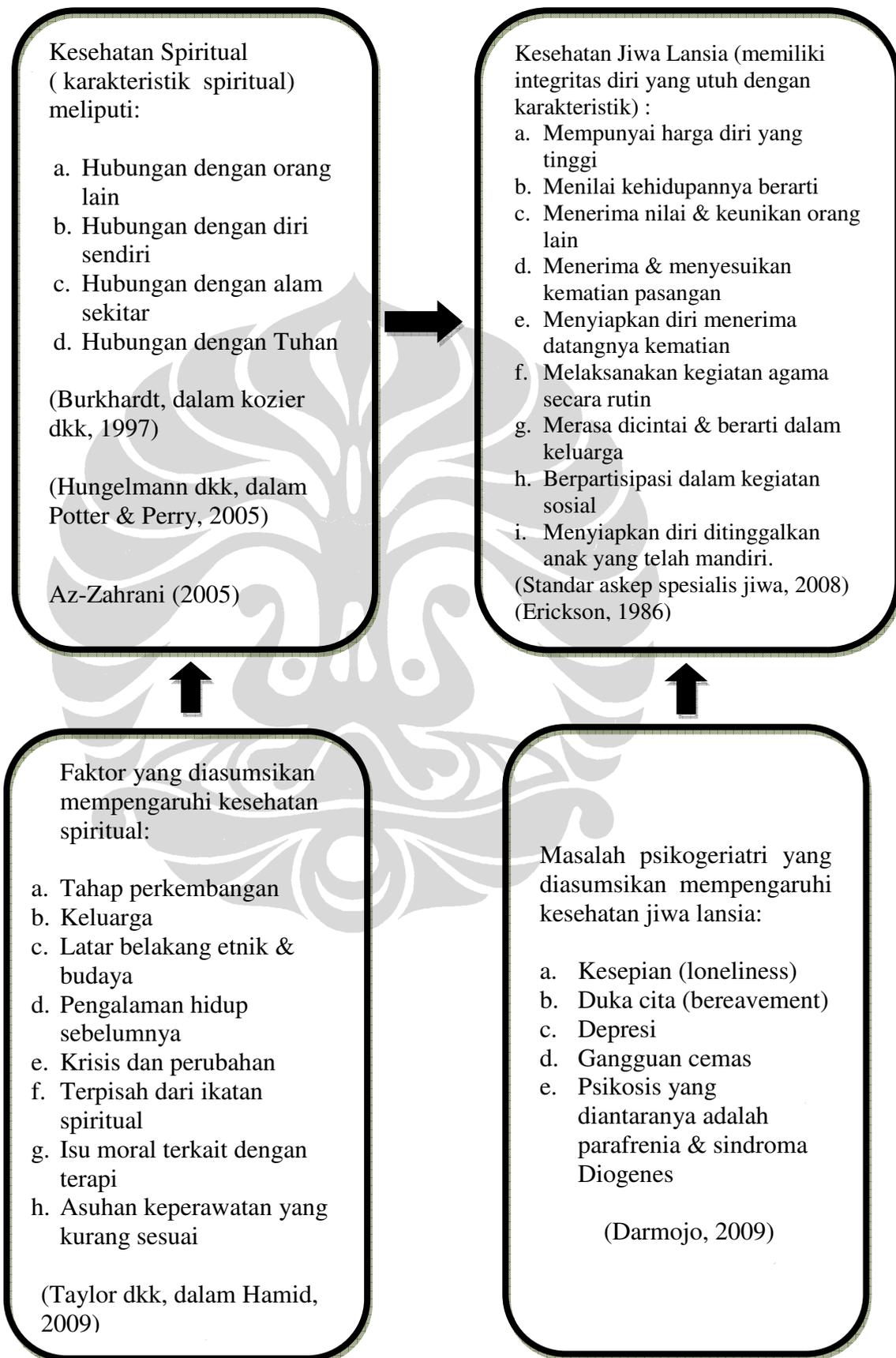
Berdasarkan tolok ukur di atas maka seyogianya orang yang sehat jiwanya termasuk lansia adalah orang yang beragama (religius) yaitu menghayati serta mengamalkan agama disertai keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa (Bastaman, 1986 dalam Hawari, 2005).

2.4. Kerangka Teori

Kerangka teori dalam penelitian hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur dapat kita lihat pada skema 2.1 berikut ini :



Skema 2.1 Kerangka Teori



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

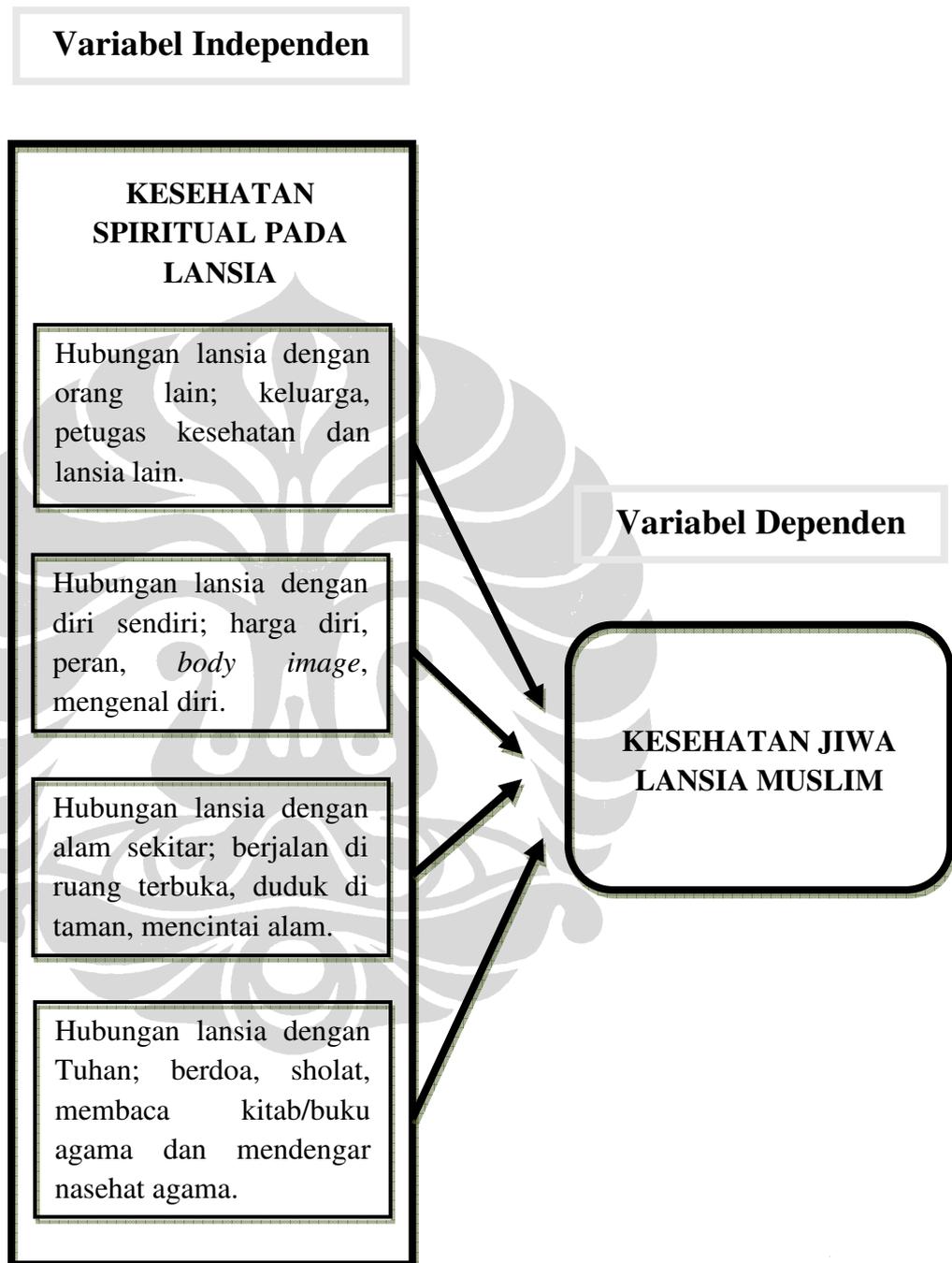
Bab ini diterapkan mengenai kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional yang menjadi arahan bagi jalannya penelitian.

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep disusun berdasarkan atas intisari dan teori yang telah dituangkan dalam tinjauan pustaka pada bab sebelumnya. Kerangka konsep ini memberi gambaran tentang jalannya penelitian, dirangkai dan disusun dalam bentuk bagan kerangka konsep. Variabel independen dalam penelitian ini adalah kesehatan spiritual dengan menggunakan teori Burkhardt (1998, dalam Isaacs, 2005) meliputi hubungan dengan orang lain, hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan alam sekitar dan hubungan dengan tuhan yang dicerminkan lewat agama.

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kesehatan jiwa pada lanjut usia muslim dengan menggunakan teori Eric Erickson (dalam Stanley, Blair, dan Beare, 2005) yaitu mempunyai harga diri yang tinggi, menilai kehidupannya berarti, menerima nilai dan keunikan orang lain, menerima dan menyesuaikan kematian pasangan, menyiapkan diri menerima datangnya kematian, melaksanakan kegiatan agama secara rutin, merasa dicintai/berarti dalam keluarga, berpartisipasi dalam kegiatan sosial/kelompok masyarakat dan menyiapkan diri ditinggalkan anak yang telah mandiri. kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada skema berikut ini.

Skema Kerangka Konsep Penelitian



3.2. Hipotesis

Dari kerangka konsep di atas dirumuskan hipotesis penelitian adalah sebagai berikut :

3.2.1. Hipotesis mayor

Ada hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

3.2.2. Hipotesis minor

3.2.2.1. Ada hubungan antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

3.2.2.2. Ada hubungan antara interaksi lansia dan dirinya sendiri dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

3.2.2.3. Ada hubungan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

3.2.2.4. Ada hubungan antara interaksi lansia dan Tuhan-Nya dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

3.3. Definisi Operasional

Defenisi operasional merupakan batasan ruang lingkup suatu variabel yang diamati atau diukur. Ini berguna untuk mengarahkan kepada pengukuran dan pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen. Di dalam defenisi operasional terdapat unsure-unsur penelitian yang memberikan cara mengukur suatu variabel, dengan kata lain defenisi operasional adalah semacam petunjuk pelaksanaan atau cara mengukur suatu variabel (Sugiyono, 2009). Defenisi operasional dari variabel-variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel 3.1. berikut ini :

Tabel 3.1. Defenisi Operasional Variabel Penelitian.

Variabel (1)	Defenisi Operasional (2)	Cara Ukur dan Alat ukur (3)	Hasil Ukur (4)	Skala (5)
Variabel <u>Independen</u> : Kesehatan Spiritual	Tingkat kemampuan spiritual lansia dalam berinteraksi dengan dirinya, orang lain, lingkungan dan Tuhan yang dicerminkan lewat agama	Pertanyaan terstruktur sebanyak 28 pertanyaan dan kuesioner dengan skala likert. 1= Sangat tidak Setuju 2= Tidak setuju 3= Setuju 4= Sangat setuju	Tinggi jika \geq nilai mean (89,4) dari jawaban responden Rendah jika \leq nilai mean (89,4) dari jawaban responden	Ordinal
<i>Sub variabel</i> 1. Hubungan lansia dengan orang lain	Sikap lansia tentang orang lain yang dimanifestasikan dengan interaksi yang baik dalam panti dengan keluarga , petugas kesehatan dan lansia lain di panti.	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 7 pertanyaan	Tinggi jika \geq nilai mean (23) dari jawaban responden Rendah jika \leq nilai mean (23) dari jawaban responden	Ordinal

<p>2. Hubungan dengan diri sendiri</p>	<p>Sikap lansia dalam memandang dirinya (harga diri, peran, <i>body image</i>, mengenal diri) dalam kondisi perawatan di panti.</p>	<p>Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 7 pertanyaan</p>	<p>Tinggi jika \geq nilai mean (18) dari jawaban responden</p> <p>Rendah jika \leq nilai mean (18) dari jawaban responden</p>	<p>Ordinal</p>
<p>3. Hubungan dengan alam sekitar</p>	<p>Sikap lansia dalam berinteraksi dengan alam sekitar ketika dalam perawatan dipanti, seperti mengenal bahwa tempat tinggalnya bagian dari alam, mengetahui bahwa lebih mulia dibanding makhluk lain, mencintai semua yang ada dalam alam.</p>	<p>Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 7 pertanyaan</p>	<p>Tinggi jika \geq nilai mean (21,7) dari jawaban responden</p> <p>Rendah jika \leq nilai mean (21,7) dari jawaban responden</p>	<p>Ordinal</p>

<p>4. Hubungan dengan Tuhan</p>	<p>Keyakinan dan hubungan lansia dengan Tuhan dalam kondisi perawatan di panti yang dimanifestasikan dengan melakukan kegiatan keagamaan seperti berdoa, sholat, membaca kitab/buku keagamaan dan mendengarkan nasihat agama</p>	<p>Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 7 pertanyaan</p>	<p>Tinggi jika \geq nilai mean (26,7) dari jawaban responden</p> <p>Rendah jika \leq nilai mean (26,7) dari jawaban</p>	<p>Ordinal</p>
<p>Variebel <u>dependen</u>: Kesehatan jiwa lansia muslim</p>	<p>Kesehatan jiwa lansia muslim dengan karakteristik ; mempunyai harga diri yang tinggi, menilai kehidupannya berarti, menerima nilai dan keunikan orang lain, menerima dan menyesuaikan kematian pasangan, menyiapkan diri menerima datangnya kematian, melaksanakan</p>	<p>Menggunakan kuesioner C yang terdiri dari 20 pertanyaan dengan nilai</p> <p><i>Positif (+)</i> :</p> <p>1 = Tidak Pernah 2 = Jarang 3 = Sering 4 = Selalu</p>	<p>Tinggi jika $>$ nilai mean (55,25) dari jawaban responden</p> <p>Rendah jika \leq mean (55,25) dari jawaban responden</p>	<p>Ordinal</p>

	kegiatan agama secara rutin, merasa dicintai dan berarti dalam keluarga, berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan kelompok masyarakat, menyiapkan diri ditinggalkan anak yang telah mandiri	<i>negatif (-)</i> 4 = Selalu 3 = Sering 2 = Jarang 1 = Tidak Pernah		
--	---	--	--	--



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini membahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisa data.

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah menggunakan deskriptif korelasi untuk menjelaskan hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia. Variabel independen dalam penelitian ini adalah kesehatan spiritual sedangkan variabel dependennya adalah kesehatan jiwa pada lansia muslim. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu dilakukan pengambilan sampel dalam waktu bersamaan (Sugiono, 2009).

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia muslim yang dirawat di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur berjumlah 48 orang.

4.2.2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang dirawat di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur, yang merupakan total populasi (ada 40 orang lansia yang bersedia dan memenuhi kriteria penelitian).

Kriteria inklusi sampel, sebagai berikut :

- 4.2.2.1. Usia minimal 60 tahun
- 4.2.2.2. Bersedia mengikuti prosedur penelitian
- 4.2.2.3. Bebas dari ketunaan yang mengganggu komunikasi
- 4.2.2.4. Kondisi fisik memungkinkan untuk mengisi kuesioner (lansia bisa membaca dan mendengar).

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur. Panti ini dipilih sebagai tempat penelitian dengan alasan memberikan pelayanan secara terpadu atau menyeluruh baik fisik, mental, sosial dan terutama spiritual pada lansia (sesuai dengan pendekatan model holistik keperawatan). Karakteristik lansia dipanti adalah dari 66 orang yang mayoritas beragama Islam yaitu 58 orang, tingkat pendidikan minimal SMP, usia minimal 60 tahun dan rata-rata pensiunan pegawai. Uraian di atas sesuai dengan kriteria penelitian.

4.4. Waktu Penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan Maret sampai minggu terakhir Juni 2010, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Penelitian ini direncanakan mulai dari uji coba kuesioner di panti lain sampai pengumpulan data pada bulan April-Mei 2010 di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

4.5. Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip etik yang meliputi :

- 4.5.1. *Informed consent*, dimana sebelum melakukan penelitian, peneliti memberikan pengarahan kepada responden tentang penelitian yang dilakukan, untuk mengetahui tujuan penelitian secara jelas. Jika responden setuju maka diminta untuk mengisi lembar persetujuan dan

menandatanganinya dan sebaliknya jika responden tidak bersedia maka peneliti tetap menghormati hak-hak responden.

4.5.2. *Anonimity*, yaitu responden tidak perlu mengisi identitas diri (tidak mencantumkan nama responden) yang bertujuan untuk menjaga kerahasiaan responden.

4.5.3. *Privacy*, artinya bahwa identitas responden tidak diketahui oleh orang lain dan mungkin oleh peneliti sendiri sehingga responden dapat secara bebas untuk menentukan pilihan jawaban dari kuesioner tanpa takut diintimidasi oleh pihak lain. Penelitian ini tidak berdampak terhadap diri responden baik secara langsung maupun tidak langsung.

4.5.4. *Confidentiality*, yaitu informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaan oleh peneliti. Data yang sudah diperoleh oleh peneliti disimpan dan dipergunakan hanya untuk pelaporan penelitian ini.

4.6. Alat Pengumpul Data

Penelitian ini menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner yang terdiri dari 3 bagian sebagai berikut:

4.6.1. Kuesioner pertama berisi 6 (enam) pertanyaan tentang data karakteristik responden yang meliputi; jenis kelamin, usia, suku bangsa, pendidikan terakhir, lama dirawat di panti , dan frekuensi di kunjungi/mengikuti ahli agama/ustadz selama di panti.

4.6.2. Kuesioner kedua berisi 28 pertanyaan tentang kesehatan spiritual yang peneliti kembangkan dari Hasil Penelitian Gambaran Tingkat Kesehatan Spiritual Klien Rawat Inap Dewasa Rumah Sakit Islam Jakarta (Pratiwi, 2007) dan Skala Kesehatan Jiwa (Hawari, 2009).

4.6.3. Kuesioner ketiga berisi 16 pertanyaan tentang kesehatan jiwa pada lansia khususnya muslim yang peneliti kembangkan dari Loyola Generativity Scale (2008) dan Perkembangan psikososial Erickson (1986).

4.7. Uji coba instrument

4.7.1. Uji validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut (Sunyoto, 2010). Teknik korelasi yang dipakai adalah teknik korelasi *product moment*, dengan rumus :

$$r = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n\sum x^2 - (\sum x)^2\}\{n\sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Keterangan:

r = koefisien validitas item yang dicari

n = jumlah responden

x = skor yang diperoleh subjek dalam setiap item

y = skor yang diperoleh subjek dalam setiap item

Pengujian untuk menentukan signifikan atau tidak signifikan dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel untuk *degree of freedom*=n-k. jika r hitung untuk tiap r butir pertanyaan bernilai positif dan lebih besar dari r tabel (*lihat corrected item-total correlation*), maka butir pertanyaan tersebut dikatakan valid (Sunyoto, 2010).

Pengambilan data untuk uji validitas dan reliabilitas dilaksanakan sebanyak 4 kali yaitu pada tanggal 24, 25, 26, dan 29 Mei 2010 di Panti Sosial Tresna Werda Budi Mulia 1 Cipayung pada 25 lansia yang berstatus muslim. Pada uji pertama, hasil uji validitas instrumen kesehatan spiritual dari 30 item, terdapat 14 item yang nilai koefisien r kurang dari 0,230 sehingga dinyatakan tidak valid yaitu item nomor 1, 2, 4, 5, 8, 10, 15, 17, 20, 21, 24, 25, 28, dan 29 sedangkan kesehatan jiwa lansia muslim dari 20 item, terdapat 7 item yang dinyatakan tidak valid yaitu item nomor 2, 4, 5, 14, 15, 16 dan 20. Item-item yang tidak valid kemudian dimodifikasi dengan berpedoman pada referensi yang

ada melalui perbaikan redaksi pernyataannya. Kemudian dilakukan lagi pengujian dan didapat hasil valid 28 item untuk kesehatan spiritual dan 16 item untuk kesehatan jiwa yakni nilai koefisien r diatas 0,230.

4.7.2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Butir pertanyaan dikatakan reliabel atau handal apabila jawaban seseorang terhadap pertanyaan adalah konsisten. Untuk menguji reliabilitas adalah dengan menggunakan metode alfa cronbach' (α). Demsey (2002) menjelaskan bahwa reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika Alfa Cronbach > 0.60 . Hasil pengujian dengan menggunakan Alfa Cronbach didapatkan 0,822 untuk 28 item pertanyaan/pernyataan kesehatan spiritual dan 0,814 untuk 16 item pertanyaan/pernyataan kesehatan jiwa lansia.

4.8. Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner yang terdiri dari 3 bagian sebagai berikut:

- 4.8.1. Melakukan uji etik melalui komite etik di FIK UI maupun di Sasana Tresna Werdha tempat penelitian.
- 4.8.2. Mengadakan permohonan ijin penelitian kepada pihak pimpinan Sasana Tresna Werdha.
- 4.8.3. Setelah mendapatkan ijin maka selanjutnya peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada kepala bidang perawatan yang membantu dalam proses pengumpulan data penelitian.
- 4.8.4. Memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang akan dilaksanakan kepada responden.
- 4.8.5. Setelah responden memahami penjelasan yang diberikan, responden diminta persetujuannya sebagai responden dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent* sebagai buktinya.

- 4.8.6. Membagikan kuesioner kepada responden dan penjelasan cara mengisinya.
- 4.8.7. Mempersilahkan responden untuk mengisi kuesioner. selama responden mengisi instrumen peneliti mendampingi responden, bila ada pernyataan yang kurang jelas atau tidak dimengerti oleh responden maka peneliti menjelaskan kembali kepada responden.
- 4.8.8. Responden diberikan waktu untuk mengisi kuesioner selama 30 - 50 menit di dampingi peneliti dan responden diperkenankan untuk mengklarifikasi pernyataan yang kurang jelas.
- 4.8.9. Setelah kuesioner diisi lengkap, responden mengembalikan kuesioner kepada peneliti. Kuesioner yang telah dikumpulkan diperiksa kembali kelengkapannya oleh peneliti dengan melihat jawaban setiap item pernyataan.

4.9. Rencana pengolahan dan Analisa Data

4.9.1. Pengolahan data

Pengolahan data yang dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu :

- 4.9.1.1. Pemeriksaan data (*editing*), yaitu kegiatan untuk melakukan pengecekan isian kuesioner yang telah diserahkan kepada responden.
- 4.9.1.2. Pembuatan kode (*coding*), yaitu melakukan pengkodean terhadap data yang sudah diedit sebagai usaha untuk menyederhanakan data, yaitu dengan memberi tanda diangka 1 – 4 pada masing-masing kategori jawaban dari seluruh responden.
- 4.9.1.3. *Processing*, yaitu pemrosesan data yang dilakukan dengan cara mengentry data dari kuesioner dengan menggunakan perangkat komputer.
- 4.9.1.4. *Cleaning*, yaitu pengecekan kembali data yang sudah di entry dengan apakah ada kesalahan atau tidak.

4.9.2. Analisa Data

Analisis data dilakukan dengan 3 tahapan yaitu tahapan univariat, bivariat, dan multivariat.

4.9.2.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendapatkan gambaran statistik deskriptif dari masing-masing variabel. Variabel independen yaitu kesehatan spiritual pada lansia yang terdiri dari 4 sub variabel yaitu hubungan dengan orang lain, hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan alam sekitar dan hubungan dengan Tuhan. Sedangkan variabel dependen yaitu kesehatan jiwa lansia khususnya muslim dianalisis secara komposit.

4.9.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi Square* karena kedua variabelnya menggunakan skala kategori dengan tingkat kemaknaan 0,05 dan CI 95 %. Keeratan atau derajat hubungan antara kedua variabel dengan melihat nilai OR (Odds Rasio), sehingga dapat diketahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variabel.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian menyajikan data tentang karakteristik responden, kesehatan spiritual dan kesehatan jiwa lansia muslim berdasarkan hasil analisis secara univariat. Hubungan antara kesehatan spiritual berupa interaksi lansia dan orang lain, interaksi lansia dan dirinya sendiri, interaksi lansia dan alam, interaksi lansia dan Tuhan-nya dengan kesehatan jiwa lansia muslim berdasarkan analisis secara bivariat.

Data penelitian dikumpulkan pada minggu ke 2 sampai minggu ke 3 juni 2010 terhadap 40 orang responden yang memenuhi kriteria penelitian. Tempat penelitian sesuai rencana semula yaitu Sasana Tresna Werdha Jakarta Timur. Secara lengkap hasil penelitian adalah sebagai berikut :

5.1. Gambaran Responden Penelitian

Gambaran responden pada penelitian ini dapat diketahui dengan melihat pada Tabel 5.1, Tabel 5.2 dan Tabel 5.3 dimana pada Tabel 5.1 memperlihatkan distribusi berdasarkan jenis kelamin, suku bangsa, pendidikan terakhir dan frekuensi pembinaan spiritual atau frekuensi mengikuti ceramah agama. Tabel 5.2 memperlihatkan gambaran dengan rata-rata usia responden dan Tabel 5.3 memperlihatkan gambaran rata-rata lamanya responden dirawat di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

Tabel 5.1
 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Suku Bangsa,
 Pendidikan terakhir, dan Frekuensi Pembinaan
 Spiritual oleh Ustadz di Sasana Tresna Werdha KBRP
 Jakarta Timur, Juni 2010 (n = 40)

Karakteristik Responden	Jumlah (n)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
- Laki – Laki	13	32,5
- Perempuan	27	67,5
Suku bangsa		
- Minang	3	7,5
- Padang	7	17,5
- Batak	1	2,5
- Jawa	27	67,5
- Sunda	1	2,5
- Kalimantan	1	2,5
Pendidikan		
- SD	6	15
- SMP	1	2,5
- SMA	17	42,5
- PT	16	40
Frekuensi mengikuti ceramah		
- Tidak pernah	2	5
- 1 kali dalam seminggu	24	60
- 2 kali dalam seminggu	10	25
- ≥ 2 kali dalam seminggu	2	5
- Sebulan sekali	2	5

Tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa keseluruhan responden (40 orang) sebagian besar (67,5%) berjenis kelamin perempuan, sebagian besar (67,5%) bersuku bangsa Jawa, dan sebagian besar (42,5%) berpendidikan menengah (SMA). Frekuensi mengikuti pembinaan spiritual dari ustadz sebagian besar (60%) menyatakan 1 kali dalam seminggu.

Tabel 5.2
Rata-rata Usia Responden di Sasana Tresna Werdha KBRP
Jakarta Timur, Juni 2010 (n = 40)

Data	Kategori	Keterangan (tahun)
Usia responden	Termuda	61
	Tertua	90
Rata-rata		76,4

Hasil penelitian menunjukkan usia responden termuda adalah 61 tahun dan yang tertua adalah 90 tahun sedangkan rata-rata usia responden secara keseluruhan adalah 76,4 tahun.

Tabel 5.3
Rata-rata Lama Rawat Responden
di Sasana Tresna Werdha KBRP
Jakarta Timur, Juni 2010 (n = 40)

Data	Kategori	Keterangan (bulan/tahun)
Lama rawat	Minimum	2
	Maksimum	26
Rata - rata		6,16

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang dirawat terlama yaitu 26 tahun dan yang tercepat adalah 2 bulan dengan rata-rata lamanya dirawat di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur adalah 6,16 tahun.

5.2. Kesehatan Spiritual Lansia

Distribusi kesehatan spiritual responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

5.2.1. Kesehatan spiritual

Tabel 5.4
Distribusi Responden Berdasarkan Kesehatan Spiritual
di Sasana Tresna Werdha KBRP
Jakarta Timur, Juni 2010

Dimensi Kesehatan Spiritual	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tinggi	20	50,0
Rendah	20	50,0
Jumlah	40	100,0

Variabel	Obs	Mean	Std. Dev	Min	Max
Kesehatan Spiritual	40	89,4	4,722016	82	104

Kesehatan spiritual responden yang tampak pada tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa responden yang memiliki nilai kesehatan spiritual tinggi (rata-rata $\geq 89,4$) sebesar 20 orang (50%) seimbang dengan responden yang memiliki nilai kesehatan spiritual yang rendah (rata-rata $\leq 89,4$) sebesar 20 orang (50%).

5.2.2. Dimensi kesehatan spiritual

Tabel 5.5
Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Kesehatan Spiritual
di Sasana Tresna Werdha KBRP
Jakarta Timur, Juni 2010 (n = 40)

Dimensi Kesehatan Spiritual	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Interaksi Lansia Dan Orang Lain		
- Tinggi	13	32,5
- Rendah	27	67,5
Interaksi Lansia Dan Diri Sendiri		
- Tinggi	12	30,0
- Rendah	28	70,0
Interaksi Lansia Dan Alam		
- Tinggi	12	30,0
- Rendah	28	70,0
Interaksi Lansia Dan Tuhan		
- Tinggi	17	42,5
- Rendah	23	57,5

Variabel	Obs	Mean	Std. Dev	Min	Max
Interaksi lansia dan orang lain	40	23	1,811643	19	27
Interaksi lansia dan diri sendiri	40	18	1,450022	16	22
Interaksi lansia dan alam	40	21,7	1,505545	20	26
Interaksi lansia dan Tuhan	40	26,7	2,065591	23	31

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dimensi kesehatan spiritual berupa interaksi lansia dan orang lain, interaksi lansia dan diri sendiri, interaksi lansia dan alam mempunyai proporsi yang tidak berimbang. Adapun persentase masing-masing yaitu interaksi lansia dan orang lain dengan kategori tinggi (32,5%) dan yang rendah (67,5%). Interaksi lansia dengan diri sendiri dan interaksi lansia dengan alam berimbang antara responden yang mendapatkan kesehatan dengan kategori tinggi (30%) dengan responden yang mendapatkan kesehatan dengan kategori rendah (70%). Sedangkan untuk dimensi kesehatan spiritual lainnya yaitu interaksi lansia dengan Tuhan hampir berimbang yang mendapatkan kategori tinggi (42,5%) dengan kategori rendah (57,5%), dengan nilai mean (23).

5.3. Kesehatan Jiwa Lansia Muslim

Distribusi kesehatan jiwa lansia muslim dapat dilihat pada tabel 5.6 di bawah ini.

Tabel 5.6
Distribusi Responden Berdasarkan Kesehatan Jiwa
di Sasana Tresna Werdha KBRP
Jakarta Timur, Juni 2010

Dimensi Kesehatan Jiwa	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Tinggi	22	55,0
Rendah	18	45,0
Jumlah	40	100

Variabel	Obs	Mean	Std. Dev	Min	Max
Kesehatan Jiwa Lansia	40	55,25	4,093459	44	62

Kesehatan jiwa lansia muslim yang tampak pada tabel 5.6 di atas menunjukkan bahwa responden yang mempunyai kesehatan jiwa dengan kategori tinggi (rata-rata $\geq 55,25$) yaitu sebesar 22 orang (55%) lebih besar jumlah dan persentasenya dibanding dengan responden yang mempunyai kesehatan jiwa dengan kategori rendah (rata-rata $\leq 55,25$) yaitu 18 orang (45%).

Kesehatan jiwa lansia muslim pada penelitian ini diukur secara komposit. Adapun dimensi kesehatan jiwa yang diukur dengan karakteristik pada lansia yaitu meliputi mempunyai harga diri yang tinggi, menilai kehidupannya berarti, menerima nilai dan keunikan orang lain, menerima dan menyesuaikan kematian pasangan, menyiapkan diri menerima datangnya kematian, melaksanakan kegiatan agama secara rutin, merasa dicintai dan berarti dalam keluarga, berpartisipasi dalam kegiatan sosial dan kelompok masyarakat dan menyiapkan diri ditinggalkan anak yang telah mandiri.

5.4. Hubungan antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim

Hasil analisis bivariat antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwa lansia muslim dapat dilihat pada tabel 5.7 di bawah ini.

Tabel 5.7
Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Orang Lain dengan Kesehatan Jiwa di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur, Juni 2010

Interaksi Lansia Dan Orang Lain	Kesehatan Jiwa				Total		P Value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah					
	n	%	N	%	n	%		
Tinggi	5	38,5	8	61,5	13	100	0,144	0,368 (0,074 -1,736)
Rendah	17	63,0	10	37,0	27	100		
Jumlah	22	55,0	18	45,0	40	100		

Interaksi lansia dan orang lain merupakan bagian dari dimensi kesehatan spiritual yang diduga memiliki hubungan dengan kesehatan jiwa lansia muslim. Hasil penelitian (Tabel 5.7) menunjukkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dengan orang lain dengan kategori tinggi mempunyai peluang sebesar 38,5% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi. Sedangkan responden yang memiliki point interaksi dengan kategori rendah mempunyai peluang sebesar 63,0% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi.

Berdasarkan persentase tersebut dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dan orang lain dengan kategori tinggi mempunyai peluang lebih kecil memiliki kesehatan jiwa bila dibandingkan dengan responden yang memiliki interaksi dan orang lain dengan kategori rendah.

5.5. Hubungan antara interaksi lansia dan diri sendiri dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim

Hasil analisis bivariat antara interaksi lansia dan diri sendiri dengan kesehatan jiwa lansia muslim dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini.

Tabel 5.8
Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Diri Sendiri dengan Kesehatan Jiwa di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur, Juni 2010

Interaksi Lansia Dan Diri Sendiri	Kesehatan Jiwa				Total		P Value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		N	%		
	n	%	N	%				
Tinggi	7	58,3	5	41,7	12	100	0,781	1.213
Rendah	15	53,6	13	46,4	28	100		(0,252-6,106)
Jumlah	22	55,0	18	45,0	40	100		

Hubungan antara interaksi lansia dan diri sendiri dengan kesehatan jiwa lansia dapat dilihat pada tabel 5.8. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dan diri sendiri dengan kategori tinggi mempunyai peluang 58,3% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi. Sedangkan responden yang memiliki point interaksi dengan kategori rendah mempunyai peluang sebesar 53,6% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi.

Berdasarkan persentase tersebut dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dan diri sendiri dengan kategori tinggi mempunyai peluang lebih besar memiliki kesehatan jiwa bila dibandingkan dengan = 0,781 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara interaksi lansia dan diri sendiri dengan kesehatan jiwa lansia muslim.

5.6. Hubungan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim.

Hasil analisis bivariat antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa lansia muslim dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini.

Tabel 5.9
Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Alam dengan Kesehatan Jiwa di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur, Juni 2010

Interaksi Lansia dan Alam	Kesehatan Jiwa				Total		P Value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		N	%		
	N	%	N	%				
Tinggi	7	58,3	5	41,7	12	100	0,781	1,213
Rendah	15	53,6	13	46,4	28	100		(0,255- 6,106)
Jumlah	22	55,0	18	45,0	40	100		

Hubungan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa lansia dapat dilihat pada tabel 5.9. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dan alam dengan kategori tinggi mempunyai peluang 58,3% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi. Sedangkan responden yang memiliki point interaksi dengan kategori rendah mempunyai peluang sebesar 53,6% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi.

Berdasarkan persentase tersebut dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dan alam dengan kategori tinggi mempunyai peluang lebih besar memiliki kesehatan jiwa bila dibandingkan dengan responden yang memiliki point interaksi dan alam dengan kategori rendah. P Value = 0,781 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa lansia muslim.

5.7. Hubungan antara interaksi lansia dan Tuhan dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim.

Hasil analisis bivariat antara interaksi lansia dan Tuhan dengan kesehatan jiwa lansia muslim dapat dilihat pada tabel 5.10 di bawah ini.

Tabel 5.10
Distribusi Responden Berdasarkan Interaksi dan Tuhan dengan Kesehatan Jiwa di Panti Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur, Juni 2010

Interaksi Lansia dan Tuhan	Kesehatan Jiwa				Total		P Value	OR (95% CI)
	Tinggi		Rendah		n	%		
	n	%	N	%				
Tinggi	10	58,8	7	41,2	17	100	0,676	1,309
Rendah	12	52,2	11	47,8	23	100		(0,311-5,626)
Jumlah	22	55,0	18	45,0	40	100		

Interaksi lansia dan Tuhan yang merupakan bagian dari dimensi kesehatan spiritual diduga mempunyai hubungan erat dengan kesehatan jiwa lansia. Hasil penelitian (Tabel 5.10) menunjukkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dan Tuhan dengan kategori tinggi mempunyai peluang sebesar 58,8% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi. Sedangkan responden yang memiliki point interaksi dengan kategori rendah mempunyai peluang sebesar 52,2% memiliki kesehatan jiwa yang tinggi. Berdasarkan persentase tersebut dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki point interaksi dan Tuhan dengan kategori tinggi mempunyai peluang lebih besar memiliki kesehatan jiwa bila dibandingkan dengan responden yang mendapat interaksi dengan Tuhan dengan kategori rendah. Hasil uji statistik diperoleh nilai P Value = 0,676 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara interaksi lansia dan Tuhan dengan kesehatan jiwa lansia muslim.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil-hasil penelitian yang didapat dan membandingkannya dengan kajian literatur, keterbatasan penelitian serta hasil-hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan penelitian ini. Pada bagian akhir bab ini juga menyajikan implikasi penelitian untuk keperawatan. Pembahasan hasil penelitian diarahkan pada satu variabel independen dengan empat sub variabel (hubungan lansia dengan orang lain, hubungan lansia dengan diri sendiri, hubungan lansia dengan alam sekitar dan hubungan lansia dengan Tuhan) dalam hubungannya dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha Karya Bhakti Ria Pembangunan Jakarta Timur.

6.1. Interpretasi dan Diskusi hasil

Interpretasi hasil penelitian dimulai dari pembahasan hasil analisa univariat variabel dependen dan independen, dilanjutkan pembahasan hasil analisa bivariat yaitu hubungan variabel independen dengan variabel dependen.

6.1.1. Gambaran kesehatan spiritual pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

Pelayanan di Sasana Tresna Werdha KBRP bertujuan untuk membantu para lanjut usia agar dapat mempertahankan identitas kepribadian mereka, memberikan jaminan hidup secara wajar baik jasmaniah maupun rohaniah. Juga dapat memberikan kesempatan pada lansia untuk ikut menikmati hari tuanya dengan penuh rasa aman dan tentram tanpa tekanan batin, bahkan mendapat perhatian dari pemerintah maupun masyarakat. Salah satu kegiatan yang diberikan pada lansia yakni pembinaan kesehatan spiritual.

Hasil penelitian mengenai gambaran kesehatan spiritual responden menunjukkan bahwa responden yang berada dalam tingkat kesehatan spiritual yang seimbang, yaitu sebesar 50 % responden dengan tingkatan tinggi dan 50 % responden berada dalam tingkatan rendah.

Hal ini sama dengan pernyataan Fowler (1981 dalam Kozier , 2004) yang menyatakan bahwa kesehatan spiritual dapat ada, baik pada orang yang beragama maupun orang yang tidak beragama. Kesehatan spiritual memberikan makna hidup, memberikan kekuatan pada saat individu mengalami kesulitan dalam kehidupannya. Untuk yang sedang sakit, kesehatan spiritual (terhadap Tuhan, Allah, atau lainnya) dapat memberikan kekuatan atau harapan.

Dengan demikian, hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti hampir sama dengan pernyataan Hakim (2003 dalam Iriani, 2009) bahwa secara fisik lanjut usia pasti mengalami penurunan tetapi pada aktivitas yang berkaitan dengan agama justru mengalami peningkatan, artinya perhatian mereka terhadap agama semakin meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Lanjut usia lebih percaya bahwa agama dapat memberikan jalan bagi pemecahan masalah kehidupan, agama juga berfungsi sebagai pembimbing dalam kehidupannya, menentramkan batinnya.

Menurut asumsi peneliti, tingkat kesehatan spiritual dengan kategori tinggi yang mencapai 50% kemungkinan dapat dipengaruhi oleh data demografi responden yang terkait dengan frekuensi mengikuti pengajian selama dirawat di Sasana Tresna Werdha. Keseluruhan responden adalah beragama Islam. Konsep Islam dalam menghadapi masa lanjut usia bahwa pertarungan maut itu berada di antara usia enam puluh tahun hingga tujuh puluh tahun.

Al-Hadist yang merupakan salah satu pedoman hidup setiap muslim menghubungkan konsep ini yaitu diriwayatkan oleh Ahmad, "*Maukah kalian aku tunjukkan orang yang terbaik di antara kalian?*" "*Mau, wahai Rosulullah!*", jawab mereka. Beliau bersabda, "*Yang terbaik di antara kalian adalah yang paling panjang usianya dan terbaik amalnya*" (Da'jam, 2008). Islam juga menyarankan kepada setiap

muslim untuk memperbaiki kesehatan spiritualnya dengan mencari ilmu sebagai kewajiban atas setiap orang muslim (Qudamah, 2008).

Hasil yang lebih menonjol dari keempat sub variabel kesehatan spiritual adalah interaksi dengan Tuhan, dimana responden yang berada dalam tingkat interaksi tinggi dengan Tuhan (42,5%). Penelitian yang menunjukkan tingkat hubungan yang tinggi dengan Tuhan dijelaskan oleh Hawari (1997 dalam Iriani, 2009) yang menyatakan bahwa lansia yang religius lebih tabah dan tenang menghadapi saat-saat terakhir (kematian) dari pada yang non religius.

Kegiatan rohani keagamaan dalam bentuk pengajian dilaksanakan setiap hari senin dan jumat. Berdasarkan data dari hasil penelitian, pembinaan spiritual oleh ustadz di Sasana Tresna Werdha didapatkan 24 orang (60%) menyatakan ikut pengajian 1 kali dalam seminggu dan 10 orang (25%) menyatakan ikut 2 kali dalam seminggu, namun pada pelaksanaannya tidak sesuai dengan yang ada pada data yang tersebut diatas dimana yang ikut hanya sebagian kecil dari total responden. Menurut asumsi peneliti, data hasil penelitian di atas dapat berpengaruh terhadap kesehatan spiritual responden yaitu interaksi atau hubungan yang rendah dengan Tuhan (57,5%).

6.1.2. Gambaran kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur merupakan tempat pengabdian pada sesama dengan memberikan pelayanan secara terpadu dan menyeluruh baik fisik, mental, sosial maupun spiritual pada lansia. Secara umum kondisi fisik seseorang yang telah memasuki masa lanjut usia mengalami penurunan. Hal ini dapat dilihat dari beberapa perubahan antara lain perubahan penampilan pada bagian wajah, tangan, kulit dan sebagainya. Penurunan kondisi fisik lanjut usia berpengaruh pada kondisi kejiwaan. Dengan berubahnya penampilan,

menurunnya fungsi panca indera menyebabkan lanjut usia merasa rendah diri, mudah tersinggung, dan merasa tidak berguna lagi.

Hasil penelitian mengenai kesehatan jiwa lansia muslim menunjukkan bahwa mayoritas responden berada dalam tingkat kesehatan jiwa yang tinggi yaitu sebesar 22 orang (55 %). Tingkat kesehatan jiwa lansia muslim yang mayoritas tinggi kemungkinan dipengaruhi oleh data demografi responden yang terkait dengan tingkat pendidikan dan frekuensi mengikuti ceramah agama seperti yang telah dibahas pada bab sebelumnya. Sururin (2004) mengatakan bahwa unsur penting yang membantu pertumbuhan dan perkembangan kejiwaan adalah iman yang direalisasikan dalam bentuk ajaran agama. Seringkali musibah yang sangat serius dapat mengguncangkan seseorang, dan kegoncangan tersebut seringkali memunculkan kesadaran, khususnya kesadaran keberagamaan.

Peran agama sebagai mediator untuk membantu meningkatkan kesehatan mental sebagaimana yang dinyatakan oleh ahli psikologi dan psikiatri C.G Jung (dalam Al-Isawi, 2005) yang menganggap bahwa agama adalah sarana yang ampuh dan alat yang manjur untuk menyembuhkan manusia dari penyakit neurosis. Pendapat ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hawari (1997 dalam Iriani, 2009) bahwa lanjut usia yang religius lebih kuat dan tabah menghadapi stres dari pada yang nonreligius, sehingga gangguan mental emosional jauh lebih sedikit.

Pendidikan responden yang memadai juga mempengaruhi kesehatan jiwa yang tinggi atau lebih baik. Hurlock (1980), menyatakan bahwa secara umum mereka yang mempunyai pengalaman intelektual yang lebih tinggi secara relatif penurunan dalam efisiensi kesehatan jiwa kurang dibanding mereka yang pengalaman intelektualnya rendah. Hal ini dapat dijelaskan bahwa lansia yang mempunyai tingkat pendidikan

yang memadai akan lebih mudah memperoleh dan memahami informasi tentang Kesehatan Jiwa, sehingga akan semakin cepat dan mudah untuk mencari alternatif solusi untuk mengatasi berbagai masalah yang dialaminya. Jadi menurut asumsi peneliti, tingkat kesehatan jiwa lansia muslim yang mayoritas tinggi dapat dipengaruhi oleh data demografi responden yang terkait dengan tingkat pendidikan dan frekuensi mengikuti ceramah agama.

6.1.3. Hubungan antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwa lansia muslim.

Setiap lansia membutuhkan kesehatan spiritual termasuk didalamnya adalah interaksi dengan orang lain. Interaksi lansia dan orang lain dimanifestasikan dengan berbagi waktu, pengetahuan dan saling menolong dengan orang lain dan membalas perbuatan baik orang lain. Hasil analisis univariat terhadap interaksi lansia dengan orang lain didapatkan bahwa dari 40 orang responden yang memiliki interaksi dengan kategori tinggi atau baik sebanyak 13 orang dan 27 orang responden lainnya memiliki interaksi dengan kategori rendah atau tidak baik. Hal ini berarti 67,5 % responden memiliki interaksi dengan orang lain yang belum sesuai harapan.

Responden pada penelitian ini, sebagian besar masih mandiri, bisa membersihkan tempat tidurnya sendiri, masih bisa berjalan tanpa alat bantu, bisa makan sendiri, berpakaian sendiri dan membersihkan badan sendiri. Hal ini yang membuat mereka jarang untuk saling meminta bantuan dan pada akhirnya jarang berkomunikasi. Responden yang memiliki interaksi dengan orang lain yang rendah perlu mendapatkan perhatian karena hal ini dapat menimbulkan berbagai dampak terhadap kesehatan jiwanya seperti halusinasi, kerusakan komunikasi verbal dan isolasi sosial.

Interaksi dengan orang lain yang dilakukan oleh lansia diprediksi berhubungan dengan kesehatan jiwanya. Hasil analisis bivariat terhadap hubungan antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwa menunjukkan bahwa dari 13 orang responden yang memiliki interaksi dengan orang lain tinggi, hanya 5 orang (38,5%) yang memiliki kesehatan jiwa tinggi atau baik. Sedangkan dari 27 orang responden yang memiliki interaksi dengan orang lain rendah, justru menunjukkan persentase yang lebih besar yaitu sebesar 63 % memiliki kesehatan jiwa yang tinggi. Bila dilihat dari persentasenya, maka kesehatan jiwa yang tinggi lebih banyak didapatkan pada responden yang memiliki interaksi dan orang lain dengan kategori rendah. Meskipun hasil penelitian diperoleh nilai P value $> 0,05$ ($P = 0,144$) yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwanya.

Fitria (2004), mengatakan bahwa seorang lansia mengalami penurunan fisik, psikologik, maupun sosial yang saling berkaitan dan mempunyai potensi menimbulkan masalah kejiwaan, penurunan fungsi kognitif dan psikomotorik akan berpengaruh pada aspek psikososial yang berkaitan dengan kepribadian lansia. Perkembangan kepribadian itu bersifat dinamis artinya selama individu masih tetap belajar maka akan bertambah pengetahuan, pengalaman serta keterampilannya, sehingga ia akan semakin matang dan mantap yang salah satunya diperoleh dari berbagi dengan orang lain.

Di lain pihak selama peneliti berada di Sasana Tresna Werdha, interaksi yang sering pada sesama penghuni justru memicu terjadinya konflik seperti pada lansia yang merasa kedudukannya lebih tinggi dari penghuni lain, merasa lebih berilmu dan sebagainya. Hal ini bisa saja mempengaruhi kesehatan jiwa mereka.

Az-Zahrani (2005) justru sebaliknya mengatakan bahwa interaksi dan orang lain dengan kesehatan jiwa dapat dilihat dari hubungan individu dengan sesamanya yaitu selalu mencoba berinteraksi dengan sebaik-baiknya dengan menyayangi dan mencintainya, selalu siap saling membantu dalam setiap kebutuhan yang mereka butuhkan.

Menurut asumsi peneliti interaksi lansia dan orang lain yang rendah justru kesehatan jiwanya tinggi karena pada lanjut usia biasanya terjadi konflik atau ketersinggungan pada saat berkomunikasi dan akhirnya cenderung untuk berhati-hati dalam berbicara/berkomunikasi.

6.1.4. Hubungan antara interaksi lansia dan diri sendiri dengan kesehatan jiwa lansia muslim.

Berbeda dengan dimensi kesehatan spiritual sebelumnya, hasil analisis univariat terhadap interaksi lansia dengan diri sendiri didapatkan bahwa sebagian kecil (30%) responden memiliki interaksi dengan kategori tinggi atau baik. Sedangkan selebihnya (70%) memiliki interaksi dengan kategori rendah atau tidak baik. Sebagaimana kita ketahui, meskipun manusia sebagai makhluk sosial, dia juga membutuhkan waktu untuk dirinya sendiri dalam kehidupannya yang berguna bagi kebutuhan integritas diri.

Kebutuhan integritas dipengaruhi oleh kepribadian, seseorang dengan kepribadian introvert akan mempunyai kecenderungan penurunan kebutuhan interaksi dibandingkan seseorang dengan kepribadian ekstrovert. Sebagaimana Stuart dan Sundeen (1995) mengatakan bahwa seseorang dengan kepribadian terbuka (ekstrovert) akan lebih membutuhkan perhatian dari orang lain atau lingkungan sekitarnya dibandingkan seseorang dengan kepribadian tertutup (introvert). Responden pada penelitian ini menunjukkan bahwa mereka jarang berinteraksi (lebih sering berada di kamar masing-masing), hal ini dapat berpengaruh terhadap konsep diri responden karena tidak adanya

interaksi untuk saling berbagi pengetahuan dan pengalaman yang mereka miliki.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa dari 12 orang responden yang memiliki interaksi dengan diri sendiri tinggi, ada 7 orang (58,3%) yang menyatakan kesehatan jiwanya tinggi (baik). Sedangkan dari 28 orang responden yang memiliki interaksi dengan diri sendiri rendah, ternyata ada 15 orang (53,6 %) diantaranya yang juga menyatakan kesehatan jiwanya tinggi atau baik. Bila dilihat dari persentase ini, responden yang memiliki interaksi yang tinggi dengan diri sendiri atau baik mempunyai peluang lebih besar untuk memiliki kesehatan jiwa yang tinggi dari pada responden yang memiliki interaksi dengan diri sendiri rendah. Hasil uji statistik menunjukkan nilai P value yang diperoleh $> 0,05$ ($P = 0,781$), yang berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara interaksi lansia dan diri sendiri dengan kesehatan jiwa lansia.

Penurunan kondisi fisik lansia berpengaruh terhadap kondisi psikis, dengan berubahnya penampilan, menurunnya fungsi panca indera menyebabkan lanjut usia merasa rendah diri, mudah tersinggung dan merasa tidak berguna lagi. Gangguan kejiwaan yang paling berbahaya adalah sikap mereka yang tidak ingin terlibat secara sosial. Sikap ini akan membuat mereka mudah curiga terhadap orang lain, atau menuntut perhatian yang berlebihan atau mengasingkan diri dengan munculnya rasa tidak berguna dan rasa murung, rendah diri, bahkan juga mungkin akan menjadi sangat apatis (Depkes, 2000). Adapun masalah kesehatan atau keperawatan yang dapat dialami oleh responden yang memiliki interaksi dengan diri sendiri rendah sesuai dengan data yang di atas (53,6 %) seperti harga diri rendah, gangguan citra tubuh dan defisit perawatan diri.

Az-Zahrani (2005), menyatakan bahwa hubungan individu kepada dirinya sendiri dapat dilihat dengan mengenal dirinya, kodratnya dan juga kemampuannya hingga ia bisa menyeimbangkan segala ambisinya sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Ia pun akan berusaha selalu dalam mengaktualisasikan dirinya hingga ia mampu menjadi manusia yang sempurna.

6.1.5. Hubungan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa lansia muslim.

Setiap lansia membutuhkan kesehatan spiritual, termasuk di dalamnya adalah interaksi dengan alam. Interaksi lansia dengan alam dimanifestasikan melalui harmonisasi dengan alam, hidup bersama dengan alam seperti berkebun, berjalan dan memelihara alam (Burkhardt, 1998 dalam Pratiwi, 2007). Hasil analisis univariat terhadap interaksi lansia dengan alam didapatkan bahwa dari 40 orang responden ada 12 orang yang mempunyai kategori tinggi interaksinya dengan alam dan 28 orang responden lainnya mempunyai kategori rendah interaksinya dengan alam. Berarti ada 70 % responden mendapatkan interaksi dengan alam yang belum sesuai harapan.

Responden pada penelitian ini sebagian besar waktunya dihabiskan di kamar masing-masing kecuali bila ada kegiatan-kegiatan di Sasana Tresna Werdha yang memerlukan kehadiran bersama seperti angklung, senam, relaksasi dan pembinaan mental/spiritual hal ini sangat berdampak pada hubungannya dengan alam.

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa responden memiliki hubungan dengan alam dijelaskan oleh Mauk dan Schmidt (2002 dalam Pratiwi, 2007) yang menyatakan bahwa keterkaitan dengan alam dapat diasosiasikan dengan spiritualitas “siapa yang tidak pernah terinspirasi oleh keindahan alam ?” seseorang dapat merasakan pengalaman yang menakjubkan melalui hubungan dengan alam,

bersama alam dapat membuat seseorang berfikir tentang dirinya. Hubungan dengan alam ini dapat dimanifestasikan dalam berbagai cara sebagai contoh, bagi penduduk Amerika, spiritualitas dirasakan nyata melalui hubungan mereka dengan hewan peliharaannya (Johnson & Meadows, 2002 dalam Pratiwi, 2007).

Interaksi dengan alam yang dilakukan lansia diprediksi berhubungan dengan kesehatan jiwanya. Hasil analisis bivariat terhadap hubungan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa menunjukkan bahwa dari 12 orang responden yang memiliki interaksi dengan alam tinggi, hanya 7 orang (58,7 %) yang memiliki kesehatan jiwa yang tinggi. Sedangkan dari 28 orang responden yang memiliki interaksi dengan alam rendah, ada 15 orang yang menunjukkan persentase kesehatan jiwa yang tinggi sebesar 53,6 %. Bila dilihat dari persentasenya, maka kesehatan jiwa yang tinggi lebih banyak didapatkan pada responden yang memiliki kategori tinggi interaksinya dengan alam.

Hasil penelitian diperoleh nilai P value $> 0,05$ ($P = 0,781$), hal ini berarti tidak ada hubungan yang bermakna antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa lansia. Hasil ini tidak sesuai dengan pernyataan Murray dan Zenter, 1997 dalam Koziar dkk (2004) yaitu dimensi spiritual seseorang dapat diwujudkan dengan mencoba harmonis dengan alam sekitar, menjawab pertanyaan yang berasal dari diri sendiri, dan terutama untuk dapat menghadirkan kekuatan dan fokus ketika seseorang menghadapi situasi emosional, stres, penyakit fisik atau kematian.

Hubungan dengan alam bagi lanjut usia di Sasana Tresna Werdha seharusnya bagian yang tidak terpinggirkan dan menjadi bagian dari pelayanan Sasana Tresna Werdha maupun intervensi keperawatan. Fasilitas di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur yang memiliki

taman, halaman luas untuk berkebun merupakan komponen utama yang seharusnya dapat dimaksimalkan. Petugas sosial dan perawat memegang peranan penting dalam memenuhi kebutuhan lanjut usia untuk dapat berhubungan dengan alam. Perawat dapat menyarankan lanjut usia untuk berjalan-jalan atau duduk di halaman bagi lansia yang kondisinya memungkinkan, atau membantu mobilisasi lansia bagi yang kondisinya secara keseluruhan baik tapi masih sulit mobilisasi untuk dapat menikmati suasana alam di Sasana Tresna Werdha tersebut.

6.1.6. Hubungan antara interaksi lansia dan Tuhan dengan kesehatan jiwa lansia muslim.

Kesehatan spiritual meliputi hubungan dengan Tuhan dilihat dari religius atau tidak religiusnya seseorang yang dimanifestasikan dengan berdo'a, mempelajari agama, bersatu dengan alam, berpartisipasi dalam komunitas keagamaan / tempat ibadah (Mauk & Schmidt, 2004). Interaksi lansia dengan Tuhan sebagai salah satu dimensi kesehatan spiritual diduga juga berhubungan erat dengan kesehatan jiwa lansia.

Berdasarkan hasil analisis secara univariat, terlihat bahwa dari 40 orang responden, 17 orang (42,5 %) menyatakan memiliki interaksi dengan Tuhan tinggi atau baik dan 23 orang (57,5 %) orang lainnya menyatakan memiliki interaksi dengan Tuhan rendah. Dari persentase ini, responden yang memiliki interaksi dengan Tuhan tinggi, hampir sebanyak dari responden yang memiliki interaksi dengan Tuhan rendah.

Hasil analisis bivariat, bahwa responden yang memiliki interaksi dengan Tuhan tinggi mempunyai peluang 58,8 % memiliki kesehatan jiwa tinggi dibandingkan responden yang interaksi dengan Tuhan rendah, yaitu 52,2%. Berdasarkan persentasenya, responden yang

memiliki interaksi dengan Tuhan tinggi akan lebih berpeluang memiliki kesehatan jiwa yang tinggi dibandingkan dengan responden yang memiliki interaksi dengan Tuhan rendah.

Uji statistik dengan tabel silang menghasilkan nilai P value = 0,676, berarti pada $\alpha = 0,05$, tidak terdapat hubungan yang bermakna antara interaksi dan Tuhan dengan kesehatan jiwa lansia. Keeratan hubungan antara interaksi lansia dan Tuhan dengan kesehatan jiwa terlihat dari nilai OR = 1,309 (95% CI = 0,311-5,626), artinya responden yang memiliki interaksi dengan Tuhan tinggi berpeluang sebesar 1,309 kali memiliki kesehatan jiwa yang tinggi bila dibandingkan dengan responden yang memiliki interaksi dengan Tuhan rendah.

Lanjut usia pada saat mengalami stres akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. Dalam perkembangan selanjutnya ternyata dampak stres ini tidak hanya mengenai gangguan fungsional hingga kelainan organ tubuh, tetapi juga berdampak pada bidang kejiwaan (psikologik/psikiatrik) yaitu depresi (Hamid, 1999). Hal ini didukung oleh pernyataan Rahmat (2003), bahwa penggunaan agama sebagai perilaku coping berkaitan dengan harga diri yang lebih tinggi dan depresi yang lebih rendah.

Kebutuhan spiritual (keagamaan) dapat memberikan ketenangan batiniah. Hal ini ditunjukkan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hawari (1997), bahwa lanjut usia yang religius lebih kebal dan tenang menghadapi operasi, penyembuhan penyakitnya lebih cepat, lebih kuat dan tabah menghadapi stres, tabah dan tenang menghadapi saat-saat terakhir (kematian) dibandingkan yang non religius sehingga gangguan mental emosional jauh lebih kecil.

Beberapa penelitian juga menunjukkan adanya hubungan positif antara agama dan kesehatan jiwa lanjut usia, yaitu penelitian yang dilakukan oleh Koenig, Goerge dan Segler yang menunjukkan bahwa strategi menghadapi masalah yang tersering dilakukan oleh 100 responden berusia 55 – 80 tahun terhadap peristiwa yang paling menimbulkan stres adalah berhubungan dengan agama dan kegiatan religius yang dinyatakan oleh Saadah (2003 dalam Iriani, 2009).

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kehidupan spiritual pada lanjut usia dapat memberi ketenangan batiniah. Kesehatan spiritual yang berhubungan dengan Tuhan berpengaruh besar pada kesehatan mental dan kesehatan fisik sehingga seorang lanjut usia mampu mengatasi perubahan atau stres yang terjadi dalam hidupnya dan dalam menghadapi kematian. Dengan spiritualitas yang berhubungan dengan Tuhan, lanjut usia lebih dapat menerima segala perubahan yang terjadi dalam dirinya dengan pasrah kepada Allah SWT, yang tercermin melalui kehidupan yang bermanfaat bagi dirinya dan dalam menghadapi suatu masalah (koping) dengan lingkungannya.

Menurut asumsi peneliti, seorang muslim yang hakiki tidak akan mengalami gangguan jiwa. Al-Isawi(2005), menyatakan bahwa orang yang beriman dan hati mereka menjadi tenang dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingat Allah-lah hati menjadi tenang (Al-Qur'an surat Ar-Ra'd : 28). Semakin tenang atau tenang jiwa seseorang, maka semakin jauhlah ia dari berbagai penyakit kejiwaan. Asumsi tersebut di atas bisa tidak berlaku pada orang yang mengalami gangguan jiwa karena faktor biologis dan psikososial.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa dalam pelaksanaan penelitian tentu menemukan keterbatasan yang dapat mempengaruhi hasil penelitian, diantaranya adalah :

6.2.2. Keterbatasan instrumen

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat berupa kuesioner yang peneliti modifikasi dari instrumen yang sudah ada dari peneliti sebelumnya maupun dari negara barat. Sedangkan penelitian dilakukan untuk Lansia di negara timur yang mempunyai sosial budaya, bahkan persepsi terhadap kesehatan spiritual dan kesehatan jiwa yang berbeda. Kelemahan lain adalah proses pembuatan kuesioner yang mungkin masih banyak kekurangan karena peneliti belum terlalu berpengalaman dalam pembuatan kuesioner penelitian.

6.2.3. Keterbatasan dalam pengumpulan data

Pengisian kuesioner oleh responden dilakukan beberapa hari dengan melihat kondisi yang mereka alami. Kondisi tersebut dapat memungkinkan terjadi diskusi antar responden, sehingga dalam memberikan jawaban mungkin dapat terpengaruh oleh responden lainnya.

Disamping itu, kuesioner yang digunakan untuk mengukur kesehatan spiritual seluruhnya berbentuk positif (*favorable*) setelah dilakukan uji coba instrumen sehingga akan mempengaruhi responden dalam menjawab dan dihasilkan data yang tidak sesuai. Untuk menghindari hal tersebut sebaiknya kuesioner berbentuk gabungan antara positif dan negatif (*favorable and unfavorable*).

6.2.4. Keterbatasan dalam kerangka konsep

Dalam kerangka konsep penelitian ini, tidak dicantumkan *counfounding variable* sehingga penelitian ini tidak dapat melihat variabel-variabel lain yang juga bisa memberikan pengaruh.

6.3. Implikasi Terhadap Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan kesehatan spiritual yaitu pada interaksi lansia dengan diri sendiri, alam, dan Tuhan terhadap kesehatan jiwa lansia muslim di Sasana Tresna Werdha Karya Bhakti Ria Pembangunan Jakarta Timur. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap :

6.3.1. Pelayanan Keperawatan di Sasana Tresna Werdha

Perawat yang bekerja di Sasana Tresna Werdha atau Panti Jompo dapat membantu pemenuhan kesehatan spiritual lansia terutama yang berkaitan dengan interaksi dan Tuhan terhadap kesehatan jiwa mereka. hal ini dapat dilakukan dengan catatan mereka telah mendapatkan pelatihan terlebih dahulu agar dapat terlaksana dengan penuh profesionalitas.

6.3.2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan hubungan kesehatan spiritual terutama interaksi dengan Tuhan terhadap kesehatan jiwa lansia. Penelitian ini merupakan pembuktian bahwa pemenuhan kesehatan atau intervensi spiritual sebagai salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada klien termasuk lansia yang mengalami masalah kesehatan jiwa. Penelitian ini memberi implikasi bagi institusi pendidikan untuk dapat memasukkan program keperawatan atau kesehatan spiritual dalam kurikulum pendidikan dan sebagai salah satu kompetensi yang perlu dimiliki oleh perawat spesialis jiwa.

6.3.3. Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data untuk mengembangkan penelitian selanjutnya. Penelitian ini masih terbatas pada tatanan komunitas, oleh karena itu agar dapat dilakukan dan diulang pada beberapa tempat dengan masalah yang sama ataupun yang berbeda seperti pada masalah keputusan dan ketidakberdayaan. Penelitian kualitatif juga diperlukan untuk meneliti lebih jauh hubungan kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa. Selain itu, hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai data awal untuk melakukan penelitian yang lebih lanjut.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. SIMPULAN

Penelitian tentang hubungan antara kesehatan spiritual dengan kesehatan jiwa pada lansia muslim di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur ini dihadapkan pada beberapa keterbatasan terutama pada instrumen dan dalam pengumpulan data. Hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut :

- 7.1.1. Kesehatan spiritual yang secara umum dari lansia berimbang antara yang tinggi dengan yang rendah.
- 7.1.2. Kesehatan jiwa lansia lebih banyak dengan kategori tinggi dibandingkan dengan kategori yang rendah.
- 7.1.3. Tidak ada hubungan antara interaksi lansia dan orang lain dengan kesehatan jiwa lansia muslim di Sasana Tresna Werdha Jakarta Timur. Namun demikian interaksi dengan orang lain adalah salah satu yang dapat diintervensi untuk dapat meningkatkan kesehatan jiwa lansia muslim.
- 7.1.4. Tidak ada hubungan antara interaksi lansia dan diri sendiri dengan kesehatan jiwa lansia muslim di Sasana Tresna Werdha Jakarta Timur. Namun demikian didapatkan interaksi lansia dan diri sendiri dengan kategori tinggi menunjukkan kecenderungan atau berpeluang memiliki kesehatan jiwa yang tinggi.
- 7.1.5. Tidak ada hubungan antara interaksi lansia dan alam dengan kesehatan jiwa lansia muslim di Sasana Tresna Werdha Jakarta Timur. Namun demikian didapatkan interaksi lansia dan alam dengan kategori tinggi menunjukkan kecenderungan atau berpeluang memiliki kesehatan jiwa yang tinggi.
- 7.1.6. Tidak ada hubungan antara interaksi lansia dan Tuhan dengan kesehatan jiwa lansia muslim STW Jakarta Timur. Namun demikian didapatkan interaksi lansia dengan Tuhan tinggi menunjukkan kecenderungan/berpeluang memiliki kesehatan jiwa yang tinggi.

7.2. SARAN

7.2.1. Bagi Sasana Tresna Werdha

Pihak Sasana Tresna Werdha agar lebih memfasilitasi kesehatan spiritual responden, tidak hanya dengan menghadirkan pembimbing rohani (ustadz) tetapi juga dengan interaksi responden dengan orang lain seperti petugas kesehatan atau keluarga yang menjeguk, dan interaksi dengan alam yaitu dengan lebih memperhatikan mobilisasi responden di luar ruangan jika memungkinkan. Hal ini diharapkan dapat memberikan dampak yang positif bagi kesehatan jiwa responden.

7.2.2. Bagi pelayanan kesehatan jiwa

Sumber spiritual klien termasuk lansia, hendaknya bukan hanya berasal dari pembimbing rohani (ustadz). Petugas kesehatan termasuk perawat spesialis jiwa juga dapat memfasilitasi kebutuhan kesehatan spiritual lansia. Berbagai cara dapat dilakukan untuk membantu lansia dalam menjalankan ritual agamanya seperti beribadah, berdoa, menghubungi ahli agama untuk meminta bantuan, memahami keadaan yang terjadi dan memberikan harapan. Berinteraksi secara baik dengan lansia, membantu dalam memahami lansia, membantu dalam menerima kondisinya dan membantu lansia mobilisasi dalam menikmati lingkungan.

7.2.3. Bagi peneliti

Aspek spiritual khususnya yang terkait keperawatan spiritual belum menjadi perhatian banyak peneliti, oleh karena itu :

7.2.3.1. Perlu dikembangkan instrumen pengukuran variabel persepsi tentang kesehatan spiritual dengan bahasa yang mudah dimengerti, sehingga dapat digunakan pada semua orang. Selain itu perlu dikembangkan instrumen untuk mengumpulkan data variabel kesehatan jiwa untuk semua umur dengan menggunakan kuesioner lembar observasi atau wawancara. Kuesioner juga perlu dirancang sedemikian rupa dengan tetap mengkombinasikan antara pertanyaan/ Pernyataan positif dan negatif (favorable and unfavorable).

7.2.3.2. Untuk penelitian lebih lanjut, diperlukan penelitian yang serupa dengan melakukan seleksi sampel yang lebih baik terutama aspek homogenitas, serta variabel lain yang dapat mempengaruhi kesehatan spiritual dan kesehatan jiwa.

7.2.4. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan keperawatan diharapkan untuk dapat memasukkan dalam kurikulum tentang kesehatan spiritual dalam mata ajar. Terutama kaitannya dengan keperawatan jiwa. Hal ini sangat membantu peserta didik pada saat memasuki dunia klinik dalam berinteraksi dengan klien, sehingga intervensi keperawatan yang diberikan dapat mencapai asuhan keperawatan yang holistik.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Our'anul karim & Terjemahnya (2005). Bandung: PT Syaamil Cipta Media.
- Al-Isawi, A. M. (2005). *Islam Dan Kesehatan Jiwa*. Jakarta Timur : Pustaka Al-Kautsar.
- Anandarajah. (2001). Spiritual and Medical Practice: Using the Hope question as practical tool for spiritual assessment. <http://Aafg.org/afp/20010101/81> html. diperoleh tanggal 18 April 2010.
- Az-Zahrani, M. S. (2005). *Konseling Terapi*. Depok. Jakarta : Gema Insani.
- Badan penelitian dan pengembangan kesehatan DepkesRI. (2008). Riset Kesehatan Dasar 2007.[http://www.Riset Kesehatan Dasar 2007](http://www.RisetKesehatanDasar2007). Pdf diperoleh tanggal 27 April 2010.
- Brooker, C. (1996). *The Nurse is Pocket Dictionary* (31thed) : Times Mirror International Publisher limited.
- Budiarto, E. (2004). *Metodologi Penelitian Kedokteran Sebuah Pengantar*. Jakarta : EGC.
- Cicik, L.M.S. (2006). *Apa Kata Toma Tentang Lanjut Usia* : Warta Demografi Tahun 36 No.3.
- Clark. (2008). Nurses Attitudes and Barries Toward Spirituality When Caring For Terminally Ill Patienns. <http://proquestumi.com/pgdweb>. diperoleh pada April 2010.
- CMHN. (2005). Modul *Basic Course Community Mental Health Nursing*. Jakarta : WHO & FIK UI.
- Da' jam, A. S. (2008). *Misteri Umur 60 Menyibak Pernak-Pernik Usia Kritis Di Ambang Maut*. Solo : Wacana Ilmiah Press.
- Darmojo, B. (2009). *Buku Ajar Boedhi Darmojo Geriatri Ilmu Kesehatan Usia lanjut*. Jakarta : Balai penerbit FKUI.
- Dempsey, P.A & Dempsey, A.D. (2002). *Riset Keperawatan : buku ajar & latihan*. Alih bahasa : Palupi Widyastuti. Edisi 4. Jakarta:EGC

Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa, (2008). *Pedoman Kesehatan Jiwa Menghadapi dan Menjalani Masa Pensiun PNS*. Pegangan Bagi Petugas Kesehatan : Departemen Kesehatan RI.

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, (2001). *Pedoman Pembinaan Kesehatan Jiwa Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan* : Departemen Kesehatan & Kesejahteraan Sosial RI.

Erikson's psychosocial development theory.
http://www.businessballs.com/erik_erikson_psychosocial_theory.htm
diperoleh tgl 18 April 2010.

Fitria, F. (2004). *Teritorialiti, Deteritorialisasi, Reteritorialisasi Kajian Perilaku Lansia Peghuni Sasana Tresna Werdha Karya Bhakti Ria Pembangunan, Cibubur Jakarta Timur*. Tesis UI.

Hamid, A.Y. S.(2009). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Hardywinoto & Setiabudi, T. (1999). *Panduan Gerontologi Tinjauan dari Berbagai Aspek*. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka.

Hasto, S.P. (2007). *Basic Data Analysis for Health Training*. Tidak dipublikasikan. Depok : FKM-UI.

Hawari, D. (2005). *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi*. Jakarta: Balai penerbit FK UI.

Hawari, D. (2006). *IQ, EQ, CQ & SQ Kriteria Sumber Daya Manusia (Pemimpin) Berkualitas*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Hawari, D. (2009). *Dimensi Kesehatan Jiwa dalam Rukun Iman dan Rukun Islam*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Hawari, D. (2009). *Psikometri Alat Ukur (Skala) Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

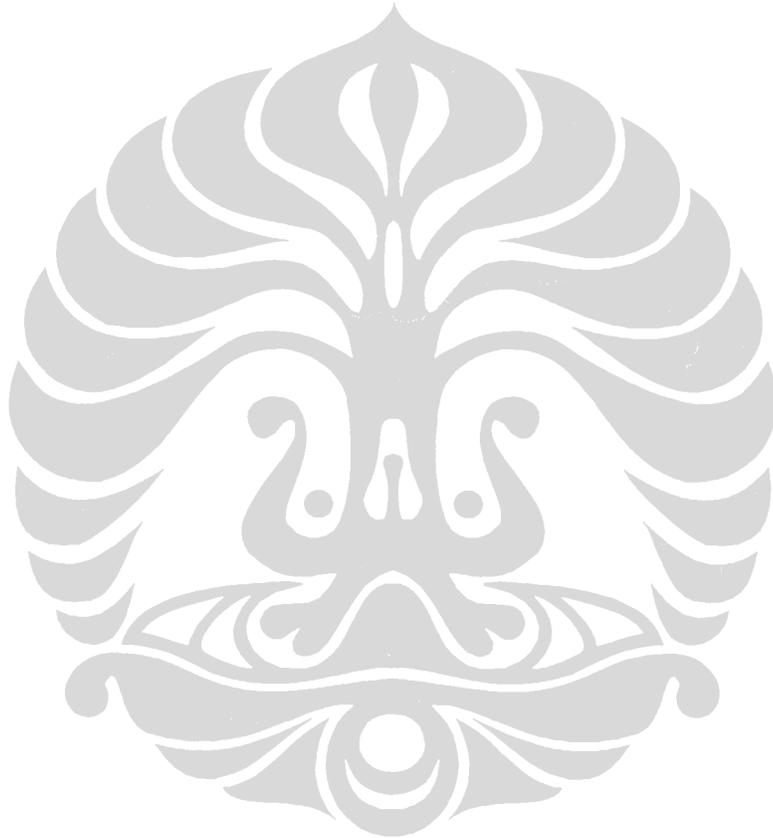
Hurlock, E. B. (1980). *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Edisi 5. Jakarta : Erlangga.

- Iriani, N. (2009). <http://rumahoptima.com/optima/index.php?view=article&catid=39:psikologi&id=71:spiritualitas-usia-lanjut&format=pdf>, diperoleh tanggal 08/07/2010.
- Issacs,A. (2001). Lippincott,s review series : *mental health and psychiatric nursing*. (3th ed). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Kompas. (2002). *Pertambahan Jumlah Lansia Indonesia terpesat di Dunia*. Bidang Penelitian & Informasi Kependudukan : Lembaga Demografi FEUI.
- Kozier, B et al. (1997). *Fundamental of Nursing Practice in Canada (1st Canadian ed)*. New Jersey : Prentice Hall Inc.
- Kozier, B et al. (2004). *Fundamental of Nursing Concepts, Process, and Practice (7th Canadian ed)*. New Jersey : Prentice Hall Inc.
- Lestari, E. P. (2009). *Hubungan Pengetahuan Tentang Agama Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Panti Wredha Dharma Bhakti Kota Surakarta*. Skripsi UMS.
- Loyola Generativity Scale, (2008).
<http://www.sesp.northwestern.edu/foley/instruments/lgs/diperoleh> tanggal 20/04/2010
- Monks, F. J and Knoers, A.M.P. (2002). *Psikologi Perkembangan Pengantar dalam Berbagai Bagiannya*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- NANDA. (2005). *Nursing Diagnoses : Defenitions & Clasification 2005-2006*. Philadelphia. USA : NANDA International.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Fundamental of Nursing : Concept, Process and Practice*. Philadelphia : Mocby Years Book Inc.
- PPNI (2000). *Kode etik keperawatan, Lambang panji PPNI, dan ikrar keperawatan*. Jakarta: Pengurus Pusat PPNI.
- Pratiwi, A. (2007). Laporan Penelitian. *Gambaran Tingkat Kesehatan Spiritual Klien Rawat Inap Dewasa Rumah Sakit Islam Jakarta* : FIK.UI. Tidak dipublikasikan.
- Pressman. (1990). <http://www.HarianSumutpos.com>. diperoleh tanggal 11 April 2010.

- Program Spesialis Jiwa .(2008). *Standar Asuhan Keperawatan Spesialis & Tim Pengajar Spesialis Jiwa* : FIK.UI.
- Qudamah, A. (2008). *Minhajul Qashidin, Jalan Orang-orang Yang Mendapat Petunjuk*. Jakarta: Pustaka Al-Kautsar.
- Reigh. L.S. Mason, C.H. Preston, K (2006). *Spiritual Care. Practical guidelines for rehabilitation nurses*, [http:// Proquest. Umi. Com/pgdweb](http://Proquest.Umi.Com/pgdweb). Diperoleh pada April 2010.
- Republika. (2003). *2025 Indonesia Dipenuhi Lansia*. Bidang Penelitian & Informasi Kependudukan : Lembaga Demografi FEUI.
- Rohman, (2009). Tesis. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian asuhan spiritual oleh perawat di RS. Islam Jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan : Universitas Indonesia . Tidak dipublikasikan.
- Sabri, L & Sutanto, P.H. (2008). *Statistik Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta. : PT. Raja Grafindo Persada.
- Saryono. (2010). *Kumpulan instrumen Penelitian Kesehatan Bantul* : Mulia Medika.
- Sastroasmoro, S & Ismael, S (2008). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 3. Jakarta : Cv. Sagung Seto.
- Stanley, M. Blair, K. and Beare, P. (2005). *Gerontological Nursing : promoting successful, aging with and older adults*. Philadelphia. F.A. Davis Company.
- Stolte, K.M. (2004). *Wellness Nursing Diagnosis For Health Promotion*. Lippincott : Lippincott – Raven Publishers.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (8th edition)*. St. Lois : Mosby.
- Sugiono, (2009). *Metodologi Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Edisi 7. Jakarta : Alfabeta.
- Sunyoto,D. (2010). *Uji khi kuadrat dan regresi untuk penelitian*. Edisi 1. Jakarta: Graha Ilmu.
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Tehnik Penulisan Tugas Akhir*. Tidak dipublikasikan. Jakarta.

Wahyuni, S. (2007). *Pengaruh Logoterapi terhadap Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Perilaku pada Lansia dengan Harga Diri Rendah di Panti Werdha Pekan Baru Riau*. Tesis tidak dipublikasikan.

Widyatuti, (1999). *Dimensi Spiritual dalam Asuhan Keperawatan* : Jurnal Keperawatan Indonesia. Volume II. No. 7. September.





PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul penelitian :

“ Hubungan Antara Kesehatan Spiritual dengan Kesehatan Jiwa pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur”.

Peneliti : Amir Syam

No Telpon : 085250726088

Saya Amir Syam (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Hubungan Antara Kesehatan Spiritual dengan Kesehatan Jiwa pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa diberbagai tatanan komunitas / masyarakat.

Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara :
1) Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya. 2) Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan saudara bersedia menjadi responden. Atas perhatian dan kesediaannya, diucapkan terimakasih.

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa khususnya di komunitas / masyarakat.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian ini.

Jakarta,2010

Responden

.....
Nama Jelas

KUESIONER A : DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Petunjuk Pengisian :

1. Lansia diharapkan mengisi dengan jelas data yang diminta di bawah ini sebagai data demografi penelitian
2. Pertanyaan dengan titik-titik dapat diisi dengan jawaban singkat yang sesuai dengan keadaan lansia
3. Beri tanda cek list (\surd) pada kotak yang tersedia dengan memilih jawaban yang paling sesuai dengan keadaan responden

Tanggal pengambilan data :

Kode responden : *(diisi oleh peneliti)*

1. Jenis kelamin : laki-laki/perempuan *(coret salah satu)*
2. Usia : tahun
3. Suku bangsa : (sebutkan)
4. Pendidikan terakhir : SD SMP
 SMA Perguruan Tinggi
 (lain-lain, sebutkan)
5. Sudah dirawat dipanti selama : (Hari/Bulan/Tahun)
6. Frekuensi dikunjungi/mengikuti Ahli agama/ustadz selama dirawat di panti : tidak pernah
 1 kali dalam seminggu
 2 kali dalam seminggu
 lebih dari 2 kali dalam seminggu

KUESIONER KESEHATAN SPIRITUAL DAN KESEHATAN JIWA

Petunjuk Pengisian :

1. Bagi responden dianjurkan untuk membaca dengan teliti semua pertanyaan/peryataan yang ada dalam kuesioner.
2. Kuesioner terdiri dari 3 bagian :
 - a. Bagian A, terdiri dari 6 pertanyaan yang langsung diisi oleh responden.
 - b. Bagian B, terdiri dari 28 pertanyaan tentang kesehatan spiritual lansia dengan memberikan tanda Chek list (√) pada kolom yang tersedia.
 - c. Bagian C, terdiri dari 16 pertanyaan tentang kesehatan jiwa lansia khususnya muslim dengan memberikan tanda Chek list (√) pada kolom yang tersedia.
3. Semua pertanyaan/peryataan sedapat mungkin diisi secara jujur dan lengkap.
4. Bila ada pertanyaan/pernyataan yang kurang dipahami, mintalah petunjuk langsung pada peneliti.
5. Atas partisipasi responden kami mengucapkan terima kasih.

KUESIONER B: KESEHATAN SPIRITUAL

Berilah tanda Chek list (\checkmark) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu saat ini.

Keterangan :

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	STS	TS	R	SS
1.	Saya senang apabila dijenguk oleh keluarga/kerabat.				
2.	Saya senang dengan petugas kesehatan (perawat/dokter) yang merawat saya.				
3..	Saya memiliki tanggung jawab yang penting dipanti ini				
4.	Saya berinteraksi (ngobrol) dengan orang lain selama saya dirawat di panti (lansia lain /perawat/orang lainnya).				
5.	Bila sakit, saya tidak merasa malu/rendah diri karena penyakit yang saya alami.				
6.	Saya butuh ditemani keluarga selama saya dirawat di panti.				
7.	Saya menyukai semua bagian tubuh saya.				
8.	Saya merasa lebih puas memberi pertolongan dari pada menerima pertolongan.				
9.	Saya merasa sering sakit-sakitan karena kesalahan saya sendiri				
10.	Bila saya mempunyai kelebihan (berilmu, berkedudukan, berharta) saya akan rendah hati (tawadhu).				
11.	Saya mengetahui kelebihan dan kelemahan saya sebagai manusia bahkan pada saat saya sakit.				
12.	Saya menyayangi sesama manusia sebab saya percaya, apabila hal itu tidak dilakukan maka Tuhan tidak akan sayang pada saya.				
13.	Saya tidak kehilangan tujuan hidup saat saya merasa sakit.				
14.	Saya tetap melaksanakan shalat wajib 5 waktu selama saya dirawat di panti.				

No	Pernyataan	STS	TS	S	SS
15.	Saya menikmati lingkungan / alam yang ada di sekitar panti.				
16.	Saya juga menjalankan ibadah sholat sunnah, termasuk ibadah sholat tahajud selama saya dirawat di panti.				
17.	Saya merasa lebih segar apabila berjalan-jalan di luar area panti				
18.	Saya membaca kitab suci (Al-Qur'an) selama saya dirawat di panti.				
19.	Bila sakit, saya merasa lebih baik saya berada di rumah.				
20.	Saya berusaha mengamalkan isi/kandungan Al Quran selama saya dirawat di panti.				
21.	Saya menerima bila ditawarkan perawat/keluarga/teman untuk jalan-jalan di luar area panti.				
22.	Hampir setiap hari saya berdoa untuk kebaikan saya dan keluarga saya.				
23.	Saya senang jalan-jalan/duduk-duduk di halaman panti.				
24.	Saya membaca majalah/buku keagamaan selama saya dirawat di panti.				
25.	Kedudukan saya lebih mulia dibanding makhluk lain yang ada di alam sekitar saya.				
26.	Saya menunggu-nunggu kunjungan ahli agama (ustadz) untuk memberikan nasehat pada saya.				
27.	Saya senang/mencintai semua yang ada di alam sekitar saya.				
28.	Bila saya sakit, saya berobat dan percaya bahwa Tuhan akan memberikan kesembuhan buat saya.				

Sumber : Modifikasi kuesioner kesehatan spiritual menurut Pratiwi (2007) dan skala dimensi religi menurut Hawari (2009).

KISI-KISI KUESIONER KESEHATAN SPIRITUAL

Variabel	Subvariabel	Kisi-kisi item	Jawaban	No. Soal
Kesehatan Spiritual	Hubungan lansia dengan orang lain	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga • Petugas kesehatan • Lansia yang lain 	1=Sangat tidak setuju 2= Tidak setuju 3= Setuju 4= Sangat setuju	1,2,4,6, 8,10,12
	Hubungan lansia dengan diri sendiri	<ul style="list-style-type: none"> • Harga diri • Peran • Body image • Mengenal diri 	1=Sangat tidak setuju 2= Tidak setuju 3= Setuju 4= Sangat setuju	3, 5, 7, 9, 11, 13
	Hubungan lansia dengan alam sekitar	<ul style="list-style-type: none"> • Berjalan di ruang terbuka • Duduk di taman • Mencintai alam 	1= Sangat tidak setuju 2= Tidak setuju 3= Setuju 4= Sangat setuju	15, 17, 19, 21, 23, 25, 27
	Hubungan lansia dengan Tuhan	<ul style="list-style-type: none"> • Berdoa • Sholat • Membaca kitab/buku agama • Mendengarkan nasehat agama 	1= Sangat tidak setuju 2= Tidak setuju 3= Setuju 4= Sangat setuju	14, 16, 18, 20, 22, 24, 26,28.

KUESIONER C: KESEHATAN JIWA LANSIA MUSLIM

Berilah tanda Chek list (\checkmark) pada kolom yang tersedia sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu saat ini.

Pilihan :

Tidak pernah : Bila tidak pernah mengalami atau merasakan pernyataan yang tersebut di bawah

Jarang : Bila jarang mengalami atau merasakan pernyataan yang tersebut di bawah

Sering : Bila sering mengalami atau merasakan pernyataan yang tersebut di bawah

Selalu : Bila selalu merasakan (setiap hari/hampir setiap hari) pernyataan yang tersebut di bawah

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
1.	Saya merasa puas dengan apa yang telah saya capai.				
2.	Saya merasa gagal mencapai keinginan/harapan saya.				
3.	Saya membagi pengetahuan yang saya miliki kepada orang lain apabila mereka minta.				
4.	Menurut saya, masing-masing orang mempunyai kelebihan dan kekurangan.				
5.	Saya menerima kematian pasangan saya (baik yang sudah meninggal maupun yang belum).				
6.	Saya merasa kematian pasangan saya karena panggilan Tuhan.				
7.	Saya pikir kematian akan datang pada semua orang termasuk saya.				
8.	Saya mempersiapkan diri menghadapi kematian dengan melaksanakan ibadah.				
9.	Saya senang mendengar nasehat agama dari ustadz/ustadzah.				
10.	Saya melaksanakan sholat wajib selama di panti.				
11.	Saya melaksanakan sholat wajib dengan berjamaah.				

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Sering	Selalu
12.	Selain sholat wajib, saya juga melaksanakan sholat sunnah seperti sholat dhuha atau sholat tahajud.				
13.	Saya merasa bahwa saya telah berbuat yang terbaik untuk keluarga saya.				
14.	Saya mengikuti kegiatan olahraga dan rekreasi termasuk yang ada di panti.				
15.	Selain olahraga dan rekreasi, saya juga mengikuti kegiatan lain yang ada di panti.				
16.	Perasaan saya bahagia melihat anak yang hidupnya mandiri				

Sumber : Modifikasi kuesioner *Loyola Generativity Scale* (LGS) dan Perkembangan Psikososial Erikson (1986).



KISI – KISI KESEHATAN JIWA LANSIA

No	Item pernyataan	Jenis Pertanyaan
1.	Saya merasa puas dengan apa yang telah saya capai.	(+)
2.	Saya merasa gagal mencapai keinginan/harapan saya.	(-)
3.	Saya membagi pengetahuan yang saya miliki kepada orang lain apabila mereka minta.	(+)
4.	Menurut saya, masing-masing orang mempunyai kelebihan dan kekurangan.	(+)
5.	Saya menerima kematian pasangan saya (baik yang sudah meninggal maupun yang belum).	(+)
6.	Saya merasa kematian pasangan saya karena panggilan Tuhan.	(+)
7.	Saya pikir kematian akan datang pada semua orang termasuk saya.	(+)
8.	Saya mempersiapkan diri menghadapi kematian dengan melaksanakan ibadah.	(+)
9.	Saya senang mendengar nasehat agama dari ustadz/ustadzah.	(+)
10.	Saya melaksanakan sholat wajib selama di panti.	(+)
11.	Saya melaksanakan sholat wajib dengan berjamaah.	(+)
12.	Selain sholat wajib, saya juga melaksanakan sholat sunnah seperti sholat dhuha atau sholat tahajud.	(+)
13.	Saya merasa bahwa saya telah berbuat yang terbaik untuk keluarga saya.	(+)
14.	Saya mengikuti kegiatan olahraga dan rekreasi termasuk yang ada di panti.	(+)
15.	Selain olahraga dan rekreasi, saya juga mengikuti kegiatan lain yang ada di panti.	(+)
16.	Perasaan saya bahagia melihat anak yang hidupnya mandiri.	(+)

PETUNJUK SCORING :

Pernyataan Positif (+) :

- Diberi angka: 1 untuk pilihan jawaban "Tidak Pernah"
2 untuk pilihan jawaban "Jarang"
3 untuk pilihan jawaban "Sering"
4 untuk pilihan jawaban "Selalu"

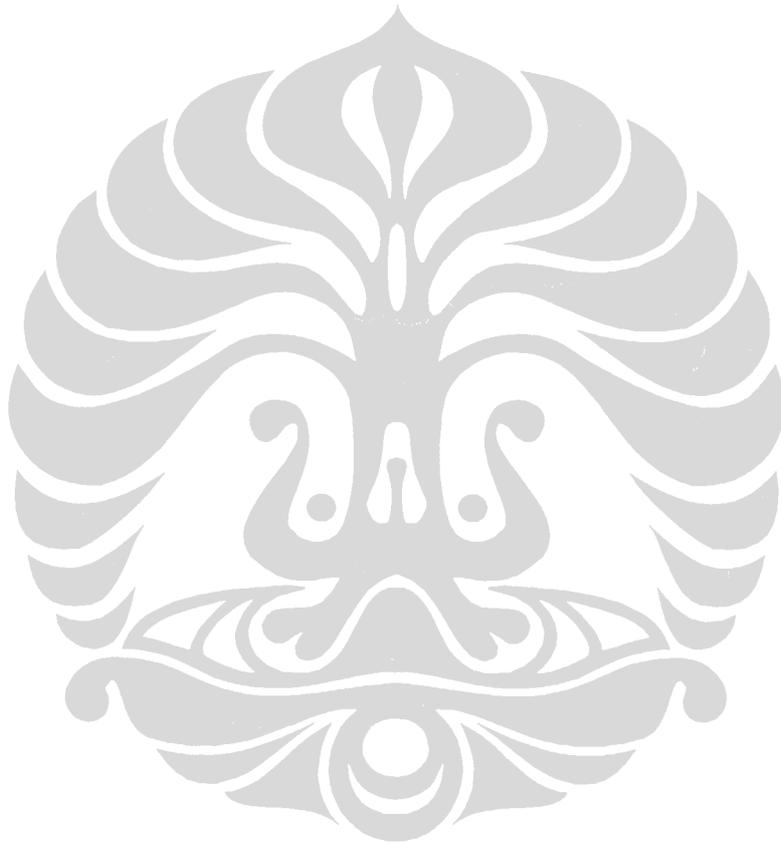
Pernyataan Negatif (-) :

Diberi angka 4 untuk pilihan jawaban “Tidak Pernah”

3 untuk pilihan jawaban “Jarang”

2 untuk pilihan jawaban “Sering”

1 untuk pilihan jawaban “Selalu”





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan antara Kesehatan Spiritual dengan Kesehatan Jiwa pada Lansia Muslim di Sasana Werdha KBRP Jakarta Timur.

Nama peneliti utama : **Amir Syam**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 10 Mei 2010

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD
NIP. 19550207 198003 2 0



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 2051 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 10 Mei 2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrumen penelitian

Yth. Kepala
Sasana Tresna Werdha
Budi Mulia 01 Cipayung
Cibubur Jakarta Timur

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Amir Syam
0806445930

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Hubungan Antara kesehatan Spiritual Dengan Kesehatan Jiwa Pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan uji instrumen Di Sasana Tresna Werdha Budi Mulia 01 Cipayung Jakarta Timur sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.


Dewi Hawaty, MA, PhD
19520601 197411 2 001

- Tembusan Yth. :
1. Wakil Dekan FIK-UI
 2. Sekretaris FIK-UI
 3. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
 4. Manajer Pendidikan FIK-UI
 5. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 2010/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 6 Mei 2010
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Kepala
Sasana Tresna Werdha
Karya Bakti Ria Pembangunan
Jl. Karya Bhakti No. 2
Cibubur Jakarta Timur

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Amir Syam
0806445930

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "**Hubungan Antara kesehatan Spiritual Dengan Kesehatan Jiwa Pada Lansia Muslim Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian Di Sasana Tresna Werdha KBRP Jakarta Timur sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan keriasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Depok,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

- Tembusan Yth. :
1. Wakil Dekan FIK-UI
 2. Sekretaris FIK-UI
 3. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
 4. Manajer Pendidikan FIK-UI
 5. Peringgal

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Amir Syam
Tempat / Tanggal Lahir : Sanrangeng, 01 April 1979
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Laki – Laki
Pekerjaan : Staf pengajar Akper Kaltara Tarakan
Alamat Instansi : Jl. P. Lumpuran Kamp. 1 Skip Tarakan Kal - Tim
Alamat Rumah : Jl. Gunung Amal RT.006 RW.- Kampung Enam
Tarakan Kalimantan Timur

Riwayat Pendidikan

FIK – UNHAS : Lulus Tahun 2005
Akper Depkes Tidung : Lulus Tahun 2001
SMUN I Liriaja : Lulus Tahun 1997
SMPN 1129 Cangadi : Lulus Tahun 1994
SDN 210 Sanrangeng : Lulus Tahun 1991

Riwayat Pekerjaan

Staf Pengajar Akademi Keperawatan Kaltara Tarakan : 2005 - sekarang