

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Bimbingan Rohani Islam

a. Model Bimbingan Rohani .

Secara umum konsep bimbingan telah lama dikenal manusia melalui sejarah. Sejarah tentang “*developing one’s potential*” (pengembangan potensi individu) dapat ditelusuri dari masyarakat-masyarakat Yunani kuno. Mereka menyakini bahwa dalam diri individu, terdapat kekuatan-kekuatan yang dapat distimulasikan dan dibimbing ke arah tujuan-tujuan yang bermanfaat, berguna, atau menguntungkan baik bagi dirinya sendiri maupun masyarakat (Yusuf dan Nurihsan, 2005: 85).

Di dalam Islam, bimbingan rohani Islam (yang tentunya menggunakan istilah lain) pada hakikatnya sudah dilaksanakan sejak zaman Nabi Muhammad Shallallahu Alaihi wa Salam. Banyak butir-butir al-Qur’an dan Hadist yang menunjukkan bahwa Nabi Muhammad Shallallahu Alaihi wa Salam telah mempraktikkan prinsip-prinsip bimbingan secara sempurna. Sehingga dalam waktu kurang lebih 23 tahun dapat merubah suku bangsa yang semula jahiliyah menjadi umat bertauhid, berakhlak mulia dan berbudaya tinggi.

b. Definisi Bimbingan Rohani

Bimbingan secara etimologi merupakan terjemahan dari “*guidance*” dalam bahasa Inggris. Secara harfiah istilah “*guidance*” dari akar kata “*guide*” berarti 1) mengarahkan (*to direct*), 2) memandu (*to pilot*), 3) mengelola (*to manage*), dan 4) menyetir (*to steer*). (Yusuf dan Nasution, 2005: 6).

Secara terminologis, menurut Aryatmi (1970), bimbingan adalah pertolongan yang diberikan oleh seseorang yang telah diberikan (dengan pengetahuan, pemahaman keterampilan-keterampilan tertentu yang diperlukan dalam menolong) kepada orang lain yang memerlukan pertolongan (Kartono dalam Prihatiningtias, 1985: 78).

Sedangkan menurut Bimo Walgito (1995: 4), bimbingan adalah bantuan atau pertolongan yang diberikan oleh individu atau sekumpulan individu-individu kepada individu atau sekumpulan individu-individu lainnya dalam menghindari atau mengatasi kesulitan-kesulitan di dalam kehidupannya, agar individu-individu tersebut dapat mencapai kesejahteraan hidupnya. Kata “bimbingan rohani” memuat tiga hal yang perlu dijelaskan, Pertama kata bimbingan rohani, kedua pembimbing rohani, dan ketiga orang yang dibimbing. (Darminta, 2005: 15).

- 1) Bimbingan rohani; merupakan usaha untuk menumbuhkan rohani (spiritual), sebab pada dasarnya hidup merupakan penyerahan diri penuh kepercayaan kepada Tuhan yang Maha Kuasa.

- 2) Pembimbing rohani; orang yang diminta bimbingan oleh orang yang memerlukan dan dia merelakan diri untuk membantu perkembangan rohani orang yang minta bantuan. Adapun secara umum tugasnya adalah memberikan pelayanan kepada klien (pasien) supaya mampu mengaktifkan potensi rohani dalam menghadapi dan memecahkan kesulitan-kesulitan hidupnya.
- 3) Orang yang dibimbing; seseorang atau individu yang membutuhkan bantuan untuk memecahkan masalah, untuk menumbuhkan kondisi rohani, dan lain-lain.

c. Tujuan dan Fungsi Bimbingan Rohani

Baried Ishom (1986: 260-261) mengemukakan dalam buku Ahmad Watik Pratiknya (1986) bahwa tujuan dari bimbingan rohani sebagai santunan di rumah sakit adalah:

- 1) Menyadarkan penderita agar dia dapat memahami dan menerima cobaan yang sedang dideritanya dengan ikhlas.
- 2) Ikut serta memecahkan dan meringankan problem kejiwaan yang sedang dideritanya.
- 3) Memberikan pengertian dan bimbingan pada penderita dalam melaksanakan kewajiban keagamaan harian yang harus dikerjakan dalam batas kemampuannya.
- 4) Perawatan dan pengobatan dikerjakan dengan berpedoman kepada tuntunan agama.

5) Menunjukkan perilaku dan bicara yang sesuai dengan kode etik kedokteran dan tuntunan agama.

Sedangkan menurut Rohim Faqih (2001: 36-37), tujuan bimbingan dapat dirumuskan sebagai berikut:

- 1) Tujuan umum, yaitu membantu individu mewujudkan dirinya menjadi manusia seutuhnya agar dapat mencapai kebahagiaan di dunia dan akherat.
- 2) Tujuan khusus
 - a) Membantu individu agar tidak menghadapi masalah.
 - b) Membantu individu mengatasi masalah yang sedang dihadapinya.
 - c) Membantu individu memelihara dan mengembangkan situasi dan kondisi yang baik atau yang telah baik agar tetap baik dan menjadi lebih baik, sehingga tidak akan menjadi sumber masalah bagi dirinya dan orang lain.

d. Landasan model bimbingan rohani Islam

Landasan (fondasi atau dasar pijakan) utama bimbingan Islam adalah al-Qur'an dan hadits (Musnawar, 1992: 5), sebab keduanya merupakan sumber dari segala sumber pedoman kehidupan umat Islam. Allah Subhanahu wa Ta'ala telah menurunkan al-Qur'an sebagai petunjuk bagi manusia di dunia, baik berupa larangan maupun kewajiban tertentu sebagai bimbingan terhadap pribadi dan akhlak

umat-Nya sepanjang hidupnya dalam berhubungan dengan bimbingan rohani.

Sebagaimana dalam surat Ali Imron ayat 104:

وَأَتَىٰكُمْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ ۗ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ

Artinya: Dan hendaklah ada di antara kamu segolongan umat yang menyeru kepada kebajikan, menyuruh kepada yang ma'ruf dan mencegah dari yang munkar, merekalah orang-orang yang beruntung (Departemen Agama RI, 2006: 63).

Dengan menelusuri ayat-ayat al-Qur'an dan hadits Nabi Muhammad Shallallahu Alaihi wa Salam diketahui bahwa konsep kesehatan rohani dalam Islam tampak lebih aplikatif, menonjol, dan kuat daripada kesehatan fisik. Penjelasan secara pointer dan aplikatif dalam al-Qur'an maupun hadits menyangkut hal-hal yang berhubungan dengan "hati" sejalan dengan teori ilmu kesehatan modern (Zuhroni, dkk, 2003: 83). Al-Qur'an dan Sunnah Rosulullah Shallallahu Alaihi wa Salam dapatlah diistilahkan sebagai landasan dan konseptual bimbingan rohani Islam. Dari al-Qur'an dan hadits itulah gagasan, tujuan, dan konsep-konsep (pengertian, makna hakiki) bimbingan Islami bersumber.

e. Unsur-unsur bimbingan rohani Islam

Unsur-unsur bimbingan rohani Islam meliputi:

- 1) Unsur subjek (klien/pasien) adalah individu yang mempunyai masalah yang memerlukan bantuan bimbingan rohani. Dalam pelaksanaan bimbingan seorang klien harus dipandang dari segi:

- a) Setiap individu adalah makhluk yang memiliki kemampuan dasar beragama yang merupakan fitrah dari Tuhan.
 - b) Setiap individu adalah pribadi yang berkembang secara dinamis dan memiliki corak, watak, dan kepribadian yang tidak sama.
 - c) Setiap individu adalah pribadi yang masih berada dalam proses perkembangan yang peka terhadap segala perubahan (Arifin, 1982: 8).
- 2) Unsur pembimbing adalah orang mempunyai kewenangan untuk melakukan bimbingan rohani Islam. Adapun yang menjadi syarat mental psikologis bagi pembimbing adalah:
- a) Meyakini akan kebenaran agamanya, menghayati serta mengamalkannya, karena ia menjadi pembawa norma agama.
 - b) Memiliki sikap dan kepribadian yang menarik terhadap klien khususnya, dan kepada orang-orang yang ada di lingkungan sekitarnya.
 - c) Memiliki rasa bertanggung jawab, rasa berbakti tinggi serta loyalitas terhadap tugas pekerjaannya yang konsisten.
 - d) Memiliki kematangan jiwa dalam bertindak, menghadapi masalah yang memerlukan pemecahan.
 - e) Mampu mengadakan komunikasi (hubungan) timbal balik terhadap klien dan lingkungan sekitar.

f) Memiliki ketangguhan, kesabaran, serta keuletan dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya, dan lain-lain (Arifin, 1982: 28-29).

Pekerjaan menjadi pembimbing bukanlah suatu pekerjaan yang mudah dan ringan, sebab pasien-pasien yang dihadapi sehari-hari di rumah sakit satu dengan yang lainnya memiliki permasalahan yang berbeda-beda, masing-masing pasien mempunyai keunikan dan kekhasan baik dalam aspek tingkah laku, kepribadian, maupun sikap-sikapnya.

3) Unsur isi (materi) adalah suatu yang berkaitan dengan kebutuhan jasmani dan rohani untuk mencapai kebahagiaan dunia dan akhirat. Materi disini untuk memberikan bimbingan pada pasien agar mempunyai ketabahan, kesabaran, dan tawakal kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala serta tidak putus asa dalam menerima penyakit.

Adapun sumber materi yang digunakan adalah dari ajaran agama Islam antara lain:

a) Aqidah

Aqidah adalah suatu yang mengharuskan hati menjadi tenang, tentram dan menjadikan kepercayaan anda yang bersih dari kebimbangan dan keraguan (Baedawi, 1983: 9). Kedudukan aqidah sangat sentral dan fundamental, karena ditautkan dengan rukun iman yang menjadi asas seluruh ajaran Islam (Ali, 2002: 199).

Ajaran aqidah Islam berarti tentang pokok-pokok keimanan yang mutlak dan mengikat, sehingga ia harus diyakini, dinyatakan dan diwujudkan dalam perbuatan. Manifestasi daripada manusia adalah perwujudan sikap. Pasien dilatih bersikap sabar dan tabah dalam menghadapi penderitaan dengan cara menyerahkan persoalan kepada Allah Subhanahu wa Ta'ala, atau memperkuat keimanan pasien. Cara memperkuat keimanan bisa melalui doa, karena doa adalah obat yang sebaik-baiknya untuk orang sedang sakit. Sesuai firman Allah Subhanahu wa Ta'ala dalam surat Ar-Ra'ad ayat 28:

الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ

Artinya : (yaitu) orang-orang yang beriman dan hati mereka manjadi tenteram dengan mengingat Allah. Ingatlah, hanya dengan mengingati Allah-lah hati menjadi tenteram (Departemen Agama RI, 2002: 252).

b) Syariah

Syariah adalah hukum-hukum yang dinyatakan dan diterapkan oleh Allah Subhanahu wa Ta'alasebagai peraturan atau patokan hidup setiap muslim (Ali, 2002: 235). Adapun materi yang dijadikan pedoman dalam bidang syariah adalah mengenai pokok-pokok ibadah yang dirumuskan dalam rohani Islam, yaitu pasien dianjurkan tetap melaksanakan ibadah. Berbagai praktek keagamaan, disamping bernilai bernilai ubudiyah juga memiliki hikmah tertentu, juga bernilai sebagai salah satu bentuk menjaga kesehatan fisik dan psikis sekaligus (Zuhruni, dkk, 2003: 83).

Salah satunya adalah sholat. Sholat dapat membersihkan jiwa dan mempunyai manfaat besar bagi kesehatan (Su'dan, 1997: 101).

c) Akhlak

Akhlak adalah keadaan yang melekat pada jiwa manusia yang melahirkan perbuatan, mungkin baik mungkin buruk (Ali, 2002: 346). Materi bimbingan rohani Islam yang berbentuk akhlak disini adalah memberikan pelajaran tata cara, adab atau sopan santun dalam berdoa, serta memberi dorongan mental yang berupa penuturan langsung tentang ayat-ayat al-Qur'an dan hadits.

4) Unsur metode adalah suatu cara yang digunakan untuk memecahkan masalah yang dialami pasien. Dalam hal ini yang digunakan sebagai proses komunikasi antara pembimbing dengan klien (pasien), dibagi menjadi dua yaitu:

a) Metode individual atau langsung

Pembimbing melakukan komunikasi langsung secara individual dengan pihak yang dibimbingnya. Diantaranya adalah percakapan pribadi, yakni pembimbing melakukan dialog langsung, tatap muka dengan pihak yang dikunjungi atau dibimbing (Musnamar, 1992: 49).

b) Metode kelompok atau tidak langsung

Metode ini sama dengan group guidance, yaitu metode bimbingan yang dilakukan melalui komunikasi massa (Faqih, 2001: 54). Dalam pelaksanaan bimbingan seorang pembimbing 38

mengarah pembicaraan dan sasarannya pada klien (pasien) yang mempunyai masalah yang sama.

2. Pasien Geriatrik

a. Definisi Geriatrik

Geriatrik berasal dari kata *gerontos* (usia lanjut) dan *iatros* (penyakit). Menurut Organisasi Kesehatan Sedunia kantor Asia Selatan dan Tenggara (WHO SEARO/WHO *South East Asia Regional Office*) di New Delhi, batasan usia pasien geriatrik di Indonesia adalah 60 tahun ke atas. Memiliki karakteristik dan ciri khas yang membedakannya dengan lanjut usia. Ciri khas tersebut adalah: Multipatologi, tampilan gejala dan tanda tak khas, daya cadangan faali menurun, biasanya disertai gangguan status fungsional dan di Indonesia pada umumnya dengan gangguan nutrisi (Soejono, 2000) WHO mendefinisikan penuaan sebagai suatu proses yang menggunakan keamanan, pasrtisipasi dan suatu cara untuk mendapatkan peluang kesehatan yang berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas hidup individu. Kebutuhan akan dukungan fisik yang cukup, lingkungan sosial yang baik dan pelayanan kesehatan bagi geriatrik harus dipenuhi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidupnya (Arslantas et al, 2015).

3. Kualitas Hidup

a. Definisi Kualitas Hidup

Tidak mudah untuk mendefinisikan kualitas hidup secara tepat. Pengertian mengenai kualitas hidup telah banyak dikemukakan oleh para ahli, namun semua pengertian tersebut tergantung dari siapa yang membuatnya. Seperti halnya definisi sehat, yaitu tidak hanya berarti tidak ada kelemahan atau penyakit, demikian juga mengenai kualitas hidup, kualitas hidup bukan berarti hanya tidak ada keluhan saja, akan tetapi masih ada hal-hal lain yang dirasakan oleh penderita, bagaimana perasaan penderita sebenarnya dan apa yang sebenarnya menjadi keinginannya (Soejono,2000).

Menurut Calman yang dikutip oleh Hermann (1993) mengungkapkan bahwa konsep dari kualitas hidup adalah bagaimana perbedaan antara keinginan yang ada dibandingkan perasaan yang ada sekarang, definisi ini dikenal dengan sebutan “Calman’s Gap”. Calman mengungkapkan pentingnya mengetahui perbedaan antara perasaan yang ada dengan keinginan yang sebenarnya, dicontohkan dengan membandingkan suatu keadaan antara “di mana seseorang berada” dengan “di mana seseorang ingin berada”. Jika perbedaan antara kedua keadaan ini lebar, ketidakcocokan ini menunjukkan bahwa kualitas hidup seseorang tersebut rendah. Sedangkan kualitas hidup tinggi jika perbedaan yang ada antara keduanya kecil.

Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain.

Menurut Schipper yang dikutip oleh Ware (1992) mengemukakan kualitas hidup sebagai kemampuan fungsional akibat penyakit dan pengobatan yang diberikan menurut pandangan atau perasaan pasien.

Menurut Donald yang dikutip oleh Haan (1993), kualitas hidup berbeda dengan status fungsional, dalam hal kualitas hidup mencakup evaluasi subyektif tentang dampak dari penyakit dan pengobatannya dalam hubungannya dengan tujuan, nilai dan pengharapan seseorang, sedangkan status fungsional memberikan suatu penilaian obyektif dari kemampuan fisik dan emosional pasien.

Ruang Lingkup Kualitas Hidup Secara umum terdapat 5 bidang (*domains*) yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup berdasarkan kuesioner yang dikembangkan oleh WHO (*World Health Organization*), bidang tersebut adalah kesehatan fisik, kesehatan psikologik, keleluasaan aktivitas, hubungan sosial dan lingkungan,

sedangkan secara rinci bidang-bidang yang termasuk kualitas hidup adalah sebagai berikut :

- 1) Kesehatan fisik (*physical health*): kesehatan umum, nyeri, energi dan vitalitas, aktivitas seksual, tidur dan istirahat.
- 2) Kesehatan psikologis (*psychological health*): cara berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
- 3) Tingkat aktivitas (*level of independence*): mobilitas, aktivitas sehari-hari, komunikasi, kemampuan kerja.
- 4) Hubungan sosial (*social relationship*): hubungan sosial, dukungan sosial.
- 5) Lingkungan (*environment*), keamanan, lingkungan rumah, kepuasan kerja.

b. Pengukuran Kualitas Hidup

Menurut Guyatt dan Jaescke yang dikutip oleh Ware dan Sherbourne(1952), kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan semua domain akan diukur dalam dua dimensi yaitu penikaian obyektif dari fungsional atau status kesehatan (aksis X) dan persepsi sehat yang lebih subyektif (aksis Y). Walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian obyektif menjadi kualitas hidup yang sesungguhnya. Suatu instrument pengukuran kualitas hidup yang baik

perlu memiliki konsep, cakupan, reliabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula.

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi dua macam, yaitu :

1) Instrumen umum(*generic scale*)

Instrumen umum ialah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada penderita dengan penyakit kronik. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekhawatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Salah satu contoh instrumen umum adalah the *Sickness Impact Profile (SIP)*, the *Medical Outcome Study (MOS) 36-item short-form Health Survey(SF36)*.

2) Instrumen khusus (*specific scale*)

Instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur sesuatu yang khusus dari penyakit, populasi tertentu (misalnya pada orang tua) atau fungsi yang khusus (misalnya fungsi emosional), contohnya adalah “*The Washington Psychosocial Seizure Inventory*” (WPSI), “*The Liverpool Group*”, “*The Epilepsy Surgery Inventory*”(ESI-55) The MOS (SF - 36) merupakan salah satu contoh instrumen pengukuran kualitas hidup yang dipakai secara luas untuk berbagai macam penyakit, merupakan suatu isian berisi 36 pertanyaan yang disusun

untuk melakukan survey terhadap status kesehatan yang dikembangkan oleh para peneliti dari Santa Monica, terbagi dalam 8 bidang, yaitu :

- a) Pembatasan aktifitas fisik karena masalah kesehatan yang ada.
- b) Pembatasan aktifitas sosial karena masalah fisik dan emosi.
- c) Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah fisik.
- d) Nyeri seluruh badan. .
- e) Kesehatan mental secara umum.
- f) Pembatasan aktifitas sehari-hari karena masalah emosi.
- g) Vitalitas hidup.
- h) Pandangan kesehatan secara umum .

c. Kualitas hidup lansia

Kualitas hidup lansia bisa diartikan sebagai kondisi fungsional lansia berada pada kondisi maksimum atau optimal, sehingga memungkinkan mereka bisa menikmati masa tuanya dengan penuh makna, membahagiakan, berguna dan berkualitas. Setidaknya ada beberapa faktor yang menyebabkan seorang lansia untuk tetap bisa berguna dimasa tuanya, yakni : kemampuan menyesuaikan diri dan menerima segala perubahan dan kemunduran yang dialami, adanya penghargaan dan perlakuan yang wajar dari lingkungan lansia tersebut, lingkungan yang menghargai hak-hak lansia serta memahami kebutuhan dan kondisi psikologis lansia dan tersedianya media atau

sarana bagi lansia untuk mengaktualisasikan potensi dan kemampuan yang dimiliki.

Kesempatan yang diberikan akan memiliki fungsi memelihara dan mengembangkan fungsi-fungsi yang dimiliki oleh lansia. Aktivitas fisik misalnya olahraga yang dilakukan secara rutin dan teratur akan sangat membantu kebugaran dan menjaga kemampuan psikomotorik lansia. Aktivitas-aktivitas kognitif seperti membaca, berdiskusi, mengajar, akan sangat bermanfaat bagi lansia.

d. Pengukuran kualitas hidup lansia

Pada tahun 1991 bagian kesehatan mental WHO memulai proyek organisasi kualitas kehidupan dunia (WHOQOL). Tujuan dari proyek ini adalah untuk mengembangkan suatu instrumen penilaian kualitas hidup yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Instrumen WHOQOL – BREF ini telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat dunia. Instrumen ini terdiri dari 26 item dan 4 domain. 4 domain tersebut adalah :

- 1) Kesehatan Fisik : Penyakit, kegelisahan tidur dan beristirahat, energi dan kelelahan, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat dan bantuan medis, kapasitas pekerjaan.
- 2) Psikologis : Perasaan positif, berfikir, belajar, mengingat dan konsentrasi, *self esteem*, penampilan dan gambaran jasmani, perasaan negatif, kepercayaan individu.

- 3) Hubungan sosial : Hubungan pribadi, dukungan sosial, aktivitas seksual.
 - 4) Lingkungan : Kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh ketrampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas dilingkungan, transportasi (WHO, 2004). Instrumen WHOQOL-BREF ini merupakan suatu instrumen yang sesuai untuk mengukur kualitas hidup dari segi kesehatan terhadap lansia dengan jumlah responden yang kecil, mendekati distribusi normal, dan mudah untuk penggunaannya (Hwang, 2003).
- e. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup lansia

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup di antaranya adalah :

1) Aktivitas Fisik

Aktivitas fisik atau disebut juga aktivitas eksternal ialah suatu rangkaian gerak tubuh yang menggunakan tenaga atau energi. Jenis aktivitas fisik yang sehari-hari dilakukan antara lain, berjalan kaki, berlari, berolahraga, mengangkat dan memindahkan benda, mengayuh sepeda dan lain-lain. Aktivitas fisik menentukan kondisi kesehatan seseorang. Kelebihan energi karena rendahnya aktivitas fisik dapat meningkatkan risiko kegemukan dan obesitas (Mahardikawati, 2008).

2) Aktivitas Sosial

Aktivitas sosial adalah aktivitas-aktivitas yang dilakukan individu dalam waktu luangnya (Makara, 2006).

3) Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Smeltzer, 2001).

4) Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas sehari-hari merupakan semua kegiatan yang dilakukan oleh lanjut usia setiap harinya. Aktivitas ini dilakukan tidak melalui upaya atau usaha keras. (Martika, 2012)

5) Kesehatan Mental

Menurut Bastaman (1995), kesehatan mental 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.

6) Jenis Kelamin

Jenis kelamin (sex) adalah perbedaan biologis dan fisiologis yang dapat membedakan laki-laki dan perempuan (WHO, 2010).

7) Tingkat pendidikan

Menurut Grossmann (1999), pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan untuk pengembangan diri.

8) Multimorbiditas

Multimorbiditas adalah kehadiran dua atau lebih penyakit kronis pada satu Orang (Mahwati, 2014).

4. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap

a. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya.

Menurut Revans (1986) bahwa pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap mengalami tingkat proses transformasi, yaitu :

- 1) Tahap *Admission*, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan keyakinan dirawat tinggal di Rumah Sakit.
- 2) Tahap *Diagnosis*, yaitu pasien diperiksa dan ditegakkan diagnosisnya.

- 3) Tahap *Treatment*, yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan terapi.
- 4) Tahap *Inspection*, yaitu secara terus menerus diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan.
- 5) Tahap *Control*, yaitu setelah dianalisis kondisinya, pasien dipulangkan. Pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

Jadi rawat inap adalah pelayanan pasien yang perlu menginap dengan cara menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa dan terapi bagi individu dengan keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis atau rehabilitasi medik atau pelayanan medik lainnya dan memerlukan pengawasan dokter dan perawat serta petugas medik lainnya setiap hari.

b. Kualitas pelayanan rawat inap

Jacobalis (1990) menyampaikan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di ruang rawat inap rumah sakit dapat diuraikan dari beberapa aspek, diantaranya adalah:

1) Penampilan keprofesian atau aspek klinis

Aspek ini menyangkut pengetahuan, sikap dan perilaku dokter dan perawat dan tenaga profesi lainnya.

2) Efisiensi dan efektivitas

Aspek ini menyangkut pemanfaatan semua sumber daya di rumah sakit agar dapat berdaya guna dan berhasil guna.

3) Keselamatan pasien

Aspek ini menyangkut keselamatan dan keamanan pasien.

4) Kepuasan pasien

Aspek ini menyangkut kepuasan fisik, mental dan social pasien terhadap lingkungan rumah sakit, kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan, perhatian, biaya yang diperlukan dan sebagainya

Menurut Adji Muslihuddin (1996), mutu asuhan pelayanan rawat inap dikatakan baik, apabila :

- 1) Memberikan rasa tenang kepada pasiennya yang biasanya orang sakit
- 2) Menyediakan pelayanan yang benar-benar profesional dari setiap strata pengelola rumah sakit. Pelayanan bermula sejak masuknya pasien ke rumah sakit sampai pulang pasien.

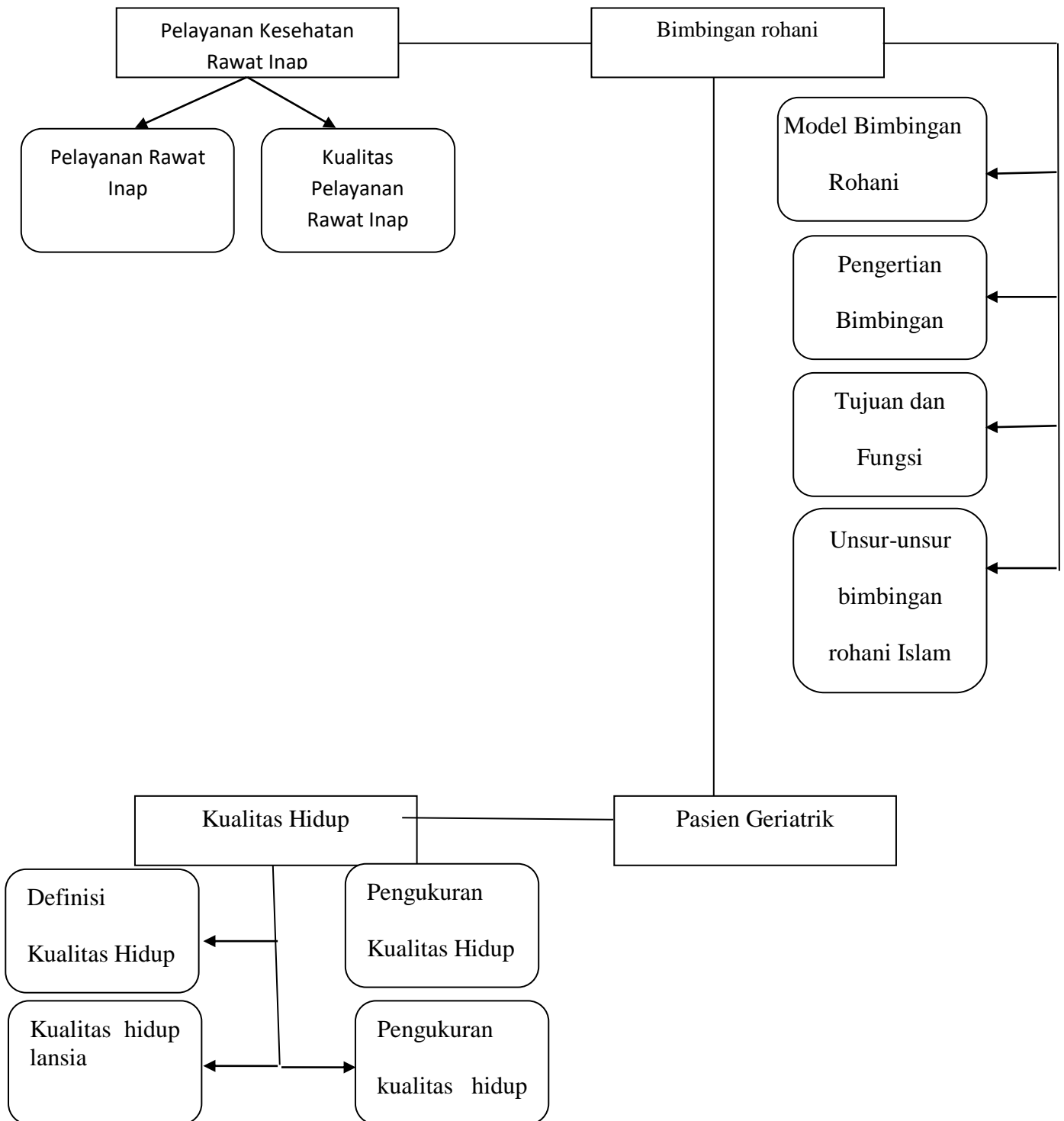
Dari kedua aspek ini dapat diartikan sebagai berikut :

- 1) Petugas menerima pasien dalam melakukan pelayanan terhadap pasien harus mampu melayani dengan cepat karena mungkin pasien memerlukan penanganan segera.
- 2) Penanganan pertama dari perawat harus mampu membuat menaruh kepercayaan bahwa pengobatan yang diterima dimulai secara benar.

- 3) Penanganan oleh para dokter dan perawat yang profesional akan menimbulkan kepercayaan pasien bahwa mereka tidak salah memilih rumah sakit.
- 4) Ruangan yang bersih dan nyaman, memberikan nilai tambah kepada rumah sakit
- 5) Peralatan yang memadai dengan operator yang profesional
- 6) Lingkungan rumah sakit yang nyaman

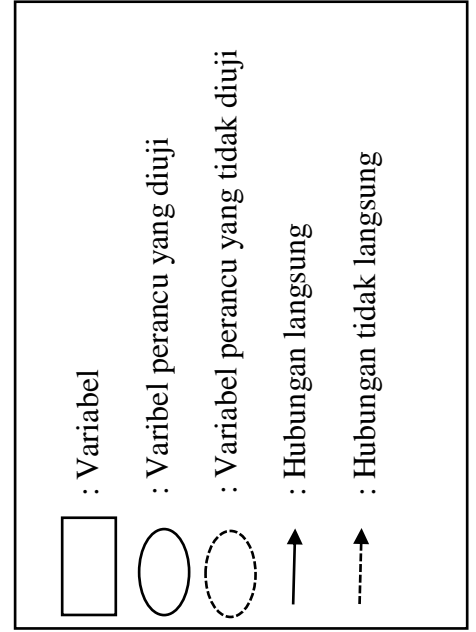
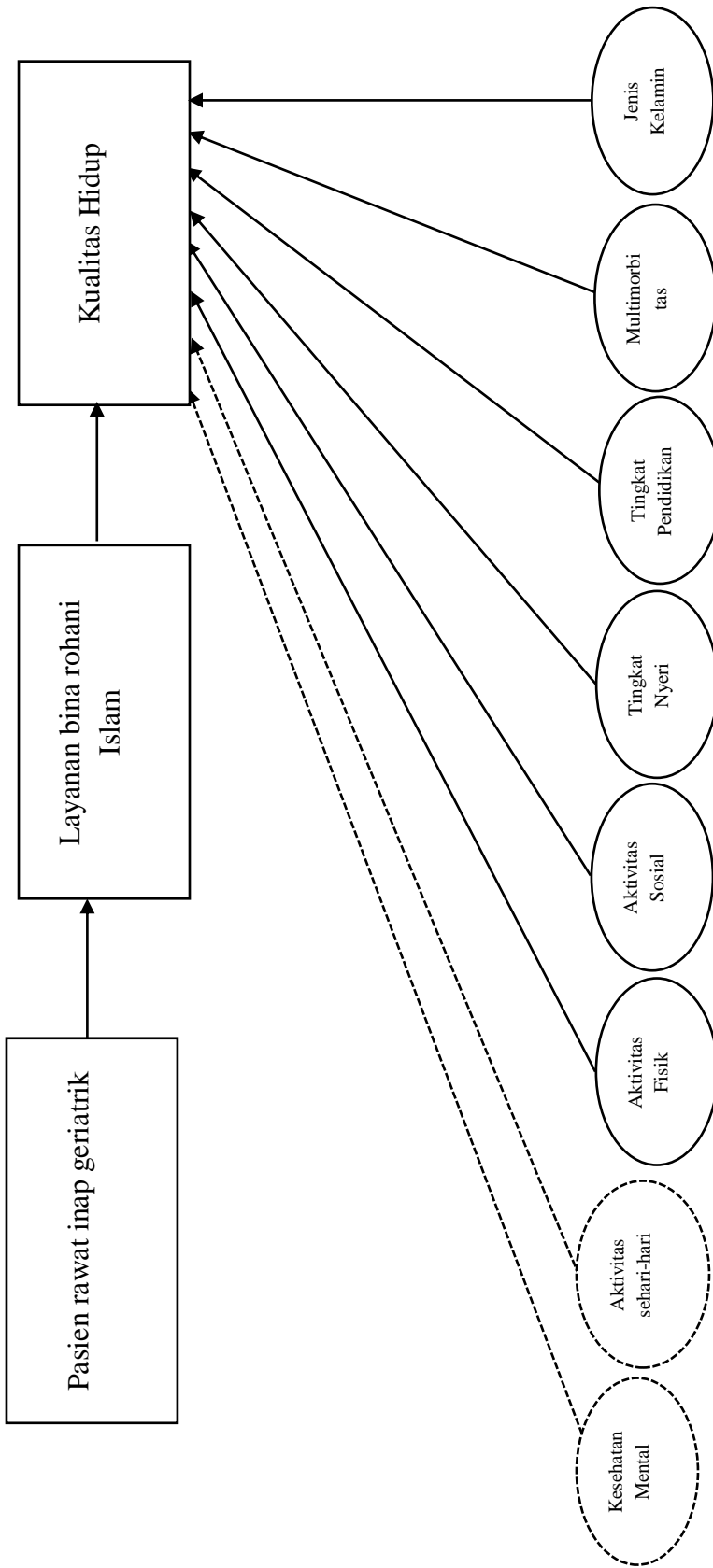
B. Kerangka Teori

Gambar 2. 1 Kerangka Teori



C. Kerangka Konsep

Gambar 2. 2 Kerangka Konsep



D. Hipotesis

H₀ : Tidak ada perbedaan bermakna kualitas hidup pasien rawat inap geriatrik sebelum pemberian layanan bina rohani Islam dan setelah pemberian layanan bina rohani Islam.

H₁ : Terdapat perbedaan bermakna kualitas hidup pasien rawat inap geriatrik sebelum pemberian layanan bina rohani Islam dan setelah pemberian layanan bina rohani Islam.