

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Profil Singkat Rumah Sakit

1. Gambaran RS PKU Muhammadiyah Gamping

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta awalnya didirikan berupa klinik dan poliklinik pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Awalnya bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem) dengan maksud menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa'. Pendirian pertama atas inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Pada tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta (sekarang Jalan K.H. Ahmad Dahlan). Pada tahun 1936 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi lagi ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Pada tahun 1970-an status klinik dan poliklinik berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Bersamaan dengan berkembangnya berbagai amal usaha di bidang kesehatan, termasuk di dalamnya adalah RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta maka Pimpinan Pusat perlu mengatur gerak kerja dari amal usaha Muhammadiyah bidang kesehatan melalui Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Dalam Surat

Keputusan tersebut diatur tentang misi utamanya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Kaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Dalam rangka memperluas cakupan pelayanan yang pada saat itu tidak mampu lagi dicover oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Ahmad Dahlan, maka dikembangkan unit pelayanan baru RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II di Gamping Jalan Wates. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yang merupakan pengembangan dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit I dibuka pada tanggal 15 Februari 2009. Pada tanggal 16 Juni 2010 Rumah Sakit mendapatkan ijin operasional sementara (Ramadhan, 2017).

Pada bulan Juni tahun 2012, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit II berhasil lulus akreditasi 5 Bidang Pelayanan yang dikukuhkan dengan sertifikat akreditasi dari KARS dengan Surat Keputusan No KARS-SERT/600/VI/2012. Tahap ini memuluskan jalan untuk mengurus ijin tetap sebagai Rumah Sakit Tipe C. Pada akhirnya RS PKU Muhammadiyah mendapatkan ijin operasional sebagai RS Tipe C pada tanggal 18 November 2013 melalui SK Menteri Kesehatan No : HK.02.03/I/1976/2013. Dalam perjalanan waktu RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II perlu untuk menyesuaikan strategi bisnisnya dengan

melakukan rebranding yang salah satunya dengan mengubah nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping. Perubahan ini dikuatkan dengan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Sleman No. 503/2026/626/DKS/2016 tentang Pemberian Ijin Operasional RS PKU Muhammadiyah Gamping. Diharapkan dengan brand baru akan makin menguatkan posisi bisnis RS PKU Muhammadiyah Gamping. Sejak tahun 2016 awal pengembangan arah dan strategi pengembangan menggunakan nama menjadi RS PKU Muhammadiyah Gamping dimaksudkan untuk nantinya menjadi Rumah Sakit Pendidikan Utama. Hal ini tentu saja membutuhkan rencana strategi yang berbeda dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Di samping itu lingkungan bisnis dan pengaruh regulasi bidang pelayanan kesehatan yang penuh dinamika perlu direspon dalam rencana jangka pendek, menengah maupun panjang (Ramadhan, 2017).

VISI: Mewujudkan RS Pendidikan Utama dengan keunggulan dalam pelayanan kesehatan, pendidikan dan riset dengan sistem jejaring dan kemitraan yang kuat pada tahun 2018.

MISI: 1. Misi Pelayanan Publik/Sosial

2. Misi Pendidikan

3. Misi Penelitian dan Pengembangan

4. Misi Dakwah

2. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Gamping memiliki total 149 *Bed* yang terdiri dari : 17 *Bed* Kelas VVIP, 12 *Bed* Kelas VIP, 16 *Bed* Kelas 1, 16 *Bed* Kelas 2, 68 *Bed* Kelas 3.

3. Tingkat Kunjungan Rawat Inap

Dalam mengukur tingkat kunjungan rawat inap dapat diketahui dengan menggunakan indikator-indikator kinerja rumah sakit diantaranya BOR, ALOS, BTO, TOI, NDR dan GDR. Pada penelitian ini peneliti mendapatkan data dari bagian data dan rekam medis RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta sebagai berikut:

Tabel 4. 1 Tingkat Kunjungan Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Gamping Bulan April 2019

Indikator	April 2019	Standart DEPKES
BOR	75.81%	60-85%
ALOS	3.49hari	6-9 hari
BTO	65.2 kali	40-50 kali
TOI	1.11 hari	1-3 hari
NDR	14.07 permil	<25 permil
GDR	28.85 permil	<45 permil

Sumber Data Sekunder yang diolah, April 2019

a. BOR (*Bed Occupancy Rate*)

Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai BOR yang ideal antara 60%-85%. Berdasarkan tabel 4.1 di atas, menunjukkan bahwa tingkat BOR pada bulan April 2019 sebesar 75.81% dimana angka ini termasuk angka ideal yang ditetapkan Depkes RI.

b. *ALOS (Average Length of Stay)*

Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dan juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Nilai ALOS yang ideal antara 6-9 hari. Berdasarkan tabel 4.1 di atas, menunjukkan bahwa pada bulan April 2019 ALOS RS PKU Muhammadiyah Gamping menunjukkan angka 3,49 hari. Semakin menurunnya nilai ALOS maka menunjukkan kinerja pelayanan kesehatan rumah sakit semakin baik.

c. *BTO (Bed Turn Over)*

BTO merupakan frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakaidalam satu satuan waktu tertentu. Angka ideal untuk tingkat BTO adalah 40-50 kali. Berdasarkan tabel 4.1 di atas, menunjukkan bahwa pada bulan April 2019 tingkat BTO mencapai angka 65,2 kali dan jumlah berada di atas nilai standart yang ditetapkan oleh DEPKES.

d. *TOI (Turn Over Internal)*

Berdasarkan tabel 4.1 di atas, angka standar tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1-3 hari. Pada bulan April 2019 tingkat TOI hanya 1.11 hari, ini merupakan angka ideal sesuai yang ditetapkan oleh DEPKES RI.

e. *NDR (Net Death Rate)*

NDR bertujuan untuk memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Dalam indikator ini menunjukkan bahwa jika semakin kecil nilai NDR, maka semakin baik perawatan dan pencegahan yang

dilakukan oleh pihak rumah sakit. Nilai NDR yang diharapkan masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000 pasien keluar. Berdasarkan tabel 4.1 di atas, menunjukkan bahwa pada bulan April 2019 tingkat NDR sebesar 14.07 permil. Tingkat NDR sudah mencapai standar yang telah ditetapkan.

f. *GDR (Gross Death Rate)*

Indikator ini menunjukkan perbandingan antara pasien mati dengan jumlah setiap 100 pasien keluar, semakin rendah GDR, maka semakin baik kinerja komponen ini. Berdasarkan tabel 4.1 di atas, menunjukkan bahwa tingkat GDR bulan April 2019 sebesar 28.85 permil. Nilai ini masih dalam batas standart sesuai dengan standart yang ditetapkan oleh DEPKES.

B. Pelayanan Bina Rohani Islam Di RS PKU Gamping

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilaksanakan tanggal 21 Mei 2017 dilakukan wawancara kepada petugas layanan Bina Rohani Islam di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, didapatkan informasi yang menyebutkan Bina Rohani Islam atau pendekatan secara Islami yang terdapat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta bertujuan untuk meningkatkan tingkat spiritual pasien. Bimbingan dilakukan seperti dengan tuntunan doa dan sholat, meyakinkan pasien untuk semangat melawan penyakitnya dan menanam rasa kepercayaan bahwa ada Allah yang selalu ada untuk membantu pasien. Akan tetapi belum pernah ada penelitian untuk mengevaluasi manfaat dan fungsi dari layanan bina rohani Islam untuk

meningkatkan kualitas hidup pasien. Kemudian pada tanggal 22 April 2019 dilakukan wawancara kepada supervisor layanan Bina Rohani Islam di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta ,didapatkan informasi bahwa semua pasien rawat inap berhak mendapatkan layanan bina rohani Islam sesuai dengan prosedur.Petugas-petugas layanan bina rohani Islam dibagi menjadi kelompok kecil kurang lebih 3 orang mendatangi pasien pada saat pagi atau sore hari yang kemudian ditulis di dalam rekam medis pasien.Pasien pun berhak untuk mengunjungi atau menghubungi layanan Bina Rohani Islam apabila diperlukan.

C. Hasil

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan penelitian di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta sejak bulan Desember 2018 sampai dengan bulan Januari 2019. Minimal sampel yang didapatkan dari hasil penghitungan adalah 93 sampel.

1. Analisis Univariat

Tabel 4. 2 Jenis kelamin

Kategori	Frekuensi	%
Laki-laki	60	56.6%
Perempuan	46	43.4%
Total	106	

Dalam tabel 4.2 menunjukkan bahwa jenis kelamin memiliki frekuensi yang lebih banyak dibandingkan jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 56.6%.

Tabel 4. 3 Usia

Kategori usia	Frekuensi	%
60	13	12.3%
61	15	14.2%
62	20	18.9%
63	11	10.4%
64	25	23.6%
65	8	7.5%
66	10	9.4%
67	4	3.8%
Total	106	100%

Dalam tabel 4.3 menunjukkan bahwa pasien dengan jumlah frekuensi yang paling banyak adalah pasien yang berusia 64 tahun dengan jumlah 25 orang atau 23.6%.

Tabel 4. 4 Tingkat Pendidikan

Kategori	Frekuensi	%
SMA	86	81.1
PT	20	18.9
Total	106	100.0

Pada tabel 4.4 menunjukkan bahwa lebih banyak pasien dengan tingkat pendidikan SMA dibandingkan dengan pasien dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi.

Tabel 4. 5 Multimorbiditas

Kategori	Frekuensi	%
Ada multimorbiditas	70	66.0
Tidak ada multimorbiditas	36	34.0
Total	106	100.0

Pada tabel 4.5 menunjukkan pasien dengan multimorbiditas lebih banyak daripada pasien tanpa multimorbiditas yaitu sebanyak 70 orang.

Tabel 4. 6 aktivitas fisik

Kategori	Frekuensi	%
Tidak pernah	17	16.0
Jarang	41	38.7
Rutin	48	45.3
Total	106	100.0

Pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa diantara 106 orang pasien kebanyakan melakukan aktivitas fisik secara rutin dengan jumlah 48 orang.

Tabel 4. 7 aktivitas sosial

Kategori	Frekuensi	%
Tidak pernah	15	14.2
Jarang	41	38.7
Rutin	50	47.2
Total	106	100.0

Dalam tabel 4.7 menunjukkan bahwa kebanyakan pasien melakukan aktivitas sosial secara rutin dengan jumlah 50 orang.

Tabel 4. 8 Tingkat Nyeri

Kategori	Frekuensi	%
Ringan	88	83.0
Sedang	18	17.0
Total	106	100.0

Dalam tabel 4.8 menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat nyeri ringan lebih banyak daripada pasien dengan tingkat nyeri sedang dan berat.

2. Analisis Bivariat

Untuk menilai sebaran data pada variabel penelitian apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal atau tidak, dilakukan uji normalitas

dengan metode perhitungan *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test* dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4. 9 Hasil Uji Normalitas dengan *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test*

<i>Variabel</i>	<i>Probability Value</i>	<i>N</i>
<i>Pretest</i>	0.001	106
<i>Posttest</i>	0.000	106

Dalam tabel 4.9 menunjukkan bahwa dari hasil uji normalitas dengan *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test* didapatkan signifikansi *Pre Test* kuesioner kualitas hidup sebesar 0.001 dan signifikansi *Post Test* kuesioner kualitas hidup sebesar 0.000 yang berarti data tersebut terdistribusi tidak normal karena besar signifikansi adalah <0.05 . Data dikatakan memiliki distribusi normal adalah apabila memiliki nilai signifikansi >0.05 .

Untuk mengetahui perbedaan kualitas hidup pasien geriatrik sebelum dan sesudah pemberian layanan bina rohani Islam maka digunakan uji *Wilcoxon* dengan hasil sebagai berikut :

Tabel 4. 10 Hasil Uji *Wilcoxon*

<i>Variable</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Probabilty Value</i>	<i>N</i>
<i>Pretest</i>	54.47	9.156	0.000	106
<i>Posttest</i>	60.95	7.032	0.000	106

Dalam tabel 4.10 menunjukkan bahwa berdasarkan uji statistik dengan menggunakan *Wilcoxon* didapatkan nilai signifikansi sebesar 0.000 yang berarti H_1 diterima sehingga terdapat perbedaan bermakna kualitas hidup pasien rawat inap geriatrik antara sebelum pemberian

layanan Bina Rohani Islam dengan sesudah pemberian layanan Bina Rohani Islam.

Selain mengidentifikasi perbedaan kualitas hidup pasien sebelum dan sesudah pemberian layanan bina rohani islam , dilakukan juga identifikasi pengaruh dari variabel perancu yaitu adanya multimorbiditas, aktivitas fisik, aktivitas sosial, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat nyeri pasien terhadap kualitas hidup pasien.

Tabel 4. 11 Hasil Uji Regresi Linear Berganda dengan Uji Anova (*posttest*)

Model	Signifikansi
Multimorbiditas	0.877
Aktivitas fisik	0.165
Aktivitas sosial	0.734
Jenis Kelamin	0.854
Tingkat Pendidikan	0.697
Tingkat Nyeri	0.126

Pada tabel 4.11 menunjukkan nilai signifikansi di atas 0.005 yang artinya multimorbiditas, aktivitas fisik, aktivitas sosial, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat nyeri tidak berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien baik dilihat dari hasil post test yang diberikan kepada pasien.

D. Pembahasan

Kuesioner OPQOL-Brief yang digunakan dalam penelitian ini merupakan versi singkat dari OPQOL-35 yang dikembangkan oleh Bowling, *et al* (2013). Pada OPQOL-Brief terdapat delapan domain yang diukur di dalamnya, domain-domain tersebut adalah : 1) kehidupan secara keseluruhan, 2) kesehatan, 3) hubungan sosial, 4) kemandirian, kontrol hidup dan kebebasan, 5) lingkungan tempat tinggal, 6) kesejahteraan psikologis dan

emosional, 7) keadaan finansial, dan 8) aktivitas waktu luang. Skala ini terdiri dari 13 item yang terpilih dari OPQOL-35 dan disusun dalam bentuk *likert*. Pilihan dalam menjawab terdiri dari lima kategori respon, untuk *item* pertama pilihan respon yaitu sangat baik, baik, biasa saja, buruk dan sangat buruk. Sedangkan untuk *item* kedua hingga terakhir pilihan respon yang disediakan adalah sangat setuju, setuju, ragu, tidak setuju, dan sangat tidak setuju.

Spiritualitas beberapa tahun terakhir mendapat perhatian yang cukup luas dibandingkan dengan beberapa unsur-unsur lain yang dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup seseorang. Kesejahteraan spiritual diartikan sebagai suatu kondisi atau system kepercayaan dimana kehidupan terlihat sebagai suatu hubungan total dengan Tuhan, diri sendiri, manusia lain, dan lingkungan yang mana semua unsur ini saling memelihara dan saling menghargai sehingga tercipta kebersamaan yang utuh. Kepuasan, memiliki tujuan, serta menikmati hidup adalah karakteristik orang-orang yang memiliki kesejahteraan spiritual yang baik (Jadidi *et al*, 2015).

Pentingnya unsur spiritualitas ini juga menjadikan spiritualitas menjadi salah satu komponen yang penting dalam *palliative care*. Tujuan dari *palliative care* sendiri adalah untuk mencegah dan mengurangi penderitaan serta memberikan dukungan untuk mencapai kualitas hidup terbaik yang paling mungkin dapat dicapai oleh pasien dan keluarganya tanpa menghiraukan stadium sakitnya maupun kebutuhan pasien akan terapi lain (Puchalski *et al*, 2009).

Keterlibatan agama atau spiritualitas dapat memainkan peran perlindungan dalam kesehatan, mencegah masalah kesehatan atau membantu dalam pemulihan atau penyesuaian terhadap masalah kesehatan, dan mungkin menjadi faktor dalam mengatasi kondisi kronis dan kecacatan yang disebabkan. Dalam kasus lain, agama mungkin memainkan peran yang lebih menghibur dan dapat dimobilisasi untuk mengatasi penyakit atau stress, yang mengarah pada hubungan antara ukuran agama dan kesehatan. Pada lansia, agama dan spiritualitas berhubungan dengan resiko gangguan kesehatan mental yang lebih rendah terutama masalah depresi serta berhubungan juga dengan kondisi kualitas hidup yang lebih baik (Lucchetti *et al*, 2011)

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dipaparkan sebelumnya, disimpulkan bahwa layanan bina rohani Islam memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup pasien rawat inap geriatrik. Hal ini dikarenakan layanan bina rohani sangat berpengaruh terhadap kondisi spiritual dimana spiritual ini secara tidak langsung juga mempengaruhi kondisi kesehatan pasien. Menurut Hamid yang dibahas dalam jurnal penelitian Zainal Arifin (2012), jika seseorang berada dalam kondisi dimana asupan spiritualnya kurang, maka akan menyebabkan suatu kondisi distress spiritual yang akan menyebabkan individu tersebut mengalami gangguan spiritual. Distress spiritual merupakan etiologi munculnya masalah lain salah satunya adalah gangguan penyesuaian terhadap penyakit.

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Riza Azizatul (2014) selain berpengaruh terhadap kualitas hidup, layanan bina rohani juga memiliki pengaruh terhadap motivasi kesembuhan pasien. Semakin baik kualitas pelayanan bimbingan rohani Islam semakin tinggi motivasi kesembuhan pasien, dan sebaliknya semakin buruk kualitas pelayanan bimbingan rohani Islam semakin rendah pula motivasi kesembuhan pasien.

Penelitian yang dilakukan di Brazil terhadap pasien geriatrik di RS Santa Casa menunjukkan bahwa keagamaan memiliki korelasi negative dengan gejala depresif dan tingkat nyeri. Sedangkan keagamaan memiliki korelasi positif dengan kualitas hidup dan fungsi kognitif. Alasan yang mungkin dapat menjelaskan mengenai adanya korelasi positif antara keagamaan dan kualitas hidup adalah karena pasien yang memiliki tingkat religiusitas tinggi memiliki dukungan social, harapan, optimism, serta kemampuan dalam *self control* yang lebih baik (Lucchetti *et al*, 2011).

Giaquinto *et al* (2008) menemukan sebanyak 132 pasien yang harus dirawat inap di rumah sakit untuk menjalani rehabilitasi stroke dengan tingkat kepercayaan religious tinggi memiliki pengaruh terhadap kemampuannya untuk mengatasi masalah setelah serangan stroke terutama dalam mengatasi distress emosional yang dialaminya (Saad *et al*, 2010)

Pada lansia atau pasien geriatrik yang memiliki keterbatasan fisik seperti keterbatasan penglihatan atau pada penderita kanker prostat, spiritualitas memiliki efek yang positif terhadap kondisi mental pasien tersebut dikarenakan ia terpaksa harus bergantung pada orang lain dan memiliki

keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan peran sosialnya. Oleh karena itu, lansia atau pasien geriatrik dengan penyakit tertentu dan level spiritualitas yang rendah akan lebih rentan untuk mengalami distress emosional berkaitan dengan berkurangnya kemampuan pasien untuk bisa hidup secara mandiri (Saad *et al*, 2010).

Hal-hal yang berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien bersifat multidimensional diantaranya adalah kualitas dari *palliative care* yang didapatkan pasien, hubungan pasien dengan keluarga dan teman-temannya, ketertarikan pasien terhadap suatu aktifitas atau hobi tertentu, pandangan umum pasien terhadap kehidupan, serta pertimbangan pasien mengenai masa depan terkait dengan kematiannya. Pada pasien yang harus menghadapi penyakit yang membahayakan jiwa seperti kanker, agama dan religiusitas menjadi unsur yang sangat penting dan berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka (Tarakeshwar *et al*, 2006).

Pada beberapa penelitian yang dilakukan, secara konstan ditemukan bahwa agama merupakan unsur penting dalam mekanisme *coping* pada mereka yang menderita penyakit-penyakit yang mengancam jiwa. Pentingnya agama dalam mekanisme coping ini terutama ditemukan pada kelompok populasi yang seringkali terabaikan hak-haknya dan kesulitan untuk memperoleh akses kesehatan seperti kaum minoritas, wanita, dan geriatrik atau pasien lanjut usia (Tarakeshwar *et al*, 2006).

Faktor lain yang berpengaruh dengan kualitas hidup pada lansia adalah umur dan jenis kelamin. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan di Iran,

ditemukan bahwa lansia dengan jenis kelamin wanita memiliki kondisi kapasitas fungsional dan kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan lansia dengan jenis kelamin laki-laki. Hal ini berkebalikan dengan pandangan masyarakat umum yang menganggap wanita memiliki harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Pengaruh jenis kelamin terhadap kualitas hidup lansia ini diduga juga berhubungan dengan faktor sosioekonomik dan budaya yang berkembang dimana laki-laki cenderung lebih bebas untuk bisa menikah lagi setelah pasangannya meninggal dunia. Laki-laki juga cenderung mendapat penghargaan social yang lebih tinggi dibandingkan dengan wanita ketika ia menikah lagi (Jadidi *et al*, 2015).

Kerentanan pada wanita lansia di Iran ini tidak hanya disebabkan karena factor gender tetapi juga karena faktor umur. Hal ini berhubungan dengan banyaknya penyakit kronik yang kemungkinan besar dapat menyerang pada lansia sehingga pada akhirnya berpengaruh juga terhadap kualitas hidup lansia tersebut (Jadidi *et al*, 2015).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa aktivitas fisik tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup pasien. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Halaweh, Hadeel (2015) yang menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara aktivitas fisik dengan kualitas hidup pasien geriatrik.

Kelompok subjek dengan aktivitas fisik yang rendah memiliki resiko lebih tinggi untuk terkena penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskular, hipertensi dan diabetes. Aktivitas fisik sedang atau moderat seperti berjalan,

berkebun, dan olahraga ringan memiliki manfaat yang baik dan dapat menurunkan resiko penyakit kardiovaskular sebanyak 30-50%. Dibandingkan kelompok subjek dengan aktivitas fisik yang rendah, kelompok subjek dengan aktivitas fisik yang sedang dan tinggi memiliki skor mobilitas yang lebih baik. Kelompok subjek dengan kualitas hidup yang paling tinggi adalah kelompok dengan aktivitas fisik yang tinggi. aktivitas fisik yang lebih tinggi memiliki kontribusi atau berpengaruh untuk dapat mengurangi disabilitas pada geriatrik (Halaweh *et al*, 2015).

WHO mendefinisikan penuaan sebagai suatu proses yang menggunakan keamanan, partisipasi 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).

Dari hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nyeri tidak memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup pasien geriatrik. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rock, Hopman (1997) yang menunjukkan bahwa geriatrik dengan nyeri kronis pada pinggul atau lutut memiliki kualitas hidup yang relatif lebih rendah. Kualitas hidup antara geriatrik dengan nyeri kronis pada pinggul atau lutut dengan kualitas hidup geriatrik tanpa nyeri memiliki perbedaan sebesar 10%.

Sebuah penelitian yang meneliti tentang pengaruh nyeri pada pasien geriatrik dengan kanker menunjukkan bahwa nyeri merupakan salah satu

faktor yang berpengaruh terhadap menurunnya kualitas hidup pasien. Akan tetapi dari penelitian ini tidak dapat dijelaskan alasan mengapa nyeri berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien. Disebutkan bahwa kemungkinan terdapat berbagai faktor yang multidimensional sehingga nyeri dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien yang menjadi subjek penelitian (Cheng dan Lee, 2011).

E. Keterbatasan Penelitian

1. Pemberian layanan bina rohani Islam dilakukan oleh orang yang berbeda sehingga dapat memunculkan bias.
2. Tidak ada kelompok kontrol karena semua pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Gamping mendapat layanan bina rohani Islam.