

**PENGARUH PELAYANAN HOLISTIK TERHADAP
TINGKAT DEPRESI PASIEN TERMINAL
(Studi Kasus RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga)**



SKRIPSI

Diajukan Untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Guna Menempuh Gelar Sarjana Sosial Islam (S.Sos.I)
Jurusan Bimbingan dan Penyuluhan Islam (BPI)

Oleh:

Ady Gunawan Prasetyo

101111003

**FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI WALISONGO**

SEMARANG

2015



KEMENTERIAN AGAMA

UNIVERSITAS AGAMA ISLAM NEGERI WALISONGO

FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI

Jl. Prof. Dr. Hamka KM.2 (Kampus III) Ngaliyan, Semarang 50185 Telp. (024) 7606405

NOTA PERSETUJUAN PEMBIMBING

Lamp : 5 (lima) eksemplar

Hal : Persetujuan Naskah Skripsi

Kepada:

Yth. Bapak Dekan Fakultas

Dan Komunikasi UIN Walisongo

Semarang

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Setelah membaca, mengadakan koreksi dan perbaikan sebagai mana mestinya, maka kami menyatakan bahwa skripsi saudara:

Nama : Ady Gunawan Prasetyo

NIM : 101111003

Fak/ Jur. : Dakwah dan Komunikasi / BPI

Judul Skripsi : Pengaruh Pelayanan Holistik dalam Mengatasi Tingkat Depresi Pasien Terminal (Studi Kasus RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga)

Dengan ini telah saya setuju dan mohon agar segera diujikan. Demikian, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, 11 Mei 2015

Pembimbing,

Bidang Subtansi Materi


Yuli Nurkhasanah, M.Hum

NIP : 19710729 199703

Bidang Metodologi & Tatatulis


Ema Hidayanti, M.S.I

NIP : 19820307 200710 2 012

SKRIPSI

PENGARUH PELAYANAN HOLISTIK TERHADAP TINGKAT DEPRESI
PASIHEN TERMINAL

(Studi Kasus RSUD Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga)

Disusun Oleh:

Ady Gunawan Prasetyo

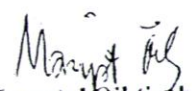
101111003

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji


Pada tanggal Juni 2015 dan dinyatakan telah lulus memenuhi syarat guna
memperoleh Gelar Sarjana Sosial Islam (S.Sos.I)

Susunan Dewan Penguji

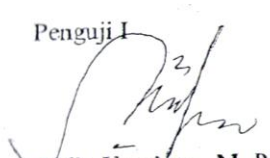
Ketua Dewan Penguji/Dekan


Dra. Marvatul Dibtivah, M. Pd
NIP. 19680113 199403 2601

Sekretaris Dewan Penguji


Yuli Nurkhasanah, M.Hum
NIP. 19710729 199703 2005


Penguji I


Anila Umriana, M. Pd
NIP. 19790427 200801 2612

Penguji II

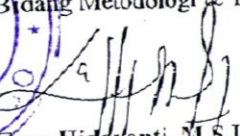

Hj. Widayat Mintarsih, M. Pd
NIP. 19690901 200501 2001

Pembimbing,
Bidang Subtansi Materi


Yuli Nurkhasanah, M.Hum
NIP. 19710729 199703




Bidang Metodologi & Tata tulis


Ema Hidayanti, M.S.I
NIP. 19820307 200710 2 012

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi di lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/ tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan didalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, 11 Mei 2015



Adv Gunawan Prasetyo
101111003

MOTTO

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ﴿٥﴾ إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ﴿٦﴾

**“ Karena Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan,
Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”
(QS. Al-Insyirah:5-6)**

PERSEMBAHAN

Persembahan karya ilmiah ini teruntuk :

- Bapak dan Ibu saya tercinta, Bapak Gunardi dan Ibu Suwarti yang selama ini telah mencurahkan segala kerja keras dan kasih sayangnya kepada saya, sehingga saya dapat menyelesaikan pendidikan dengan baik.
- Kakak dan adik saya Andry Setiawan dan Andika Tri Wibowo, yang selama ini telah sepenuh hati mendukung pendidikan saya dan selalu memberikan nasihat untuk saya.
- Baitin Khusnul Chotimah yang selalu menemani dan memotifasi sehingga dapat selesainya sekripsi ini.

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufiq, hidayah, dan inayah-Nya kepada peneliti sehingga karya ilmiah yang berjudul *Pengaruh Pelayanan Holistik terhadap Tingkat Depresi Pasien Terminal (Studi Kasus RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga)* dapat terselesaikan walaupun setelah melalui beberapa hambatan dan rintangan. Shalawat dan salam semoga terlimpah kepada Nabi Muhammad SAW yang telah mengantar umatnya dari zaman kebodohan sampai pada zaman terangnya kebenaran dan ilmu pengetahuan.

Terima kasih penulis sampaikan kepada semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu peneliti selama proses penulisan skripsi ini. Untuk itu, di dalam kesempatan ini peneliti mengucapkan terimakasih sebanyak-banyaknya kepada :

1. Yang terhormat, Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Walisongo Semarang Bapak Dr. H. Awaluddin Pimay, M.Ag., beserta jajarannya yang telah memberikan restu kepada peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.
2. Yang Terhormat, Ibu Dra.Mariyatul Qibtiyah., M.Pd, selaku Ketua Jurusan BPI dan Ibu Anila Umriana, M.Pd., selaku Sekretaris Jurusan BPI yang telah memberikan izin untuk penelitian ini.
3. Yang terhormat, Ibu Yuli Nurkhasanah, M.Hum., selaku pembimbing bidang substansi materi, yang sangat teliti dan sabar dalam membimbing, menuntun, dan memotivasi peneliti dalam menyelesaikan karya ilmiah ini.

4. Yang terhormat, Ibu Ema Hidayanti, M.Si., selaku pembimbing bidang metodologi dan tata tulis, yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan semangat kepada peneliti sehingga karya ilmiah ini dapat terselesaikan.
5. Yang terhormat, Bapak dan Ibu dosen Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Walisongo, yang telah memberikan ilmu pengetahuan kepada peneliti selama dalam masa perkuliahan.
6. Direktur RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga beserta jajarannya yang telah memberikan ijin penelitian dan memberikan informasi data yang penulis butuhkan.
7. Dr. Lilik, Sp. Rad,. Terimakasih banyak telah membantu dan memberikan nasehat serta masukan.
8. Keluarga besar Asteend FC, Fuad, Roby, Aqin, Baim dan keluarga yang lain.

Kepada mereka semua tidak ada sesuatu yang dapat peneliti berikan sebagai imbalan, kecuali do'a "Semoga Allah membalas kebaikannya dengan balasan yang lebih baik dan lebih banyak".

Dalam penyelesaian karya ilmiah ini peneliti telah mencurahkan segenap usaha yang maksimal dengan berbagai keterbatasan yang dimiliki oleh peneliti. Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan kesalahan, baik dari segi isi maupun tulisan. Oleh karena itu kritik dan saran yang bersifat konstruktif sangat peneliti harapkan demi kesempurnaan di masa yang akan datang.

Akhirnya dengan segala kerendahan hati peneliti berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti dan pembaca yang budiman. Kesempurnaan hanya milik Allah SWT dan segala kekurangan milik kita semua.

Semarang, 11 Juni 2015

Peneliti

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1	Perbedaan Pengobatan Medis Dan Holistik	14
Tabel 2	Blue Print Skala Pelayanan Holistik	44
Tabel 3	Blue Print Skala Pelayanan Holistik Setelah Uji Validitasi	45
Tabel 4	Blue Print Skala Depresi Pasien Terminal	46
Tabel 5	Blue print skala depresi pasien Terminal setelah uji validitas	47
Tabel 6	Subjek responden	58
Tabel 7	Descriptive Statistics	62
Tabel 8	Correlatons	62
Tabel 9	Anova	63
Tabel 10	Model Summary	
Tabel 11	Coefficients	

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1a Skala Pelayanan Holistik Sebelum Ujicoba	76
Lampiran 1b Skala Pelayanan Holistik Pasca Ujicoba	79
Lampiran 2a Skala Depresi Pasien Terminal Sebelum Ujicoba	81
Lampiran 2b Skala Depresi Pasien Terminal PascaUjicoba	84
Lampiran 3a Uji Validitas dan Realibilitas Pelayanan Holistik	86
Lampiran 3b Uji Validitas dan Realibilitas Depresi Pasien Terminal	88
Lampiran 4 Skor Perolehan Subjek	90

ABSTRAK

Penelitian ini berjudul “Pengaruh Pelayanan Holistik Terhadap Tingkat Depresi Pasien Terminal (studi kasus: RSUD dan Holistik sejahtera Bhakti) I”. Penelitian ini dilatarbelakangi oleh kondisi pasien penyakit terminal yang mengalami depresi akibat tekanan-tekanan psikologis. Untuk membantu pasien dalam mengatasi depresi yang dialami, pasien terminal membutuhkan motivasi secara menyeluruh dalam pendampingan. Maka, pelayanan holistik yang diberikan secara intensif oleh pihak RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga diperkirakan mampu membantu mengatasi permasalahan tersebut.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, yang bertujuan untuk menguji secara empiris adanya pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien penyakit Terminal di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Pada populasi penelitian ini adalah 50 pasien Terminal yang ada di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Teknik pengumpulan data menggunakan skala pelayanan holistik dan skala depresi pasien. Teknik analisis dalam penelitian ini menggunakan teknik regresi sederhana dengan memanfaatkan program SPSS 16.00.

Hasil temuan penelitian ini adalah: tidak ada pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien Terminal di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Ketidaksignifikansi penelitian ini karena nilai signifikan (p value) lebih besar dari 0,05 dan dengan nilai Nilai R Square sebesar 0,028 yang menunjukkan bahwa besarnya pengaruh pelayanan holistik tingkat depresi pasien terminal di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga hanya sebesar 2,8% dan sisanya sebesar 97,2% dijelaskan oleh prediktor lain dan kesalahan-kesalahan lain (*error sampling* dan *non sampling*). Faktor yang mempengaruhi tidak signifikannya penelitian ini adalah: kejenuhan pasien terminal dalam mendapatkan pelayanan dalam dimensi biologis, kurangnya petugas yang ada di rumah sakit tersebut sehingga kurang maksimal dalam memberikan pelayanan holistik, minimnya kemampuan peneliti dalam melakukan pendekatan pada diri pasien sehingga pasien merasa kurang nyaman pada saat observasi berlangsung

Kata kunci: Pelayanan Holistik, Depresi, dan Pasien Terminal

TRANSLITERASI

Pedoman transliterasi yang dijadikan rujukan dalam tulisan skripsi ini adalah pedoman yang dipakai pada lembaga Anglo-saxon seperti Library of Congress (Washington D.C., U.S.A.) disertai dengan sedikit modifikasi pada tanda bacaan panjang. Adapun perinciannya sebagai berikut:

Arab	Indonesia
ا	‘
ب	B
ت	T
ث	Th
ج	J
ح	H
خ	Kh
د	D
ذ	Dh
ر	R
ز	Z
س	S
ش	Sh
ص	s.
ض	d.

ط	t.
ظ	z.
ع	.
غ	Gh
ف	F
ق	Q
ك	K
ل	L
م	M
ن	N
و	H
ه	W
ي	Y
ة	A
.....ة	At

Vokal Pendek/*Short Vowels*:

Arab	Indonesia
Fathah/-	A
Kasrah/_	I
Dhammah	U

Vokal Panjang/*Long vowels*

Arab	Indonesia
نا	Â
و	Û
ئي	Î

ء	Â
ا	Â

Diftong/*Diphthongs*

او	Aw
ئي	Ay

Pembauran kata sandang tertentu

.....ال	al-
.....الش	al-sh
.....وال	Wal

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN	iv
MOTTO.....	v
PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
ABSTRAK.....	xii
TRANSLITERASI.....	xiii
DAFTAR ISI... ..	xv

BAB IPENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Tinjauan Pustaka	9
E. Sistematika Penulisan Skripsi	11

BAB II KERANGKA TEORETIK

A. Pelayanan Holistik.....	14
1. Pengertian Pelayanan Holistik.....	14
2. Dimensi Pelayanan Holistik.....	17
3. Tujuan Pelayanan Holistik.....	19
4. Pelayanan Holistik dalam Dunia Kedokteran.....	19
B. Depresi Pasien Terminal	22
1. Pengertian Depresi.....	22

2. Pasien Terminal.....	23
3. Pengertian Depresi Pasien Terminal.....	25
4. Indikator Depresi Pasien Terminal.....	26
5. Faktor Penyebab Depresi.....	32
6. Dampak Depresi.....	33
C. Hubungan Pelayanan Holistik Terhadap Tingkat Depresi pasien Terminal	36
D. Hipotesis.....	38

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	39
B. Definisi Operasional.....	39
a. Pelayanan Holistik.....	39
b. Depresi Pasien Terminal.....	40
C. Sumber Dan Jenis Data Penelitian	41
D. Populasi dan Sampel	42
E. Teknik Pengumpulan Data	43
F. Teknik Analisa Data	49

BAB IV GAMBARAN UMUM DAN OBJEK PENELITIAN

A. Sejarah dan perkembangan RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.....	52
B. Letak Geografis RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga	53
C. Visi dan Misi Rumah Sakit.....	54
D. Sarana dan Prasarana.....	55
E. gambaran Pelayanan Holistik di RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.....	56

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Subjek Penelitian.....	58
---------------------------	----

B. Uji Prasyarat Regresi.....	59
a. Uji Normalitas.....	59
b. Heteroskedastisitas.....	60
D. Uji Hipotesis.....	61
E. Pembahasan.....	66

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	71
B. Saran	71
C. Penutup	72

DAFTAR PUSTAKA.....

LAMPIRAN.....

BIODATA.....

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sakit merupakan kondisi tidak normal yang menimpa tubuh keseluruhan atau sebagian, dan menyebabkan timbulnya indikasi (Salim, 2009: 7). Sakit merupakan ujian bagi manusia yang dapat memunculkan rasa takut atau khawatir dan menjadikan banyak hikmah di balik ujian sakit yang Allah berikan kepada manusia dalam kehidupan di dunia. Hal tersebut sesuai dengan Firman Allah dalam surat al-Baqoroh ayat 725 yang berbunyi sebagai berikut;

وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ
وَدَشِيرِ الصَّابِرِينَ ﴿٧٢٥﴾

“dan sungguh akan Kami berikan cobaan kepadamu, dengan sedikit ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan. dan berikanlah berita gembira kepada orang-orang yang sabar” (Departemen Agama RI, 2008: 24).

Berdasarkan ayat diatas, Allah menguji manusi denggan ketakutan, kelaparan, kekurangan harta, jiwa dan buah-buahan, namun Allah akan memberikan kabar yang baik bagi orang-orang yang mampu bersabar dalam menghadapi ujian dari Allah. Manusia dalam kondisi sakit akan memiliki respon emosi yang bermacam-macam. Respon emosi akibat sakit yang dialami berupa tekanan psikis seperti munculnya perasaan cemas, stress, depresi, dan perasaan kalut. Akibatnya, proses penyembuhan menjadi terhambat (Hawari, 1996: 18). menjelaskan kondisi stres pada pasien dapat

mengganggu atau menghambat proses penyembuhan. Terhambatnya proses penyembuhan terhadap penyakit disebabkan oleh sistem imun menurun karena stress berkepanjangan. Kondisi ini berpengaruh pada perubahan adaptasi jaringan atau menurunnya sistem imunitas (Salam & Kurniawati, 2008: 17).

Penyembuhan suatu penyakit membutuhkan penanganan secara fisik psikis. Aspek fisik dan psikis perlu ditangani dalam rangka menghindari dampak negatif yang muncul akibat sakit. Salah satu gejala permasalahan psikis yang muncul adalah depresi yang dialami pasien. Depresi adalah akumulasi dari perasaan cemas yang berkepanjangan. Depresi sering terjadi setelah mengalami proses kekecewaan yang berlarut-larut dan panjang (Prasetyo, 2007: 91). Depresi yang muncul akibat penyakit yang dialami memang amat sangat berat salah satunya adalah depresi yang dialami pada pasien sakit terminal.

Pasien penyakit terminal adalah pasien yang mengidap sakit yang sangat membahayakan dan membutuhkan motivasi untuk berupaya bertahan hidup atau sembuh. Peluang kesembuhan atau tetap bertahan hidup bagi pasien terminal memang sangat rendah, untuk itu pasien membutuhkan pelayanan secara khusus baik pelayanan secara medis maupun pelayanan non medis, sehingga pelayanan holistik dinilai sangat diperlukan. Pelayanan holistik diberikan kepada semua pasien, termasuk pasien penyakit terminal. Layanan yang diberikan yaitu sebagai upaya pemenuhan kebutuhan pasien dalam proses penyembuhan. Kebutuhan pasien diantaranya meliputi empat

aspek, yaitu; aspek biologis, aspek psikologis, aspek sosiologis, dan spiritual. Keterangan tersebut sesuai dengan pernyataan yang dikeluarkan oleh WHO atau *World Health Organization* (2008) bahwa sehat meliputi aspek bio, psiko, sosio, dan spiritual (Hawari, 2004: 51). Melihat dari teori yang ada pelayanan holistik memiliki peranan penting dalam mengatasi depresi, khususnya depresi yang terjadi pada pasien terminal. Menurut Carpenito (1995) penyakit terminal adalah suatu proses yang progresif menuju kematian berjalan melalui suatu tahapan proses penurunan fisik, psikososial, dan spiritual bagi individu (<http://cuitycuitytea.blogspot.com>, diunduh 05/19/2014 ; 20: 37).

Kebutuhan pada pasien terminal salah satunya adalah kebutuhan spiritual. Kebutuhan spiritual pada pasien terminal memiliki esensi mendampingi pada saat pasien terminal menghadapi penderitaan ketidakberdayaan, ketakutan dan keputusasaan (Kemp, 2009: 80). Pasien terminal tanpa spiritualitas yang kuat akan mengalami depresi sehingga memunculkan *ansietas* kematian, yaitu keadaan ketika individu mengalami ketakutan kekhawatiran, atau takut yang berhubungan dengan kematian (Carpenito, 2006: 18). Kondisi pasien penyakit terminal yang demikian, perlu bimbingan atau dukungan spiritual dari orang lain, agar pasien tidak menyalahkan Allah SWT yang telah memberikan ujian yang berat.

Dukungan spiritual agar pasien mampu menerima tekanan depresi dalam diri pasien yang dilakukan oleh pembimbing rohani. Pembimbing harus meyakinkan bahwasanya aspek spiritual sangat membantu dalam proses kesembuhan. Hal yang harus dilakukan pula oleh petugas bimbingan

rohani Islam dalam memberikan sesuatu pada pasien, adalah memunculkan suasana nyaman dalam diri pasien sehingga mampu menerima apa yang disampaikan oleh pembimbing. Jika pasien yang dibimbing merasa nyaman dan merasa orang lain (petugas bimbingan rohani Islam) perhatian kepadanya, maka pasien tersebut akan muncul motivasi dalam dirinya sendiri yaitu untuk sembuh dan pasien tersebut merasa masih berguna dalam kehidupan. Mengingat berbagai karakteristik pasien terminal maka dibutuhkan perawatan paliatif (Cemy Nur Fitria dalam Gaster | Jurnal Ilmu Kesehatan, <http://jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/58>, diunduh 25/3/2015, 12: 55).

Perawatan paliatif dikuatkan dengan adanya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif (Kemenkes, 2007). Pada perawatan paliatif, pasien mendapatkan pelayanan berupa penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan kultural dan spiritual, serta dukungan persiapan dan selama masa duka cita yang ditujukan untuk keluarga. Perawatan paliatif adalah salah satu hal yang dilakukan dalam memberikan pelayanan holistik bagi pasien terminal di rumah sakit.

Menurut Hawari (2004: 524) pelayanan holistik dibutuhkan dalam mengatasi depresi yang dialami pasien. Banyak hal yang menjadi sebab munculnya depresi pada waktu sakit. Pengertian depresi sendiri adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (*affective/mood*

disorder), yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketiadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa dan lain sebagainya. Lebih lanjut dijelaskan pula gejala klinis depresi sebagai berikut: 1. Afek disfroik, yaitu perasaan murung, sedih, gairah hidup menurun, tidak semangat, merasa tidak berdaya. 2. Perasaan bersalah, berdosa, penyesalan. 3. Nafsu makan menurun. 4. Berat badan menurun. 5. Konsentrasi daya ingat menurun. 6. Gangguan tidur: insomnia (sukar/tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia (terlalu banyak tidur). Gangguan ini sering sekali disertai dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya mimpi orang yang telah meninggal. 7. Agitasi atau retardasi paikomotor (gaduh gelisah atau lemah tak berdaya) 8. Hilangnya rasa senang, semangat dan minat, tidak suka lagi melakukan hobi, kreativitas menurun, produktivitas juga menurun. 9. Gangguan seksual. 10. Pikiran-pikiran tentang kematian, bunuh diri (Hawari, 2004: 524).

Pelayanan holistik merupakan cara dalam membantu pasien mengatasi penyakit rohani dan tekanan psikis seperti depresi, dalam hal ini pembimbing rohani pasien di rumah sakit sebagai seseorang yang memberi terapi spiritual. Pembimbing rohani pasien rumah sakit berperan sebagai da'i yang berdakwah kepada pasien (sebagai mad'u). Mad'u adalah sasaran dakwah yaitu orang yang menerima materi dakwah Islam. Dakwah adalah upaya mengajak manusia untuk mengerjakan kebaikan dan mengikuti petunjuk, menyuruh mereka berbuat baik dan melarang mereka dari perbuatan buruk agar mereka mendapat kebahagiaan di dunia dan akhirat (Suparta & Hefni, 2009: 7). Pada

rumah sakit, dakwah Islam dapat diberikan melalui bimbingan rohani Islam. Bimbingan Rohani Islam adalah cara paling tepat dalam upaya untuk mendapatkan hasil yang maksimal dari suatu proses penyembuhan psikis dan fisik.

Bimbingan rohani Islam adalah bentuk terapi spiritual pasien yang akan melengkapi pelayanan holistik. Salah satu tujuan bimbingan rohani Islam yaitu agar pasien mampu menumbuhkan motivasi spiritual dalam proses penyembuhan. Proses penyembuhan selalu dimulai dengan motivasi spiritual, yaitu setelah pasien menerima stimulus atau suatu pola stimuli dari lingkungannya maka akan muncul persepsi pasien. Motivasi spiritual pasien terhadap kepasrahan dan kesembuhan, maka akan mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan kegiatan yang akan ditempuh. Sekali pasien memiliki persepsi yang salah mengenai apa yang diterima maka untuk selanjutnya akan sukar diubah persepsi yang sudah melekat tadi, sehingga dengan demikian ia akan mempunyai struktur kognitif yang salah. Upaya pembentukan persepsi positif tidak cukup dengan bimbingan rohani Islam saja, namun harus diberikan layanan secara menyeluruh.

Pelayanan holistik dinilai menjadi alternatif yang tepat dalam mengatasi depresi yang terjadi pada pasien penyakit terminal. Melihat tersebut peneliti telah mencoba melihat pelayanan yang dilakukan di beberapa rumah sakit, namun kebanyakan rumah sakit kurang memperhatikan berbagai aspek dalam pelayanan holistik. Hal tersebut dapat dilihat dari kebanyakan rumah sakit yang kurang memperhatikan kebutuhan spiritual

dalam diri pasien, dan hanya mengandalkan pengobatan secara medis saja. Namun terdapat rumah sakit yang dinilai peneliti telah memiliki keunggulan dalam hal pelayanan holistik yaitu RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Hal tersebut muncul karena RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga memiliki cara khusus dibandingkan rumah sakit lain yang telah peneliti amati khususnya dalam pelayanan holistik yang diberikan. Sehingga mampu membantu pasien dalam menghadapi permasalahan yang dialami. Informasi tersebut didapatkan dari hasil wawancara dari dokter (Prof. DR. H Hariyoko) dan juga dari keluarga pasien yang dirawat disana (Bp. Ngaliman dari Nganjuk) yang peneliti lakukan pada hari “Selasa 6 Januari 2015” di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Hasil wawancara pada Ustad H. Sanuri (pembimbing rohani RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga), menjelaskan bahwa, depresi sering terjadi pada pasien terminal. Depresi yang dialami oleh pasien terminal sering memperburuk kondisi dari pasien khususnya pasien penyakit terminal, dan permasalahan depresi terkadang menjadi kendala yang serius dari proses pengobatan. Pendekatan secara holistik dinilai mampu membantu pasien terminal dalam mengatasi depresi. Pendekatan holistik dinilai mampu membantu pasien terminal dalam menghadapi depresi karena dalam pelayanan holistik memperhatikan aspek psiko, sosial, spiritual, disamping aspek medis. Melihat dari fenomena tersebut peneliti mengambil judul dalam penelitian ini dengan judul “Pengaruh Pelayanan Holistik Terhadap Tingkat Depresi Pasien Terminal”

dengan studi kasus di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini yaitu: Adakah pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga?

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah diuraikan di atas, tujuan penelitian ini adalah untuk menguji secara empiris pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.

2. Manfaat Penelitian

Penelitian ini, diharapkan dapat memberikan manfaat baik dari aspek teoretik maupun dari aspek praktik.

a. Manfaat Teoretik

Manfaat teoritik yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah memberikan informasi yang bermanfaat bagi perkembangan ilmu dakwah yang berkaitan dengan pelayanan bimbingan rohani islam bagi pasien terminal.

Manfaat teoretik lainnya adalah memberikan informasi yang berguna tentang manfaat pelayanan holistik dalam mengatasi depresi pasien penyakit terminal.

b. Manfaat Praktik

- 1) Dapat dijadikan bahan atau masukan untuk membuat kebijakan tentang penerapan pelayanan holistik khususnya di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga dan rumah sakit lainnya agar pelayanan holistik semakin baik.
- 2) Dapat dijadikan acuan oleh pembimbing rohani pasien dalam memberikan bimbingan terhadap pasien khususnya problem depresi yang terjadi pada pasien terminal.
- 3) Dapat memberikan informasi yang akurat tentang pengaruh pelayanan holistik terhadap motivasi pasien dalam melakukan proses kesembuhan.

D. Tinjauan Pustaka

Upaya memperoleh data dan usaha menjaga orisinalitas penelitian, maka sangat perlu peneliti mengemukakan beberapa hasil penelitian dan literatur yang berkaitan dengan tema penelitian.

Pertama, laporan penelitian individual yang dilakukan oleh Agus Riyadi (2012) dengan judul, "*Peran Bimbingan Rohani Islam dalam Mengatasi Problem Rasa Takut terhadap Kematian Pada Pasien Penyakit Kronis (Analisis pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang).*" Penelitian tersebut termasuk penelitian kualitatif deskriptif dimana dalam penelitian tersebut lebih difokuskan pada

peran pembimbingnya dalam rangka mengatasi problem rasa takut pasien terhadap kematian.

Kedua, laporan penelitian individual yang dilakukan oleh Ema Hidayanti (2010) dengan judul, “*Konseling bagi Individu Berpenyakit Kronis (Studi Analisis pada Pasien Kusta RSUD Tugurejo Semarang).*” Penelitian tersebut merupakan jenis penelitian kualitatif deskriptif yang berusaha untuk mencari jawaban permasalahan yang diajukan secara sistematis, berdasarkan fakta-fakta dalam populasi yaitu fokus pada konseling Islam bagi individu berpenyakit kronis khususnya pasien kusta di RSUD Tugurejo Semarang.

Ketiga, laporan penelitian individual yang dilakukan Oleh saudara Taufik (2005) dengan judul, “*Peran Rohaniawan Islam di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang Dalam Memotivasi Kesembuhan Pasien.*” yang mengkaji tentang peranan Rohaniawan dalam memotivasi kesembuhan pasien. Hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa dengan pemberian penyuluhan Islam pasien bisa tersugesti dan menjadi lebih tenang serta bersemangat untuk cepat sembuh serta memasrahkan dirinya pada Allah Swt.

Keempat, skripsi Nurul Islami (2002) yang berjudul “*Pengaruh bimbingan rohani Islam terhadap bantuan penyembuhan pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Klaten*”. Penelitian Islami menggunakan metode kuantitatif. Penelitian ini bertujuan membuktikan adanya pengaruh bimbingan rohani Islam terhadap bantuan penyembuhan pasien rawat inap di RSI Klaten. Hasil penelitian Islami menyebutkan bahwa pengaruh bimbingan Islam dirasakan oleh beberapa pasien dengan penyakit maag (lambung), jantung,

asma, paru-paru dan pasien melahirkan. Islami menyatakan bahwa pengaruh bimbingan keagamaan Islam terhadap bantuan penyembuhan pasien rawat inap di RSI Klaten sangat besar sekali.

Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah pertama penelitian Agus Riyadi (2012) dengan judul, "*Peran Bimbingan Rohani Islam dalam Mengatasi Problem Rasa Takut terhadap Kematian pada Pasien Penyakit Kronis (Analisis Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang)*" adalah hal yang diteliti adalah rasa takut terhadap kematian pada pasien stroke sedangkan penelitian yang akan penulis gunakan adalah depresi pada pasien terminal. Kedua, Ema Hidayanti (2010) dengan judul, "Konseling bagi Individu Berpenyakit Kronis (Studi Analisis pada Pasien Kusta RSUD Tugurejo Semarang)" perbedaannya adalah penelitian ini menggunakan metode kualitatif sedangkan penelitian yang akan penulis lakukan menggunakan metode kuantitatif. Ketiga, Taufik (2005) dengan judul, "*Peran Rohaniawan Islam di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dalam Memotivasi Kesembuhan Pasien*" perbedaan dengan penulisan yang penulis lakukan adalah pada penulisan saudara Taufik mengacu pada tingkat motivasi kesembuhan pasien, sedangkan perbedaannya penulis membahas tentang tingkat depresi pasien terminal. Keempat, skripsi Nurul Islami (2002) yang berjudul "*Pengaruh bimbingan rohani Islam terhadap bantuan penyembuhan pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Klaten*", perbedaan dengan penelitian yang penulis lakukan adalah pada

skripsi saudara Nurul Islami adalah bantuan penyembuhan pasien sedangkan penelitian penulis adalah depresi yang muncul akibat penyakit terminal.

E. Sistematika Penulisan Skripsi

Dalam rangka menguraikan pembahasan masalah di atas, maka peneliti berusaha menyusun kerangka penelitian secara sistematis agar pembahasan lebih terarah dan mudah dipahami, sehingga tercapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan. Sebelum memasuki bab pertama, penulisan skripsi diawali dengan bagian yang memuat tentang halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, pernyataan, motto, persembahan, kata pengantar, daftar tabel, daftar lampiran, abstrak, transliterasi, dan daftar isi.

Bab pertama adalah pendahuluan, bab ini berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, tinjauan pustaka, dan sistematika penulisan skripsi.

Bab kedua berisi tentang kerangka teoritik dengan sub bab pertama pelayanan holistik, sub bab kedua tentang depresi pasien terminal, sub bab ketiga tentang hubungan pelayanan holistik dengan depresi pasien terminal, Sub bab yang terakhir yaitu hipotesis.

Bab ketiga berisi tentang metodologi penelitian. Pada bab ini dijelaskan tentang jenis penelitian, definisi konseptual dan operasional, sumber dan jenis data, populasi dan sampel, teknik pengumpulan data, dan teknik analisis data.

Bab keempat berisi tentang profil Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Sub bab pertama adalah sejarah dan perkembangan

Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Sub bab kedua adalah letak geografis rumah sakit. Sub bab ketiga adalah visi dan misi rumah sakit. Sub bab empat adalah saran dan fasilitas rumah sakit. Sub bab kelima gambaran pelayanan holistik Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.

Bab kelima berisi tentang hasil penelitian dan pembahasan. Bab ini dibagi menjadi beberapa sub bab. Sub bab pertama adalah hasil penelitian yang berisi deskripsi subjek dan data penelitian. Sub bab kedua tentang tentang uji normalitas dan heteroskedastisitas. Sub bab ketiga tentang pengujian hipotesis. Sub bab keempat berisi tentang pembahasan hasil temuan penelitian.

Bab keenam merupakan penutup, yaitu bab terakhir yang berisi kesimpulan, saran-saran, kata penutup, lampiran-lampiran dan riwayat hidup penulis.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Pelayanan Holistik

a. Pengertian Pelayanan Holistik

Han dan Leong (1996: 55) mendefinisikan pelayanan sebagai proses atas pelayanan khusus yang terdiri atas sejumlah kegiatan tahap sebelumnya (*back stage*) dan tahap yang akan datang (*front stage*) dimana konsumen berinteraksi dengan organisasi jasa pelayanan (<http://cuitycuitytea.blogspot.com/2012/10/asuhan-keperawatan-pada-pasien-terminal.html> diunduh 23/9/2014 ; 21: 38). Sementara Sugiarto (2002: 36) mengartikan pelayanan adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan orang lain (konsumen, pelanggan, tamu, klien, pasien, penumpang, dan lain-lain) yang tingkat kepuasannya hanya dapat dirasakan oleh orang yang melayani maupun yang dilayani.

Holistik adalah sebuah konsep dalam praktek medis yang menegakkan semua aspek kebutuhan masyarakat yaitu psikologis, fisik, sosial, dan spiritual yang diperhitungkan dan dilihat sebagai keseluruhan. Pandangan holistik pada pengobatan secara luas diterima dalam dunia kesehatan. Penyakit merupakan hasil dari kondisi fisik, ketidak seimbangan emosional, spiritual, sosial dan lingkungan.

Menurut Amin Syukur pengobatan holistik adalah pengobatan yang memandang penyakit secara keseluruhan, yakni dari aspek lahir

dan batin (Syukur, 2012: 39). Pelayanan holistik dalam sidang umum WHO pada tahun 1984, menambahkan dimensi-dimensi dalam pelayanan holistik yaitu: dimensi spiritual, dimensi biologis, dimensi psikologik, dan dimensi psikososial. Keempat dimensi tersebut perlu adanya penanganan masing-masing dalam proses penyembuhan.

Kebutuhan spiritual adalah dimensi keagamaan dimana petugas rohani Islam rumah sakit memberikan suatu motivasi atau penyuluhan tentang agama terhadap pasien dengan tujuan pasien mampu bersabar dan tidak menyalahkan Tuhan. Rohaniawan rumah sakit memberi suatu dorongan sehingga pasien dengan sakitnya mampu lebih dekat kepada tuhan, bukan menjauh dari tuhan. *Dimensi fisik*, adalah dimensi yang diberikan oleh dokter atau pengobatan medis. *Dimensi psikologik*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan terhadap psikis pasien. *Dimensi psikososial*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan yang ditujukan pasien untuk mengatasi permasalahan sosial yang dialami oleh pasien (Hawari, 2004: 51).

Pelayanan holistik adalah suatu metode pengobatan secara menyeluruh yang memperhatikan hal-hal yang muncul dari dalam diri pasien saat menghadapi sakit. Dalam pelayanan holistik memiliki beberapa aspek yang diperhatikan yaitu; aspek medis, psikologis, sosial, dan spiritual.

Beberapa perbedaan pengobatan holistik modern dengan pengobatan medis konvensional menurut Syukur (2012: 40) adalah sebagai berikut:

Tabel 1

Perbedaan Pengobatan Medis Dan Holistik Konvensional

Pengobatan Medis	Pengobatan Holistik Konvensional
1. Modern dan memakai teknologi canggih.	Modern dan memakai teknologi canggih.
2. Ditunjang uji ilmiah, tapi kurang ditunjang uji kesaksian kesembuhan pasien.	Ditunjang uji ilmiah + ditunjang banyak kesaksian kesembuhan pasien. (Inilah yang selalu tidak diperhatikan oleh masyarakat bahwa selain uji ilmiah, seharusnya ada bukti nyata dari kesaksian para pasien yang berhasil sembuh karena uji ilmiah bisa dimanipulasi, sedang realitas tidak bisa dimanipulasi.)
3. Uji ilmiah lebih banyak dilakukan didalam laboratorium.	Uji ilmiah dilakukan di dalam laboratorium dan di lapangan. (Perlu Anda sadari realitas bahwa manusia tidak tinggal di dalam laboratorium, jadi diperlukan uji ilmiah di lapangan untuk menentukan validitas kebenaran suatu pengobatan. Habitat asli manusia bukan di dalam "lab" tapi di lingkungan bebas yang "penuh warna")
4. Mengandalkan obat-obatan kimia dan operasi.	Tidak mengandalkan obat-obatan kimia dan oprasi.
5. Memandang penyakit dan kondisi manusia secara terpisah.	Memandang penyakit dan kondisi manusia secara menyeluruh.
6. Lebih cenderung menekan gejala.	Mengatasi akar penyakit dan gejalanya.
7. Sintetis atau tidak alami.	Alami.
8. Banyak memiliki efek samping.	Bahkan efek samping, tapi reaksi awal atau proses penyembuhan.
9. Mahal.	Murah bahkan bisa gratis.

10. Hasil yang terlihat dalam mengurangi atau menghilangkan penyakit cepat.	Hasil yang terlihat dalam mengurangi atau menghilangkan gejala penyakit juga cepat bahkan dalam kebanyakan kasus bisa lebih cepat lagi.
11. Mencemari lingkungan.	Tidak mencemari lingkungan.
12. Pengobatan tidak aman dikonsumsi dalam jangka panjang apalagi untuk seumur hidup.	Pengobatan aman dikonsumsi dalam jangka panjang, apalagi untuk seumur hidup.

Berdasarkan tabel diatas pengobatan holistik bisa dikatakan lebih efektif dalam dunia pengobatan. Hal tersebut dinilai dari hasil dan juga proses yang dijalani pasien ketika menjalani pengobatan. Pengobatan holistik selain dinilai lebih efektif pengobatan holistik juga memiliki efek samping yang lebih baik.

b. Dimensi Pelayanan Holistik

Holistik memiliki arti 'menyeluruh' yang terdiri dari kata *holy and healthy*. Pandangan holistik bermakna membangun manusia yang utuh dan sehat, dan seimbang terkait dengan seluruh aspek dalam pembelajaran; seperti spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, estetika, emosi, dan fisik. Jadi *healthy* yang dimaksud bukan hanya *physically*, tetapi lebih pada aspek sinergitas spiritual. Pengobatan holistik adalah, Pengobatan dengan menggunakan konsep menyeluruh, yaitu keterpaduan antara Jiwa dan raga, dengan method alamiah yang ilmiah, serta ilahia yang mana tubuh manusia merupakan keterpaduan system yang sangat kompleks, dan saling berinteraksi satu sama lainnya dengan sangat kompak dan otomatis terganggunya satu fungsi/

elemen/unsur tubuh manusia dapat mempengaruhi fungsi yang lainnya (Hawari, 2004: 278).

Kebutuhan pasien meliputi empat aspek, yaitu; aspek biologis, aspek psikologis, aspek sosiologis, dan spiritual. Keterangan tersebut sesuai dengan pernyataan yang dikeluarkan oleh WHO/*world health organization* (2008) bahwa sehat meliputi aspek bio, psiko, sosio, dan spiritual.

Kebutuhan spiritual adalah dimensi keagamaan dimana petugas rohani Islam rumah sakit memberikan suatu motivasi atau penyuluhan tentang agama terhadap pasien dengan tujuan pasien mampu bersabar dan tidak menyalahkan Tuhan. Rohaniawan rumah sakit memberi suatu dorongan sehingga pasien dengan sakitnya mampu lebih dekat kepada tuhan, bukan menjauh dari tuhan. Dimensi tersebut yaitu dimensi spiritual, biologis/fisik, psikologis, sosial. *Dimensi spiritual* adalah dimana petugas rohani Islam rumah sakit memberikan suatu motivasi atau penyuluhan tentang agama terhadap pasien dengan tujuan pasien mampu bersabar dan tidak menyalahkan Tuhan. Rohaniawan rumah sakit memberi suatu dorongan sehingga pasien dengan sakitnya mampu lebih dekat kepada tuhan, bukan menjauh dari tuhan. *Dimensi fisik*, adalah dimensi yang diberikan oleh dokter atau pengobatan medis. *Dimensi psikologik*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan terhadap psikis pasien. *Dimensi psikososial*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan yang ditujukan pasien untuk mengatasi

permasalahan sosial yang dialami oleh pasien (Hawari, 2004: 51). Dan dimensi inilah yang menjadi indikator dari skala yang ada dalam penelitian ini.

c. Tujuan Pelayanan Holistik

Pelayanan holistik bertujuan untuk mengobati penyakit utama dengan meningkatkan sistem kekebalan tubuh, meningkatkan kesehatan secara keseluruhan. Teori ini lebih jauh menegaskan bahwa ini juga akan mempengaruhi penyakit sekunder tanpa pengobatan karena sistem kekebalan tubuh diperkuat. Terapi holistik upaya untuk mengurangi penyebab penyakit. Pendekatan holistik adalah pengobatan holistik rencana spesifik untuk setiap pasien sesuai dengan kebutuhan individunya (<http://holistikindonesia.com/indonesian-tourist/halaman/2/sejarah-holistik-dan-rumah-sakit-holistik>, diunduh 9/9/2014; 6: 57).

Pelayanan holistik sangat penting diterapkan dalam dunia kesehatan. Pasien cenderung lebih puas jika tenaga kesehatan mengambil pendekatan holistik, merasa bahwa tenaga kesehatan mereka memiliki waktu untuk mereka dan masalah mereka. Hal tersebut sesuai dengan tujuan pelayanan holistik yaitu pemberian layanan yang menyeluruh dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien selama proses penyembuhan penyakit.

d. Pelayanan Holistik dalam Dunia Kedokteran

Pelayanan holistik adalah asuaha keperawatan pada pasien terminal dengan penekanan pada kebutuhan fisik, psikososial, emosi dan

spiritual (Kemp, 2010: 16). Holistik dalam dunia medis adalah salah satu disiplin ilmu yang mandiri dan merupakan gabungan dari berbagai macam pengobatan (termasuk didalamnya system pengobatan barat/konvensional dan system pengobatan timur/eastern medicine) yang bisa dipertanggungjawabkan secara medis dan science karena mengobati tubuh secara menyeluruh dengan mengembalikan keseimbangan kerja organ tubuh secara optimal yang melibatkan keseimbangan kerja fisik, psikis, mental, dan emosional.

Perawat holistik harus memiliki kemampuan/ konsep yang berkaitan dengan hal-hal yang harus diperhatikan dalam pelayanan holistik. Konsep kesehatan holistik usaha mencakup keseluruhan usaha preventif serta promotif yang sudah banyak ditinggalkan oleh pelayanan kesehatan di Indonesia pada umumnya, selain tentunya yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Konsep kesehatan holistik lebih menekankan pada usaha melenyapkan penyebab penyakit bukan gejalanya, dan mengembalikan berjalan normalnya fungsi tubuh yang memiliki mekanisme pertahanan tubuh yang sempurna serta self-repairing system (sistem yang memungkinkan tubuh memperbaiki dirinya sendiri). Kalau kita cermati, sesungguhnya berfungsinya semua sistem/fungsi tubuh ditentukan oleh asupan nutrisi yang seimbang dan ini diperoleh dengan mengatur pola makan yang baik. Pola makan yang tidak sehat, akan menyebabkan gangguan pada sistem/fungsi tubuh yang berakibat tubuh akan sakit. Begitu pula sistem/fungsi yang terganggu

menyebabkan sistem pertahanan tubuh tidak berdaya membendung serangan penyakit dari luar dan akibatnya pun tubuh akan sakit.

Perawatan holistik didefinisikan dalam berbagai cara, yang meliputi “penatalaksanaan pasien dengan penyakit stadium lanjut stadium lanjut yang progresif dan aktif yang memiliki prognosis terbatas dan fokus perawatannya adalah kualitas hidup (Doyle, 1993: 253). Kesehatan tidak hanya mengenai hal-hal yang berkaitan dengan fisik, dalam hal ini WHO menetapkan bahwa sehat itu adalah mencakup biologis, psikologis, sosial, religius. Konsep kedokteran konvensional yang selama ini kita kenal, semakin lama semakin jauh dari usaha mencapai standar sehat yang menyeluruh ini. Pabrik-pabrik farmasi berlomba memproduksi obat-obatan sintesa kimia yang lebih ditujukan kepada menghilangkan gejala penyakit dan bukan pada penyebabnya. Ini disebabkan permintaan pasar (konsumen) yang menghendaki obat-obat yang instan. Kesehatan adalah aset hidup yang harus dijaga dan dipertahankan. Hampir setiap orang akan berusaha semampunya untuk menjaga kesehatan tubuhnya tetap prima, karena tubuh adalah titipan Tuhan YME dan menjadi kewajiban bagi kita menjaganya. Maka dari itu dalam dunia kedokteran muncul pelayanan holistik dalam membantu pasien untuk sembuh (sejarah holistik dan rumah sakit holistik dalam [/holistikindonesia.com/indonesian-tourist hospital/halaman/2/sejarah-holistik-dan-rumah-sakit-holistik](http://holistikindonesia.com/indonesian-tourist-hospital/halaman/2/sejarah-holistik-dan-rumah-sakit-holistik), diunduh 03/24/2015; 7: 34).

B. Depresi Pasien Terminal

a. Pengertian Depresi

Depresi adalah akumulasi dari perasaan cemas yang berkepanjangan. Depresi sering terjadi akibat setelah mengalami proses kekecewaan yang berlarut-larut dan panjang (Prasetyo, 2007: 91). Kekecewaan kepada Tuhan yang telah memberikan ujian atau cobaan yang tak kunjung berakhir akan memberikan tekanan yang menjadikan seseorang depresi.

Depresi merupakan masalah kesehatan jiwa, umumnya depresi memiliki arti gangguan suasana perasaan berupa tekanan yang lebih hebat dari kesedihan maupun rasa duka cita (Akmal, dkk, 2010: 98). Orang yang mengalami depresi orang yang berada dalam kondisi sangat menderita. Depresi adalah penyebab utama tindakan bunuh diri, dan tindakan ini menduduki urutan ke-6 dari penyebab kematian utama di Amerika Serikat (Hawari, 2004: 501).

Secara umum, 50 persen dari penderita depresi berpikiran untuk bunuh diri, tetapi yang benar-benar mengakhiri hidupnya sebesar 72 persen. Hawari (2004) menjelaskan bahwa depresi yang berat memicu timbulnya berbagai macam penyakit fisik, seperti gangguan pencernaan (gastritis/maag), asma, gangguan pada pembuluh darah (kardiovaskular), serta menurunkan produktivitas (Hawari, 2004: 502). Bahkan WHO memperkirakan depresi akan menjadi penyebab utama masalah penyakit dunia pada tahun 2020 akan datang, penyebab utama

dari depresi antara lain; adanya ketidakseimbangan *neurotransmitter* di otak terutama *serotonin*., adanya tekanan beban psikis, dampak dari yang berkaitan dengan lingkup pergaulan sosial atau sakit., adanya beban kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, pasca bencana, dan dampak kehidupan sehari-hari lainnya.

Depresi juga didefinisikan sebagai suatu status emosional seseorang yang ditandai dengan kesedihan yang sangat, perasaan bersalah, menarik diri dari lingkungan, gangguan tidur, anoreksia, kehilangan gairah seksual, kehilangan ketertarikan pada aktivitas-aktivitas yang biasanya menyenangkan (Davison & Neale, 1994). Para ahli lain melihat depresi sebagai suatu keadaan psikologis cara individu bereaksi terhadap frustrasi yang dialaminya (Reideger, Capaldi, 1984).

Melihat dari berbagai teori tentang depresi yang ada, peneliti menyimpulkan bahwa depresi merupakan rasa kesedihan yang sangat dalam yang mengganggu aktifitas dalam diri dan seseorang.

b. Pasien Terminal

Keadaan terminal adalah suatu keadaan sakit di mana menurut akal sehat tidak ada harapan lagi bagi pasien untuk sembuh. Kondisi sakit tersebut dapat disebabkan oleh suatu penyakit atau suatu kecelakaan. Kondisi terminal adalah suatu proses yang progresif menuju kematian berjalan melalui suatu tahapan proses penurunan fisik, psikososial dan spiritual bagi individu (Kubler-Rosa, 1969) (<http://thinkgoodone.blogspot.com>, diunduh, 9/26/2014; 7: 05).

Sementara Hawari menjelaskan bahwa orang yang mengalami penyakit terminal dan menjelang *sakaratul maut lebih* banyak mengalami penyakit kejiwaan, krisis spiritual, dan krisis kerohanian sehingga pembinaan kerohanian saat klien menjelang ajal perlu mendapatkan perhatian khusus. Pasien terminal biasanya mengalami rasa depresi yang berat, perasaan marah akibat ketidakberdayaan dan keputusasaan. Dalam fase akhir kehidupannya ini, pasien selalu berada di samping perawat atau bisa juga didampingi oleh keluarga. Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan spiritual dapat meningkatkan semangat hidup klien yang didiagnosa harapan sembuhnya tipis dan dapat mempersiapkan diri pasien untuk menghadapi alam yang kekal atau kematian (<http://www.sabda.com>, diunduh 28/9/2014; 6: 59).

Menurut Kemp (2012: 31) penyakit terminal merupakan tahap perkembangan dalam kehidupan keluarga/sistem sosial dan dalam kehidupan individu yang menjelang ajal. Dari pengertian tersebut dapat peneliti simpulkan bahwa pasien terminal adalah pasien yang mengalami penyakit stadium lanjut dan padanya terdapat serangkaian kemunduran yang menyebabkan suatu reaksi negatif, di sertai perasaan penuh harap dengan penerimaan terhadap suatu kehilangan.

Melihat teori yang ada tentang penyakit terminal, peneliti mempunyai kesimpulan bahwa penyakit terminal adalah penyakit kritis yang dapat dipastikan pasien tidak akan sembuh atau penyakit yang akan berujung dengan kematian. Sehingga pada fase ini bisa juga di katakana

sebagai fase akhir kehidupan, sehingga pasien selalu berada di samping perawat atau bisa juga didampingi oleh keluarga. Karena menjelang *sakaratul maut lebi* banyak pasien mengalami penyakit kejiwaan, krisis spiritual, dan krisis kerohanian.

c. Pengertian Depresi Pasien Terminal

Depresi adalah gangguan suasana perasaan berupa tekanan yang lebih hebat dari kesedihan maupun duka cita (Akmal, dkk, 2010: 98). Sedangkan pasien terminal adalah tahap perkembangan dalam kehidupan keluarga/ sistem sosial dan dalam kehidupan individu yang menjelang ajal (Kemp, 2012: 31).

Melihat dari dua teori tentang pengertian depresi dan juga pasien terminal maka depresi memang sering muncul dan juga menjadi permasalahan yang dialami oleh pasien terminal. Depresi menjadi kesedihan yang lazim yang terjadi pada pasien terminal dan kesemuanya itu menjadi problematika yang normal. Depresi merupakan patologis yang tidak berespons terhadap intervensi pendukung, termasuk perasaan keadaan terlalu menyalahkan diri dan tidak berharga, dan gangguan kognitif (Kemp, 2012: 31).

Sedangkan menurut maramis depresi adalah suatu jenis keadaan atau suasana yang melibatkan keadaan perasaan atau dengan komponen psikologis seperti rasa sedih, rasa tidak berguna, kegagalan, kehilangan, putus asa dan penyesalan (Maramis, 1998;107). Oleh karena itu depresi pasien terminal dapat disimpulkan memiliki pengertian bahwa depresi

pasien terminal adalah, kondisi kejiwaan yang tidak nyaman yang dialami oleh pasien, sehingga memunculkan banyak permasalahan yang dialami oleh pasien. Depresi yang muncul pada pasien adalah depresi yang terjadi karena adanya penyakit yang tak dapat sembuh dan hanya akan berakhir dengan kematian.

d. Indikator Depresi Pasien Terminal

Depresi terjadi apabila telah mengalami gejala-gejala depresi, paling tidak selama dua minggu dan terjadi hampir setiap hari di sebagian besar waktunya dalam sehari. Gejala-gejala tersebut menurut Hawari (2004: 502) diantaranya yaitu; individu berada pada keadaan emosi yang tertekan dan ditandai dengan perasaan sedih atau hampa yang dalam pengamatan orang lain tampak seperti ingin menangis, Individu kehilangan minat atau rasa menikmati pada hampir semua kegiatan dan keadaan ini terjadi hampir setiap hari, ditandai dengan adanya laporan pengamatan dari orang lain.

Selain itu, gejala depresi yaitu individu mengalami penurunan berat badan signifikan padahal tidak melakukan diet atau bertambah berat badan secara signifikan, Individu mengalami insomnia atau hipersomnia, Individu dilingkupi kegelisahan atau kelambatan pada kemampuan bergerak, berpikir, dan bertindak., Individu mengalami perasaan lelah atau kehilangan kekuatan, Individu memiliki perasaan tidak berharga atau perasaan bersalah yang berlebihan atau tidak wajar, Individu mengalami penurunan kemampuan untuk berkonsentrasi atau

sulit membuat keputusan yang ditandai dengan adanya laporan dari pengamatan orang lain, Individu berulang kali dihantui pikiran akan kematian, termasuk tak takut mati, pikiran untuk bunuh diri tanpa rencana yang jelas, usaha bunuh diri, atau rencana yang spesifik untuk mengakhiri nyawa sendiri.

Adapun gejala depresi menurut Hawari (1990: 54) dalam Wihartati (2011: 77) disebutkan sebagai berikut:

- 1) Gejala psikologis
 - a) Kesedihan
 - b) Hilang rasa ketertarikan
 - c) Hilangnya kekuatan
 - d) Sulit atau hilang konsentrasi
 - e) Rasa murung
 - f) Khilaf
 - g) Perasaan merasa bersalah
 - h) Ketidakmampuan
- 2) Gejala Fisik
 - a) Hilangnya selera makan
 - b) Menurunnya stamina tubuh
 - c) Sulit tidur menurunnya stamina tubuh
 - d) Disfungsi seksual

Pada pasien terminal, depresi merupakan kesedihan yang lazim terjadi. Kriteria diagnosis yang ditetapkan oleh American psychiatric

Association (APA, 1994) dalam Kemp (2010: 41) gejala depresi yang terjadi secara berturut-turut pada pasien terminal yaitu pasien mempunyai mood yang tertekan, penurunan minat atau kesenangan secara nyata pada aktivitas sehari-hari, penurunan atau penambahan berat badan yang signifikan, perubahan pola tidur seperti insomnia, agitasi atau retardasi psikomotor, kelelahan atau kehilangan energi, perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan, kemampuan kognitif menurun, pemikiran tentang kematian atau bunuh diri yang berulang.

Kebutuhan spiritual pasien terminal menurut Kemp (2010: 83) meliputi makna hidup, harapan, keterkaitan yang melibatkan urusan spiritual, pengampunan, dan transendensi. Pertama, makna merupakan tugas umum atau tahap konstruksi teoretis pengalaman manusia dilakukan melalui aktivitas pencarian makna hidup, tujuan hidup, dan kekuatan utama dalam kehidupan. Kedua adalah harapan, harapan merupakan faktor penting dalam menghadapi stres dalam mempertahankan kualitas hidup.

Keterkaitan yang melibatkan urusan spiritual, yaitu keterkaitan dengan Tuhan atau sistem keyakinan spiritual. Keempat, pengampunan adalah kesempatan yang diberikan Tuhan untuk memperbaiki kesalahan. Dalam agama Islam pengampunan dikenal dengan taubat. Kelima, transendensi adalah kualitas iman atau spiritualitas yang bergerak maju melampaui penderitaan atau kematian (Kemp, 2010: 84-91).

Depresi yang dialami oleh pasien pastinya berdampak negative pada pasien, yang menyebabkan pasien memiliki keinginan mengakhiri hidup, menyalahkan Tuhan, tidak mau bertemu orang lain, malu dan masih banyak lagi dampak negative yang lain. Kematian adalah titik akhir dari penyakit terminal, dan kejadian-kejadian atau fase-fase menjelang kematian pada klien penyakit terminal yang sering menjadi problem. Sehingga petugas harus mampu memberikan pengaruh yang signifikan dalam mengatasi depresi yang terjadi pada pasien terminal.

Respon psikologis terhadap penyakit menurut Ross (1974) dalam Salam dan Kurniawati (2008: 72) adalah sebagai berikut;

a) *Denial* (Fase Penyangkalan/pengingkaran dan Pengasingan Diri)

Bermula dari pasien yang disadarkan bahwa ia akan meninggal dan dia tidak dapat menerima informasi sebagai kebenaran bahkan mengingkarinya. Reaksi pertama setelah mendengar, bahwa penyakitnya diduga tidak dapat disembuhkan lagi adalah merasa tidak percaya.

b) *Anger* (Fase Kemarahan)

Terjadi ketika pasien tidak dapat lagi mengingkari kenyataan bahwa ia akan meninggal. Jarang sekali ada pasien yang melakukan penyangkalan terus menerus.

c) *Bargaining* (Fase Tawar Menawar)

Fase di mana pasien akan mulai menawar untuk dapat hidup sedikit lebih lama lagi atau dikurangi penderitaannya.

d) *Depression* (Fase Depresi)

Pasien pada fase depresi mengalami sedih/ berkabung, mengesampingkan rasa marah dan sikap pertahanannya. Pasien mencoba perilaku baru yang konsisten dengan keterbatasan baru. Pasien pada tingkat depresi merasakan kesedihan, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang mendalam, kesepian, ketakutan akan masa depan, dan lebih sering menangis. Depresi merupakan patologi yang tidak berespons terhadap intervensi pendukung, termasuk perasaan keadaan terlalu menyalahkan diri dan tidak berharga, dan gangguan kognitif.

e) *Acceptance* (Fase Menerima)

Setelah jangka waktu tertentu pasien akan dapat menerima kenyataan, bahwa kematian sudah dekat, sehingga mereka mulai kehilangan kegairahan untuk berkomunikasi dan tidak tertarik lagi dengan berita dan persoalan-persoalan di sekitarnya. Pasien-pasien seperti ini biasanya membosankan dan mereka seringkali dilupakan oleh teman-teman dan keluarganya, padahal kebutuhan untuk selalu dekat dengan keluarga pada saat-saat terakhir justru menjadi sangat besar.

Pasien pada tingkat depresi merasakan sedih, tidak berdaya, tidak ada harapan, bersalah, penyesalan yang mendalam, kesepian, ketakutan akan masa depan, dan lebih sering menangis. Selain hal-hal tersebut depresi yang diakibatkan karena penyakit terminal juga memunculkan

respon-respon diantaranya adalah respon adaptif spiritual dan respon adaptif sosial. Respon adaptif spiritual menurut Kauman dan Niphan (2003) dalam Salam dan Kurniawati (2008: 17) meliputi harapan yang realistis, tabah dan sabar, serta pandai mengambil hikmah. Respon adaptif sosial meliputi emosi, cemas, dan interaksi sosial. Sebagaimana aspek psikososial yang telah dijelaskan Stewart (1997) dalam Salam dan Kurniawati (2008: 18) yaitu adanya stigma sosial yang dapat memperparah depresi dan pandangan negatif tentang harga diri pasien, adanya diskriminasi dari sosial seperti penolakan pekerja atau pengasingan karena antisipasi penularan penyakit., terjadinya waktu yang lama terhadap respon psikologis menghadapi penyakit.

Respon yang muncul akibat kondisi kejiwaan pasien terminal merupakan masalah yang mengganggu proses pengobatan yang dilakukan oleh dokter. Respon yang dinilai serius akan mengganggu proses pengobatan salah satunya adalah depresi. Pada fase depresi pasien merasakan banyak hal yang membuatnya merasa tidak nyaman dan mengganggu proses penyembuhan/pengobatan yang sedang dijalani pasien.

Menurut Maramis Depresi adalah suatu jenis keadaan atau suasana yang melibatkan keadaan perasaan atau dengan komponen psikologis seperti rasa sedih, rasa tidak berguna, kegagalan, kehilangan, putus asa dan penyesalan (Maramis, 1998: 107). Dan teori dari maramis

inilah yang menjadi indikator dari skala depresi pasien terminal yang akan menjadi alat ukur oleh peneliti dalam penelitian ini.

e. Faktor Penyebab Depresi

Depresi bukanlah didasarkan pada proses patologi tunggal, tapi memiliki penyebab yang multiple. Faktor-faktor penyebab depresi menurut Birren (1980: 629) dalam Wihartati (2012: 78) disebabkan oleh faktor-faktor sebagai berikut;

1) Faktor individu yang meliputi;

Faktor biologis seperti genetik, proses menua secara biologis, penyakit fisik tertentu. Faktor psikologis seperti kepribadian, proses menua secara psikologis. Pada kepribadian introvert akan berusaha mewujudkan tuntutan dari dalam dirinya dan keyakinan, sedangkan kepribadian ekstrovet membentuk keseimbangan dirinya dengan menyesuaikan keinginan-keinginan dari orang lain.

2) Faktor kejadian-kejadian hidup yang penting bagi individu

Kehilangan seseorang ataupun sesuatu dapat menimbulkan depresi. Penyakit fisik juga berhubungan dengan serangan afeksi karena penyakit merupakan ancaman terhadap daya tahan individu, terhadap kemampuan kerjanya, kemampuan meraih apa yang diinginkan dan merupakan ancaman terhadap aktifitas motorik dan perasaan sejahtera individunya.

3) Faktor lingkungan yang meliputi faktor sosial, faktor budaya, dan faktor lingkungan fisik

Selain faktor depresi menurut Birren (1980: 629), WHO dalam Akmal, dkk, (2010: 99) menyatakan faktor-faktor depresi sebagai berikut:

- 1) Adanya ketidak seimbangan neurotransmitter di otak terutama serotonin
- 2) Adanya tekanan beban psikis, dampak dari yang berkaitan dengan lingkup pergaulan sosial atau penyakit
- 3) Adanya beban kehilangan pasangan hidup kehilangan pekerjaan, pascabencana, dan dampak situasi kehidupan sosial lainnya.

Dari uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa ada beberapa faktor yang menyebabkan depresi, diantaranya adalah adalah penuaan secara biologis, penyakit fisik, kepribadian, kehilangan, orang yang dicintai, dan faktor lingkungan dan masih banyak faktor yang lain. Dari beberapa faktor tersebut sakit menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi munculnya depresi.

f. Dampak Depresi

Depresi mencakup aspek emosional, kognitif, motivasional, dan fisik. Sehingga, akibat yang ditimbulkan karena depresi juga mencakup keempat aspek tersebut. Menurut Afida, dkk (2000: 18) dalam Wihartati (2012: 78) adalah sebagai berikut;

- 1) Aspek yang dimanifestasikan pada emosional
 - a) Perasaan kesal atau patah hati
 - b) Perasaan negative terhadap diri sendiri

- c) Hilangnya rasa puas
 - d) Hilangnya keterlibatan emosional
 - e) Kecenderungan menangis diluar kemampuan
 - f) Hilangnya respon terhadap humor
- 2) Aspek depresi yang dimanifestasikan secara kognitif
- a) Rendahnya evaluasi diri
 - b) Citra tubuh yang terdistorsi
 - c) Harapan yang negatif
 - d) Menyalahkan dan mengkritik diri sendiri
 - e) Keragu-raguan dalam mengambil keputusan
- 3) Aspek depresi yang dimanifestasikan secara motivasional

Dampak depresi secara motivasional meliputi pengalaman yang disadari penderita, yaitu tentang usaha, dorongan dan keinginan. Secara motivasional cirri utama yang dimunculkan akibat depresi yaitu adanya sikap regresif motivasi penderita., penderita tampaknya menarik diri dari aktivitas yang menuntut adanya suatu tanggung jawab, inisiatif bertindak., tidak adanya energi yang kuat.

- 4) Aspek depresi yang dimanifestasikan secara kognitif

Aspek depresi yang muncul sebagai gangguan fisik meliputi kehilangan nafsu makan, gangguan tidur, kehilangan libido, dan mengalami kelelahan yang sangat. Sehingga depresi

menyebabkan seseorang menjadi hilang semangat dalam diri untuk hidup.

Dampak depresi yang lain dikemukakan oleh Akmal, dkk, (2010: 100-101) yaitu:

- a) Individu berada pada keadaan emosi yang tertekan dan ditandai dengan perasaan sedih atau hampa yang dalam pengamatan orang lain tampak seperti ingin menangis.
- b) Individu kehilangan minat atau rasa menikmati pada hampir semua kegiatan keadaan ini terjadi setiap hari, ditandai adanya pengamatan dari orang lain.
- c) Individu mengalami penurunan berat badan yang signifikan padahal tidak melakukan diet atau bisa jadi bertambahnya berat badan secara signifikan.
- d) Individu mengalami insomnia atau hipersomnia.
- e) Individu dilingkupi kegelisahan atau kelambatan pada kemampuan bergerak, berpikir, dan bertindak.
- f) Individu mengalami lelah dan kehilangan kekuatan.
- g) Individu memiliki perasaan bersalah atau tidak berharga yang berlebihan yang menyebabkan adanya keyakinan semu yang sesungguhnya tidak benar.
- h) Individu kesulitan dalam kemampuan berkonsentrasi.
- i) Individu berulang kali dihantui pikiran akan kematian.

Melihat dari dampak-dampak yang muncul akibat depresi maka dukungan dari lingkungan yang memberikan motivasi sehingga individu mampu menetralkan depresi yang dialami.

C. Hubungan Pelayanan Holistik Terhadap Tingkat Depresi Pasien Terminal

Depresi dapat muncul karena adanya penyakit terminal, Hawari (2004, : 51) menjelaskan bahwa orang yang mengalami penyakit terminal dan menjelang sakaratul maut lebih banyak mengalami penyakit kejiwaan, krisis spiritual, dan krisis kerohanian sehingga pembinaan kerohanian saat klien menjelang ajal perlu mendapatkan perhatian khusus. Penyakit kejiwaan yang muncul akibat penyakit terminal diantaranya adalah depresi. Pasien terminal biasanya mengalami rasa depresi yang berat, perasaan marah akibat ketidakberdayaan dan keputusasaan sehingga terjadi depresi dalam diri individu.

Depresi adalah suatu jenis keadaan atau suasana yang melibatkan keadaan perasaan atau dengan komponen psikologis seperti rasa sedih, rasa tidak berguna, kegagalan, kehilangan, putus asa dan penyesalan (Maramis, 1998: 107). Dalam fase akhir kehidupannya ini, pasien selalu berada di samping perawat atau bisa juga didampingi oleh keluarga. Oleh karena itu, pemenuhan kebutuhan spiritual dapat meningkatkan semangat hidup klien yang didiagnosa harapan sembuhnya tipis dan dapat mempersiapkan diri pasien untuk menghadapi alam yang kekal atau kematian (<http://www.sabda.com>, diunduh 28/9/2014; 6: 59). Berdasarkan teori tersebut

juga dapat disimpulkan bahwa depresi dapat mengakibatkan sakit yang diderita pasien semakin parah. Hal tersebut sesuai dengan fenomena yang muncul pada pasien terminal diantaranya adalah, hilangnya nafsu makan, pasien merasa bosan dengan nasihat, dan masih banyak fenomena yang lain. Melihat dari fenomena tersebut maka pelayanan holistik dapat diterapkan bagi pasien terminal terminal.

Menurut Amin Syukur pengobatan holistik adalah pengobatan yang memandang penyakit secara keseluruhan, yakni dari aspek lahir dan batin (Syukur, 2012: 39). Berdasarkan dari teori dan dimensi-dimensi yang ada dalam pelayanan holistik maka pelayanan holistik dinilai mampu membantu pasien dalam mengatasi depresi pasien terminal.

Menurut Hawari pelayanan holistik adalah pelayanan yang memperhatikan empat dimensi : spiritual, biologis/ fisik, psikologis, sosial. *Dimensi spiritual* adalah dimana petugas rohani Islam rumah sakit memberikan suatu motivasi atau penyuluhan tentang agama terhadap pasien dengan tujuan pasien mampu bersabar dan tidak menyalahkan Tuhan. Rohaniawan rumah sakit memberi suatu dorongan sehingga pasien dengan sakitnya mampu lebih dekat kepada tuhan, bukan menjauh dari tuhan. *Dimensi fisik*, adalah dimensi yang diberikan oleh dokter atau pengobatan medis. *Dimensi psikologik*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan terhadap psikis pasien. *Dimensi psikososial*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan yang ditujukan pasien untuk mengatasi permasalahan sosial yang dialami oleh pasien (Hawari, 2004: 51).

Beberapa teori tentang depresi pasien terminal dan fenomena yang terjadi di lapangan menyatakan bahwa depresi pasien terminal sangat membutuhkan pelayanan khusus. Berdasarkan fenomena tersebutlah pelayanan holistik dinilai tepat dalam mengatasi depresi pasien terminal. Pelayanan holistik dinilai mampu mengatasi depresi pasien terminal karena pelayanan holistik memiliki dimensi-dimensi yang tepat dalam mengatasi depresi tersebut. Dalam pelayanan holistik terutama dimensi sepiritual, Dengan memasukkan aspek agama yang dalam hal ini adalah ketaatan beibadah kepada Tuhan menjadika kesehatan mental berperan diseluruh aspek kehidupan manusia. Begitu pula agama merupakan salah satu kebutuhan psikis manusia yang perlu dipenuhi oleh setiap orang yang merindukan ketentraman dan kebahagiaan (Jaelani, 1997: 77). Berdasarkan hal tersebut dapat disimpulkan bahwa pelayanan holistik mampu mengatasi depresi yang terjadi pada pasien terminal.

D. Hipotesis

Berdasarkan landasan teoretik yang sudah diuraikan di atas maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah: *“Ada pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi yang dialami oleh penderita penyakit terminal di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga”*. Dengan penjelasan: semakin tinggi pelayanan holistik yang diberikan petugas rumah sakit terhadap pasien, maka semakin rendah tingkat depresi pada pasien. Dan sebaliknya, semakin rendahnya pelayanan holistik

yang diberikan petugas rumah sakit, maka semakin tinggi tingkat depresi yang dialami oleh pasien.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian jenis penelitian kuantitatif, yaitu suatu jenis penelitian yang menguji teori-teori tertentu dengan cara meneliti hubungan antar variabel. Variabel-variabel yang diukur (biasanya dengan instrumen penelitian) sehingga data terdiri dari angka-angka dapat dianalisis berdasarkan prosedur statistik (Noor, 2011: 38). Variabel dalam penelitian ini adalah pelayanan holistik sebagai variabel *independent* dan depresi yang dialami oleh pasien terminal sebagai variabel *dependent*.

B. Definisi Operasional

Berikut ini peneliti akan menyampaikan definisi operasional sebagai batasan agar tidak terjadi berbagai asumsi dan pemahaman yang kurang tepat dalam penelitian ini.

a. Pelayanan Holistik

Pelayanan holistik adalah suatu pelayanan yang memperhatikan berbagai aspek yaitu: aspek medis, aspek sosial, aspek psikologis, dan aspek religi pada diri pasien. Adapun indikator dalam variabel pelayanan holistik diambil dari teori yang dikemukakan Hawari (2004) yaitu:

- 1) Medis, pasien mampu merasakan manfaat adanya penanganan secara medis yang dilakukan oleh pihak dokter di Rumah Sakit

Sejahtera Bhakti Salatiga dalam upaya melakukan bantuan pada pasien selama pengobatan berlangsung.

- 2) Sosial, pasien mampu menerima keadaan atau kondisi yang sedang dialami, sehingga pasien mampu melakukan interaksi sosial dengan orang di sekelilingnya (masyarakat) tanpa ada rasa minder dan malu.
- 3) Psikologis, pasien mampu melawan permasalahan atau tekanan kejiwaan dari dalam diri dengan bantuan dari petugas.
- 4) Religius, pasien tetap masih mampu mensyukuri dan masih tetap mau beribadah tanpa menyalahkan Allah atas sakit yang dialami pasien.

b. Depresi Pasien Terminal

Depresi adalah gangguan suasana perasaan berupa tekanan yang lebih hebat dari kesedihan maupun duka cita (Akmal, dkk, 2010: 98). Sedangkan pasien terminal adalah tahap perkembangan dalam kehidupan keluarga/sistem sosial dan dalam kehidupan individu yang menjelang ajal (Kemp, 2012: 31). Depresi pasien terminal adalah gangguan suasana perasaan yang mengganggu kondisi pasien yang sedang menghadapi ajal atau pasien yang sudah tidak bisa untuk sembuh. Pasien terminal memiliki beberapa problem baik dari dalam maupun luar. Problem tersebutlah yang menjadikan pasien terminal mengalami depresi. Depresi memang menjadi masalah yang serius bagi penderita sakit terminal, karena kondisi psikis pada diri pasien

sangat mempengaruhi proses pengobatann yang dijalani oleh pasien. Hubungan antara pasien terminal dengan depresi, dan dari beberapa pengertian depresi maramis juga memiliki pendapat. Menurut Maramis Depresi adalah suatu jenis keadaan atau suasana yang melibatkan keadaan perasaan atau dengan komponen psikologis seperti rasa sedih, rasa tidak berguna, kegagalan, kehilangan, putus asa dan penyesalan (Maramis, 1998;107). Adapun indikator depresi pada penyakit terminal diantaranya yaitu: adanya rasa sedih atau mood rendah, rasa tidak berguna, merasa gagal, kehilangan, putus asa, dan menyesal.

C. Sumber dan Jenis Data

Sumber data dalam penelitian adalah subjek dari mana data dapat diperoleh (Arikunto, 2010: 172). Sumber primer dari penelitian adalah pasien terminal Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga yang mendapatkan pelayanan holistik khususnya bimbingan rohani Islam. Adapun sumber sekunder dari penelitian ini adalah petugas pelayanan kerohanian Islam Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga, rekam medis, *database* pasien, *form* kartu pasien, keluarga pasien dan dokumen-dokumen lain yang ada di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.

Menurut Arikunto, data penelitian digolongkan sebagai data primer dan data sekunder. Data primer dalam penelitian ini adalah skor dari skala tingkat depresi pasien dan pelayanan secara holistik disebarkan

kepada pasien di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Data sekunder adalah data yang diperoleh lewat pihak lain atau tidak langsung oleh peneliti dari subyek penelitian. Sementara data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari petugas bimbingan rohani Islam, keluarga pasien, dan berbagai literatur yang mendukung penelitian ini.

D. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan individu atau obyek yang diteliti yang memiliki beberapa karakteristik yang sama. Karakteristik yang dimaksud dapat berupa usia, tingkat pendidikan, wilayah pendidikan, wilayah tempat tinggal dan sebagainya (Latipun, 2002: 41). Selain itu populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang terdiri dari manusia, benda-benda, hewan, tumbuh-tumbuhan, gejala-gejala, nilai tes atau peristiwa-peristiwa sebagai sumber data yang memiliki karakteristik tertentu dalam suatu penelitian (Margono, 2010: 245).

Populasi pasien sakit terminal yang ada di RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga sesuai dengan dokumen rumah sakit yang peneliti lihat pada tanggal 6 Januari 2015 ada sekitar 120 pasien terminal dalam kurung waktu 1 bulan (dokumen RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga). Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah pasien penyakit terminal yang masih menjalani pengobatan dengan cara holistik di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Adapun kriteria pasien yang dijadikan responden adalah sebagai berikut:

(1) pasien terminal yang telah mendapatkan pelayanan holistik di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga, (2) pasien terminal yang dipilih adalah pasien yang berada dalam kondisi sadar dan mampu menjawab skala.

Sampel adalah sebagai bagian dari populasi, sebagai contoh yang diambil dengan menggunakan cara-cara tertentu (Margono, 2010: 121). Sampel yang peneliti ambil dalam penelitian ini berjumlah 50 pasien penyakit terminal. Hal tersebut berdasarkan teori dari Arikunto (2002: 23) apabila jumlah populasi kurang dari 100, lebih baik diambil semua sehingga penelitiannya merupakan penelitian populasi. Selanjutnya, jika jumlah populasi besar (lebih dari 100), dapat diambil antara 10-72% atau 20-25% atau lebih, tergantung setidaknya-tidaknya kemampuan peneliti dilihat dari segi waktu, tenaga dan dana, sempit luasnya wilayah pengamatan serta besar kecilnya resiko yang ditanggung peneliti. Berdasarkan pendapat Arikunto tersebut, peneliti mengambil sampel penelitian sebesar lebih dari 40% dari jumlah pasien.

E. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode skala. Skala yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah tentang pelayanan holistik di Rumah Sakit Umum Sejahtera Bhakti Salatiga dan skala depresi pasien. Dalam skala pelayanan holistik dan skala depresi pasien terminal tersebut terdapat empat pilihan jawaban, yaitu sangat sesuai (SS), sesuai (S), tidak sesuai

(TS), dan sangat tidak sesuai (STS). Skor jawaban bergerak dari nilai empat (4) sampai nilai satu (1) pada jawaban yang *favorable* dan dari satu (1) sampai empat (4) pada butir jawaban yang *unfavorable*.

Untuk memilih item-item yang memiliki validitas dan reliabilitas yang baik, dalam penelitian ini dilakukan uji terpakai. Adapun tahap penyusunan skala meliputi: (1) Penyusunan skala pelayanan holistik di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga dan skala depresi pasien terminal (2) Menyebarkan skala kepada pasien (3) Memilih item-item alat ukur yang memiliki *validitas* (kesahihan) dan *reliabilitas* (keandalan) yang baik, dan (4) Data yang diperoleh melalui item-item terpilih tersebut kemudian dianalisis untuk uji hipotesis.

a) Skala pelayanan holistik

Variabel pelayanan holistik dapat diukur dengan skala yang terdiri dari lima aspek terapi menurut WHO dalam sidang umum (*General Assembly*), yaitu Fisik/biologik (*psikofarmaka*), Psikologik (*konseling atau psikoterapi*), Psikososial (*re-adaptasi*), psikoreligius (*keimanan*), . Adapun *blue print* skala pelayanan holistik di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti dapat dilihat pada tabel ini.

Tabel 2

***Blue Print* Skala Pelayanan Holistik di RSUD dan Holistik Sejahtera
Bhakti Salatiga Sebelum Uji Validitas**

No.	Indikator	Favorable	Unfavorable	Jumlah
1.	Fisik/biologis	1, 5, 14	10,23, 19	6
2.	Psikologik	3, 21, 7	8, 12, 17	6
3.	Psikososial	11, 16, 24	4, 6, 22	6
4.	Psikoreligius	2, 9, 13	72, 18, 20	6
Jumlah		12	12	24

Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas skala pelayanan holistik dengan program SPSS 16.00 diketahui, bahwa dari 24 item skala tentang pelayanan holistik yang valid berjumlah 18 item, yakni item: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20,21, 23, 24. Sedangkan yang tidak valid (drop) berjumlah 6 item, yakni item:6, 8, 9, 10,13, 22.

Item tersebut kemudian diurutkan kembali, setelah item yang gugur dibuang. Lebih jelasnya, sebaran item skala pelayanan holistik sesudah uji coba yang telah diurutkan kembali dapat dilihat pada Tabel 2 berikut ini:

Tabel 3
***Blue Print* Skala Pelayanan Holistik**
di RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga
setelah dilakukan uji validitas dan reabilitas menggunakan
SPSS 16.00

No.	Indikator	Favorable	Unfavorable	Jumlah
1.	Fisik/biologis	1, 5, 14	10,8	5
2.	Psikologik	3, 7, 9	12, 17	5
3.	Psikososial	11, 16, 13	4	4
4.	Psikoreligius	2	6, 72, 18	4
Jumlah		9	9	18

b) Skala Depresi Pasien Terminal

Variabel depresi pasien terminal dapat diukur dengan skala depresi. Indikator mengikuti pendapat maramis yaitu, Depresi adalah suatu jenis keadaan atau suasana yang melibatkan keadaan perasaan atau dengan komponen psikologis seperti rasa sedih, rasa tidak berguna, kegagalan, kehilangan, putus asa dan penyesalan (Maramis, 1998;107). Item disusun berdasarkan teori diatas yang memiliki enam aspek terapi yaitu, rasa sedih, rasa tidak berguna, kegagalan, kehilangan, putus asa dan penyesalan. Adapun *blue print* skala depresi pasien terminal dapat dilihat pada tabel ini.

Tabel 4***Blue Print* Skala Depresi Penyakit Terminal Sebelum Uji****Validitas**

No	Indikator	Favorabel	Unfavorebel	Jumlah
1	rasa sedih	7, 23	1, 13	4
2	rasa tidak berguna	8, 22	6, 72	4
3	Kegagalan	9, 17	4, 21	4
4	Kehilangan	12, 16	5, 14	4
5	putus asa	2, 20	10,9	4
6	Penyesalan	11, 24	3, 18	4
Jumlah		12	12	24

Setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas skala depresi pasien terminal dengan program SPSS 16.00 diketahui, bahwa dari 24 item skala tentang depresi pasien terminal yang valid berjumlah 22 item, yakni item: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10,11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20,21, 22, 23, 24, sedangkan yang tidak valid (drop) berjumlah 1 item, yakni item: 22.

Item tersebut kemudian diurutkan kembali, setelah item yang gugur dibuang. Lebih jelasnya, sebaran item skala depresi pasien terminal sesudah uji coba yang telah diurutkan kembali dapat dilihat pada Tabel 4 berikut ini:

Tabel 5

**Blue Print Skala Depresi Penyakit Terminal Setelah Dilakukan
Uji Validitas Dan Reabilitas Menggunakan SPSS 16.00**

No	Indikator	Favorabel	Unfavorebel	Jumlah
1	rasa sedih	7, 23	1, 13	4
2	rasa tidak berguna	8	6, 22	3
3	Kegagalan	9, 17	4, 21	4
4	Kehilangan	12, 16	5, 14	4
5	putus asa	2, 20	10,9	4
6	Penyesalan	11, 72	3, 18	4
Jumlah		11	11	23

c) Pengujian Validitas dan Reliabilitas

Seleksi item dilakukan dengan melakukan pengujian validitas terhadap 50 pasien. Pengujian dilakukan dengan menggunakan formulasi korelasi product moment dari Pearson. Korelasi product moment Pearson merupakan pengukuran parametrik, yang koefisien korelasinya berfungsi untuk mengukur kekuatan hubungan linier antara dua variabel. Jika hubungan dua variabel tidak linier, maka koefisien korelasi Pearson tersebut tidak mencerminkan kekuatan hubungan dua variabel yang sedang diteliti meski dua variabel mempunyai hubungan kuat (Sarwono, 2012: 129). Menurut Sugiyono (2012: 129-130), validitas instrumen diuji dengan menggunakan korelasi skor butir dengan skor total 'Product Moment (Pearson) ". Analisis dilakukan terhadap semua butir instrumen. Kriteria pengujiannya dilakukan dengan cara membandingkan r hitung dengan

r table pada taraf $\alpha = 0,05$. Jika hasil perhitungan ternyata r hitung $>$ r tabel maka butir instrumen dianggap valid, sebaliknya jika r hitung $<$ r tabel maka dianggap tidak valid (invalid), sehingga instrumen tidak dapat digunakan dalam penelitian. Selanjutnya dalam memberikan interpretasi terhadap koefisien korelasi, Sugiyono menyatakan “Item yang mempunyai korelasi positif dengan kriterium (skor total) serta korelasinya tinggi, menunjukkan bahwa item tersebut mempunyai validitas yang tinggi pula. Biasanya syarat minimum untuk dianggap memenuhi syarat adalah kalau $r > 0,25$ ”. Jadi kalau korelasi antara butir dengan skor total kurang dari 0,25 maka butir dalam instrumen tersebut dinyatakan tidak valid dan perhitungannya menggunakan bantuan program SPSS versi 16.00 (Azwar, 2001: 21). Jumlah item yang valid dalam skala pelayan holistik berjumlah 18 item, sedangkan item yang valid dalam skala depresi pasien terminal berjumlah 23 (Lihat Lampiran 3).

Pengujian reliabilitas dilakukan pada semua item yang valid. Dalam penelitian ini pengujian reliabilitas dilakukan dengan menggunakan teknik Alpha dari Cronbach, dan penghitungannya menggunakan bantuan program SPSS 16.00. Pengujian reliabilitas dilakukan pada semua item yang valid. Uji reliabilitas adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari masing-masing variabel. Suatu konstruk atau variabel dikatakan reliabilitas jika memberikan nilai Cronbach Alpha $>$ 0.70 (Nunnally,

1994). Reabilitas pada skala pelayanan holistik memberikan nilai 0,28, sedangkan reabilitas pada skala depresi pasien memberikan nilai 0,168 (Lihat Lampiran 4).

F. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data merupakan kegiatan setelah data dari seluruh responden atau sumber data lain terkumpul. Kegiatan dalam analisis data adalah: mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah, dan melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang diajukan. Untuk penelitian yang tidak merumuskan hipotesis langkah terakhir tidak dilakukan.

Teknik analisis data dalam penelitian kuantitatif menggunakan statistik. Terdapat dua macam statistik yang digunakan untuk analisis data dalam penelitian, yaitu statistik deskriptif dan statistik inferensial. Statistik deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 2012: 147). Sedangkan statistik inferensial adalah teknik statistik yang digunakan untuk menganalisis data sampel dan hasilnya diberlakukan untuk populasi. Statistik ini akan cocok digunakan bila sampel diambil dari populasi yang jelas, dan teknik pengambilan sampel dari populasi itu

dilakukan secara random. Statistik inferensial dibagi menjadi statistik parametris dan nonparametris. Statistik parametris digunakan menguji parameter populasi melalui statistik sedangkan nonparametris tidak menguji parameter populasi, tetapi menguji distribusi (Sugiyono, 2012: 147). Jadi penelitian ini menggunakan teknik statistik inferensial parametris dengan menggunakan teknik analisis regresi sederhana dan analisis varian. Teknik analisis tersebut dilakukan dengan memanfaatkan program SPSS 16.00.

Analisis regresi sederhana digunakan untuk mengukur besarnya pengaruh variabel bebas terhadap variabel tergantung dan memprediksi variabel tergantung dengan menggunakan variabel bebas. Regresi sederhana didasarkan pada hal-hal berikut : 1). Model regresi dikatakan layak jika angka signifikansi pada ANOVA sebesar < 0.05 . 2). Predictor yang digunakan sebagai variabel bebas harus layak, kelayakan ini diketahui jika angka Standart Error of Estimate $<$ Standart Deviation.

BAB IV

DESKRIPSI OBJEK PENELITIAN

A. Sejarah dan Perkembangan Rumah Sakit Umum & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga

Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga bermula dari sebuah klinik pribadi Prof. Dr. HD. Haryoko, RD, Phd, Akp yaitu sebuah klinik pengobatan akupuntur yang berdiri pada tahun 1980-an. Prof. Dr. HD. Haryoko, RD, Phd Akp adalah seorang pencetus berdirinya rumah sakit umum & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Berawal dari sebuah klinik Prof. Hariyoko mulai menggabungkan model pengobatan perpaduan medis dengan tradisional dan dilengkapi akupuntur. Seiring dengan berjalannya waktu, klinik ini menunjukkan perkembangan yang baik sehingga pada tahun 2000 klinik pribadi tersebut berkembang menjadi sebuah klinik umum bernama "*Indonesian Holistik Medical Center*" (Profil RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

Indonesian Holistik Medical Center yaitu pusat pengobatan dengan metode akupunktur dan terapi herbal yang berhasil memadukan berbagai jenis pengobatan dari Timur dan Barat dan beradaptasi sesuai ciri khas budaya Indonesia" (Profil RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

Klinik umum tersebut mampu menjawab kebutuhan masyarakat dan menjadi cikal bakal RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.

Klinik *Indonesian Holistik Medical Centre* menunjukkan perkembangan sangat baik sehingga pada tanggal 5 Januari 2009 klinik umum ini merubah nama menjadi RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti. RSU & Holistik Sejahtera Bhakti merupakan sebuah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan holistik/ terpadu dan menyeluruh.

Pengobatan holistik adalah pengobatan yang memandang penyakit secara keseluruhan, yakni dari aspek lahir dan batin (Syukur, 2012: 39). Pelayanan terpadu dan menyeluruh ditekankan pada bentuk kombinasi, kebersamaan dan kerjasama ilmu akupunktur dan ilmu medis. Perubahan nama rumah sakit ini dilakukan untuk memenuhi ketentuan peraturan perundangan yang berlaku tentang rumah sakit di Indonesia (Profil RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

B. Letak Geografis RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga

Rumah Sakit Umum & Holistik Sejahtera Bhakti berada di kota Salatiga, Jawa Tengah. Terletak di jalan Damar 136 Kavling Magersari, Tegalrejo, Salatiga, Jawa Tengah. Lokasi tersebut berada di daerah lereng gunung Merbabu dengan ketinggian ± 800 m di atas permukaan air laut, dengan suhu udara 18-28°C.

RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga berdiri di atas areal seluas 7000 m². Berada di tengah pemukiman penduduk namun mudah dijangkau karena lokasi yang tidak jauh dari kota Salatiga. daerah tersebut cukup tenang dengan udara sejuk dan segar serta kenyamanan

lingkungan diharapkan membantu proses kesembuhan pasien (Profil RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

C. Visi dan Misi RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga

Visi RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga adalah menjadikan rumah sakit umum pilihan dengan keunggulan pelayanan Holistik. RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga mempunyai misi sebagai berikut;

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan umum dengan unggulan rehabilitasi medik berbasis akupunktur dan holistik.
- b. Mengembangkan manajemen pengelolaan rumah sakit yang mandiri dan modern.
- c. Menjalankan sistem rujukan dari dan ke institusi pelayanan kesehatan lainnya.
- d. Mengembangkan pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan umum dengan spesifikasi unggulan rehabilitasi medik berbasis akupunktur dan holistik.
- e. Berpartisipasi aktif dalam peningkatan kesehatan masyarakat secara lintas program dan lintas sektor.
- f. Menggalang kerjasama dan meningkatkan kemitraan dengan instansi atau lembaga lain yang bergerak dalam bidang kesehatan, baik di dalam negeri maupun di luar negeri.
- g. Mensejahterakan organisasi” (Profil RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

D. Sarana dan Fasilitas RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga

Rumah Sakit Umum & Holistik Sejahtera Bhakti saat ini menjadi rumah sakit pertama setara dengan rumah sakit tipe D dengan fasilitas leeeeeeyanan plus. Rumah sakit ini mempunyai fasilitas instalasi gawat darurat. Fasilitas rawat inap dengan kapasitas lebih dari 50 tempat tidur, baik di dalam bangsal inap, kamar inap maupun kamar observasi. Kamar inap terdiri dari ruang kenanga dan ruang delima. Kamar rawat inap memiliki pelayanan yang menarik, pasien mendapatkan satu ruangan untuk satu pasien (Profil RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

Rumah Sakit Umum & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga dilengkapi dengan klinik holistik, klinik gigi, klinik tiroid, klinik spesialis. Selain klinik rumah sakit ini juga dilengkapi ruang operasi, ruang bersalin, dan fasilitas penunjang diagnosa medik seperti unit radiologi, instalasi laboratorium klinik 24 jam dan apotek. Layanan didukung oleh tenaga medis terlatih dan staff medis yang kompeten di bidangnya (Profil RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

Pelayanan rawat inap di rumah sakit umum & Holistik Sejahtera Bhakti merupakan layanan kesehatan dengan merepresentasikan bentuk layanan yang natural. Kesan dirawat di rumah sendiri senantiasa muncul, bila pasien berada di RSUD Sejahtera Bhakti. Keramahan, kesantunan dan perhatian merupakan bentuk dari layanan

yang diberikan. Selain itu, rumah sakit ini juga menyediakan wisma khusus untuk keluarga pasien yang menginap. (Profil RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

Rumah sakit ini menyediakan layanan rohani berupa bimbingan keagamaan Islami bagi pasien dan karyawan. Layanan haji dan umrah juga merupakan salah satu fasilitas rumah sakit dengan nama *Attawwabiin*. Bimbingan dan doa diberikan pada pasien Muslim, sementara pasien non Muslim juga mendapatkan motivasi dan doa. Selain fokus pada pasien bimbingan keagamaan juga diberikan pada karyawan rumah sakit, dan warga sekitar dengan fasilitas masjid sebagai pengembangan agama Islam. Masjid tersebut berada tepat setelah pintu masuk rumah sakit. Lokasi masjid diharapkan mampu memberikan kesan menenangkan hati pasien. Selain masjid, aula, dan perpustakaan merupakan fasilitas penunjang bagi pembimbing (Profil RSU & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Doc, 2009).

E. Gambaran pelayanan holistik di RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga

Pelayanan holistik adalah suatu pelayanan yang menyeluruh yang diberikan oleh pihak rumah sakit terhadap pasien. Pelayanan holistik yang ada pada RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga adalah pelayanan yang melihat dari beberapa aspek yang ada dalam teori holistik. Aspek-aspek tersebut adalah aspek medis, aspek sosial, aspek religious, dan aspek psikis.

Aspek medis dalam aspek medis RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga, diberikan oleh dokter yang ada di rumah sakit tersebut, dengan menggunakan terapi kedokteran dan ilmu medis. Aspek sosial dan aspek religius dilaksanakan oleh petugas rohani atau bimroh, yang memberikan motivasi semangat dan juga membantu pasien dalam menghadapi problem-problem yang muncul dalam menghadapi sakit. Pemenuhan aspek sosial dan religius, dilakukan setiap hari senin - jum'at setiap pukul 08.00-11.00 WIB dengan konsep petugas masuk ke kamar pasien satu persatu. Untuk aspek psikis, pasien mendapatkan penanganan dalam aspek psikis dengan datang langsung ke ruang bimroh atau dilakukan pelayanan secara langsung di kamar pasien apabila ada pasien yang diketahui memiliki tekanan atau problem psikis akibat sakit yang dialami ataupun akibat pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit (hasil observasi pada tanggal 26 Mei 2015).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah pasien terminal di Rumah Sakit Sejahtera Bhakti Salatiga dengan kriteria sebagai berikut: (1) pasien terminal yang telah mendapatkan pelayanan holistik di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga, (2) pasien terminal yang dipilih adalah pasien yang berada dalam kondisi sadar dan mampu menjawab skala. Rincian subjek penelitian berdasarkan kriteria diatas sebagai berikut.

Tabel 6
Subjek Berdasarkan Penyakit

No	Jenis Penyakit	Jumlah
1	Diabetes Mellitus	16
2	Kanker	17
3	Gagal Ginjal	9
4	HIV	6
Total		50

Peneliti tidak mengambil dengan jumlah banyak dikarenakan holistik yang ada sangat terbatas sekaligus keterbatasan waktu yang dimiliki.

B. Uji Prasyarat Regresi

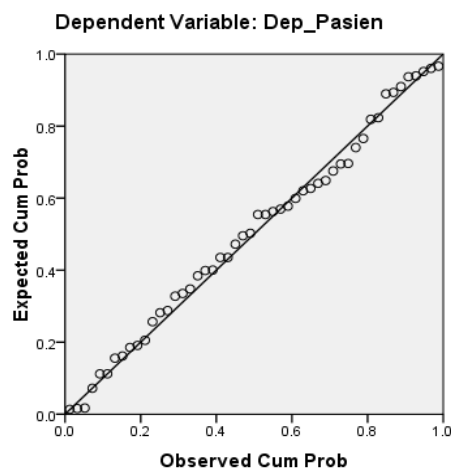
Sebelum dilakukan pengujian hipotesis, terlebih dahulu dilakukan pengujian normalitas dan heteroskedastisitas. Skor yang diperoleh subjek pada masing-masing skala sebagaimana dalam lampiran:

1) Uji Normalitas

Analisis normalitas berfungsi untuk menguji penyebaran data hasil penelitian. Wijaya (2009: 129) bahwa asumsi normalitas bisa diketahui menggunakan grafik. Grafik dikatakan normal apabila pola menunjukkan penyebaran titik-titik disekitar garis diagonal, dan mengikuti arah garis diagonal. Hasil uji normalitas sebagaimana grafik 1 berikut:

Grafik 1
Output Uji Normalitas dengan Grafik

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



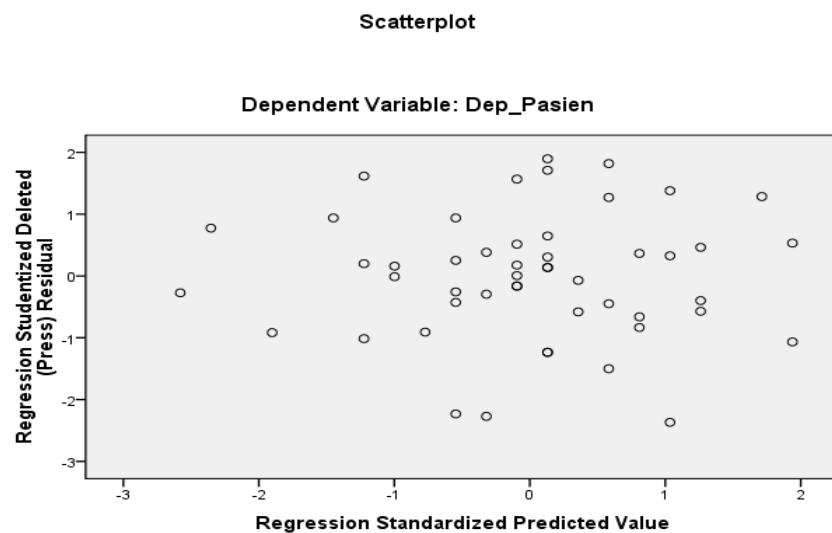
Dari grafik di atas, terlihat titik-titik menyebar disekitar garis diagonal, serta penyebarannya mengikuti arah garis diagonal. Maka model regresi layak dipakai untuk prediksi depresi pasien terminal berdasar masukan holistik independennya.

2) Uji Heteroskedastisitas.

Wijaya (2009: 124) bahwa uji heteroskedastisitas bisa diketahui dengan grafik. Analisis heteroskedastisitas berfungsi untuk melihat ada tidaknya pola tertentu pada grafik, di mana sumbu X adalah Y yang telah diprediksi, dan sumbu Y adalah residual ($Y \text{ prediksi} - Y \text{ sesungguhnya}$) yang telah di-*studentized*. Hasil analisisnya sebagaimana grafik 2 berikut:

Grafik 2

Output Grafik Uji Hiteroskedastisitas



Dari grafik di atas, terlihat titik-titik menyebar secara acak, tidak membentuk sebuah pola tertentu yang jelas, serta tersebar baik di atas maupun di bawah angka 0 pada sumbu Y. Hal ini berarti tidak terjadi heteroskedastisitas pada model regresi, sehingga model regresi layak dipakai untuk prediksi depresi pasien terminal berdasar masukan variabel independennya.

Berdasarkan uji heteroskedastisitas di atas dapat disimpulkan bahwa model regresi dari skala pelayanan holistik dan skala depresi pasien terminal tidak terjadi heteroskedastisitas. Terbukti dengan hasil analisis menggunakan *sperman's rho* dan grafik.

C. Uji Hipotesis

Variabel dalam penelitian ini adalah pelayanan holistik sebagai holistik variabel *independent* dan depresi yang dialami oleh pasien terminal sebagai variabel *dependent*. Setelah dilakukan analisis dengan teknik analisis regresi sederhana, penelitian ini menghasilkan temuan bahwa tidak ada pengaruh antara pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil penghitungan menggunakan program SPSS 16.00 yang terdiri dari beberapa tahap berikut:

1. Statistik Tabel Deskriptif

Tabel 7

Descriptive Statistics			
	Mean	Std. Deviation	N
Dep_Pasien	84.0600	5.93643	50
Pel_Holistik	82.4200	4.42668	50

Statistik deskriptif menggambarkan rata-rata dan standar deviasi dari variabel dependen dan independen, yang dalam hal ini sesuai dengan penghitungan SPSS yang ada di atas. Rata-rata nilai depresi pasien terminal 84.0600 dengan standar deviasi 5.93643, sedangkan rata-rata nilai pelayanan holistiknya 82.4200 dengan standar deviasi 4.42668.

2. Analisis Tabel Correlations

Tabel 8
Correlations

		Dep_Pasien	Pel_Holistik
Pearson Correlation	Dep_Pasien	1.000	.168
	Pel_Holistik	.168	1.000
Sig. (1-tailed)	Dep_Pasien	.	.112
	Pel_Holistik	.112	.
N	Dep_Pasien	50	50
	Pel_Holistik	50	50

Hasil analisis tabel korelasi menggambarkan hubungan antara depresi pasien terminal dengan pelayan holistik. Korelasi Pearson ini digunakan untuk mengukur keeratan hubungan antara kedua variabel. Besar korelasi antara depresi pasien dengan pelayanan holistik adalah 0,168 (korelasi negatif).

3. Analisis Table Anova/ Analisis Regresi

Tabel 9

ANOVA ^b						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	48.474	1	48.474	1.386	.245 ^a
	Residual	1678.346	48	34.966		
	Total	1726.820	49			

a. Predictors: (Constant), Pel_Holistik

b. Dependent Variable: Dep_Pasien

Hasil analisis data mengenai pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien menunjukkan pengaruh koefisien pengaruh F regresi sebesar 1.386 lebih kecil dari F tabel pada taraf signifikansi 0,05= 0,279 dan F tabel 0,01= 0,361 dengan nilai signifikan (p value) 0,245. Oleh karena nilai signifikansi F regresi < F tabel pada taraf signifikansi 0,05 = 0,279 dan 0,01 = 0,361, dan nilai signifikan (p value) lebih besar dari 0,05 dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal.

Tabel 10**Model Summary^b**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.168 ^a	.028	.008	5.91317

a. Predictors: (Constant), Pel_Holistik

b. Dependent Variable: Dep_Pasien

Nilai R Square sebesar 0,028 menunjukkan besarnya pengaruh pelayanan holistik tingkat depresi pasien terminal di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga sebesar 2,8%. Adapun sisanya sebesar 97,2% dijelaskan oleh prediktor lain dan kesalahan-kesalahan lain (*error sampling* dan *non sampling*).

Besarnya pengaruh variabel X terhadap variabel Y juga bisa diketahui dengan melihat nilai t-hitung dan signifikannya. Hasilnya sebagaimana hasil t hitung sebagai berikut :

Tabel 11**Coefficients^a**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	65.541	72.750		4.161	.000
	Pel_Holistik	.225	.191	.168	1.177	.245

a. Dependent Variable: Dep_Pasien

Berdasarkan tabel di atas dari hasil analisis data menunjukkan bahwa nilai probabilitas t-hitung variabel pelayanan holistik sebesar 1.177 dengan nilai signifikan 0,245. Oleh karena itu nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 maka hal tersebut berarti pelayanan holistik tidak berpengaruh terhadap tingkat depresi pasien terminal.

D. Pembahasan

Hasil uji regresi menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal yang ditunjukkan dengan koefisien F regresi sebesar 1,386 lebih kecil dari F tabel pada taraf signifikansi 0,05 = 0,279 dan F tabel 0,01 = 0,361 dengan nilai signifikan (p value) 0,245. Oleh karena nilai signifikansi F regresi < F tabel pada taraf signifikansi 0,05 = 0,279 dan 0,01 = 0,361. Sedangkan nilai signifikan (p value) lebih besar dari pada signifikansi 0,05 dan nilai Nilai R Square sebesar 0,028 menunjukkan besarnya pengaruh pelayanan holistik tingkat depresi pasien terminal di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga hanya sebesar 2,8%. Adapun sisanya sebesar 97,2% dijelaskan oleh prediktor lain dan kesalahan-kesalahan lain (*error sampling* dan *non sampling*), faktor lain yang dinilai mempengaruhi signifikansi pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi terminal sesuai dengan fenomena yang ada dan wawancara dengan pasien dan petugas di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga adalah:

1) Pelayanan Holistik

Pelayanan Holistik yang diberikan petugas juga berpengaruh terhadap tingkat depresi pasien terminal. Pelayanan holistik memiliki empat dimensi yaitu; biologis, sosial, psikis, dan religius. Dari keempat aspek tersebut yang dinilai mempengaruhi tidak signifikannya pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal yang paling besar adalah dimensi biologis. Hal tersebut dikarenakan pasien mengalami kejenuhan dalam berobat secara biologis, sehingga depresi muncul dan sulit diatasi oleh petugas maupun pasien sendiri.

2) Petugas Rumah Sakit

Minimnya petugas di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga juga mempengaruhi tidak signifikannya pengaruh pelayanan holistik dalam mengatasi depresi pasien terminal.

3) Peneliti

Dalam penelitian ini peneliti mengakui banyak kekurangan dari peneliti diantaranya, peneliti kurang mampu memberikan suasana nyaman pada diri pasien saat dilakukan observasi hal tersebut dikarenakan kurangnya pengalaman lapangan yang dimiliki oleh peneliti.

Faktor-faktor tersebut dinilai sebagai faktor yang menyebabkan tidak signifikannya pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat

depresi pasien terminal setelah peneliti mengamati dari hasil observasi yang peneliti lakukan. Hal tersebut diperkuat dengan t-hitung variabel pelayanan holistik sebesar 1.177 dengan nilai signifikan 0,245. Oleh karena itu nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka hal tersebut berarti pelayanan holistik tidak berpengaruh terhadap tingkat depresi pasien terminal.

Berdasarkan hasil tersebut maka dapat disimpulkan bahwa ada beberapa faktor yang menjadikan tidak ada pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal yaitu; kejenuhan pasien terminal dalam mendapatkan pelayanan dalam dimensi biologis, kurangnya petugas yang ada di rumah sakit tersebut sehingga kurang maksimal dalam memberikan pelayanan holistik, minimnya kemampuan peneliti dalam melakukan pendekatan pada diri pasien sehingga pasien merasa kurang nyaman pada saat observasi berlangsung. Sehingga pelayanan holistik tidak mempengaruhi tingkat depresi pasien terminal.

Permasalahan depresi yang dialami pasien termasuk depresi yang masuk dalam kategori depresi pada tingkat tinggi, sehingga membutuhkan pelayanan holistik yang lebih baik lagi. Hal tersebut sesuai dengan pengertian depresi yang dikemukakan Akmal yaitu, depresi merupakan masalah kesehatan jiwa, umumnya depresi memiliki arti gangguan suasana perasaan berupa tekanan yang lebih hebat dari kesedihan maupun rasa duka cita (Akmal, dkk, 2010: 98).

Hal senada dengan pendapat Hawari yang menyatakan bahwa, 50 persen dari penderita depresi berpikiran untuk bunuh diri, tetapi yang benar-benar mengakhiri hidupnya sebesar 72 persen. Hawari (2004) menjelaskan bahwa depresi yang berat memicu timbulnya berbagai macam penyakit fisik, seperti gangguan pencernaan (gastritis/maag), asma, gangguan pada pembuluh darah (kardiovaskular), serta menurunkan produktivitas (Hawari, 2004: 502). Bahkan WHO memperkirakan depresi akan menjadi penyebab utama masalah penyakit dunia pada tahun 2020 akan datang, penyebab utama dari depresi antara lain; adanya ketidakseimbangan *neurotransmitter* di otak terutama *serotonin*., adanya tekanan beban psikis, dampak dari yang berkaitan dengan lingkup pergaulan sosial atau sakit., adanya beban kehilangan pasangan hidup, kehilangan pekerjaan, pasca bencana, dan dampak kehidupan sehari-hari lainnya.

Depresi dalam tingkat tinggi tersebut diakibatkan karena adanya penyakit terminal yang diderita pasien. Penyakit terminal sendiri memiliki pengertian Menurut Kemp (2012: 31) penyakit terminal merupakan tahap perkembangan dalam kehidupan keluarga/ sistem sosial dan dalam kehidupan individu yang menjelang ajal. Dari pengertian tersebut dapat peneliti simpulkan bahwa pasien terminal adalah pasien yang mengalami penyakit stadium lanjut dan padanya terdapat serangkaian kemunduran yang menyebabkan suatu reaksi negatif, di sertai perasaan penuh harap dengan penerimaan terhadap

suatu kehilangan. Meskipun telah diberikan suatu pelayanan holistik yang bisa dikatakan pelayanan yang lengkap dengan beberapa dimensi/ aspek yang ada. Seperti yang sudah dikemukakan Amin Syukur pengobatan holistik adalah pengobatan yang memandang penyakit secara keseluruhan, yakni dari aspek lahir dan batin (Syukur, 2012: 39).

Hawari juga menjelaskan bahwa pelayanan holistik memiliki beberapa dimensi yaitu: *Dimensi fisik*, adalah dimensi yang diberikan oleh dokter atau pengobatan medis. *Dimensi psikologik*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan terhadap psikis pasien. *Dimensi psikososial*, adalah dimensi yang memberikan suatu pelayanan yang ditujukan pasien untuk mengatasi permasalahan sosial yang dialami oleh pasien (Hawari, 2004: 51).

Berdasarkan uraian di atas dapat ditarik pemahaman bahwa pelayanan holistik tidak selalu mampu mengatasi depresi yang terjadi pada pasien terminal yang ada di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga. Hal tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor yang telah diuraikan diatas. Berdasarkan uraian tersebut hasil penelitian ini menunjukkan hipotesis adanya pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal **ditolak**.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil uji regresi menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal menunjukkan pengaruh koefisien pengaruh F regresi sebesar 1.386 lebih kecil dari F tabel pada taraf signifikansi 0,05 = 0,279 dan F tabel 0,01 = 0,361 dengan nilai signifikan (p value) 0,245. Oleh karena nilai signifikansi F regresi < F tabel pada taraf signifikansi 0,05 = 0,279 dan 0,01 = 0,361. Sedangkan nilai signifikan (p value) lebih besar dari 0,05 dan dengan nilai Nilai R Square sebesar 0,028 yang menunjukkan bahwa besarnya pengaruh pelayanan holistik tingkat depresi pasien terminal di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga hanya sebesar 2,8%. Adapun sisanya sebesar 97,2% dijelaskan oleh prediktor lain dan kesalahan-kesalahan lain (*error sampling* dan *non sampling*).

Selain itu, diperkuat juga dengan t-hitung variabel pelayanan holistik sebesar 1.177 dengan nilai signifikan 0,245. Oleh karena itu nilai signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada pengaruh antara pelayanan holistik terhadap tingkat depresi pasien terminal. Berdasar hasil tersebut maka dapat diambil kesimpulan bahwa, tidak ada pengaruh pelayanan holistik terhadap

tingkat depresi pasien terminal di Rumah Sakit Umum dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan analisisnya maka untuk mengatasi depresi pasien terminal diperlukan pelayanan holistik, maka dari itu penulis menyarankan sebagai berikut:

- 1) Bagi petugas perlu peningkatan kompetensi dalam pelayanan holistik melalui *training-training* dan studi banding terhadap rumah sakit lain, serta pengadaan dan sarana pendukung lainnya.
- 2) Bagi RSUD & Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga, perlu penambahan tenaga dalam memberikan pelayanan holistik yang sesuai kompetensinya, melengkapi sarana dan prasarana penunjang keberhasilan pelayanan holistik, melalui penambahan media yang dapat membantu berlangsungnya pelayanan holistik.
- 3) Bagi dokter, para medis, karyawan, dan seluruh jajaran direksi rumah sakit, perlu memperhatikan masalah pembinaan mental spiritual melalui kegiatan bimbingan dalam upaya pendampingan pasien terminal.
- 4) Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan holistik bagi pasien di rumah sakit, perlu kiranya segera diterapkan SOP (Standar Operasional Pelayanan) pelayanan holistik bagi pasien sehingga ada kejelasan tentang mekanisme baku yang bisa digunakan sebagai acuan bersama dalam pelaksanaan pelayanan holistik bagi pasien.

- 5) Bagi peneliti selanjutnya diharapkan mampu menemukan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien penyakit termin, atau lebih menggunakan pendekatan kualitatif. Sehingga dapat menyajikan hasil yang lebih baik.

C. Penutup

Alhamdulillahirobbil'aalamiin, segala puji bagi Allah Tuhan sekalian alam. Atas Berkat Rahmat Allah yang Maha Kuasa peneliti mampu menyelesaikan penelitian ini. terselesaikannya penelitian ini semoga menjadi ilmu yang Ridhoi Allah yang Maha Mengetahui. Hanya Allah yang Maha Sempurna, Oleh karena itu penulis sadar bahwa dalam penulisan ini masih juga tidak terlepas dari kesalahan dan kekurangan. Untuk itu kritik dan saran demi kesempurnaan tulisan ini. Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan petunjuk serta selalu membimbing kita ke jalan yang lurus dan jalan penuh Ridha Allah, sehingga kita mampu mencapai kebahagiaan hakiki.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- Azwar, Saifudin. 2001. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Departemen Agama RI, *Al-Hikmah Al-Qur'an & Terjemahnya*, Bandung: Penerbit Diponegoro, 2008.
- Ghozali, Imam. *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS 19*. Semarang: Badan Penerbitan Universitas Diponegoro.
- Hawari, Dadang, *Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 2004.
- Hudak Carolyn, M, *Keperawatan Kritis : Pendekatan Holistik*, Jakarta: Buku Kedokteran EGC, 1997.
- Kemp, David., *Klien Sakit Terminal*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2010.
- Latipun, *Psikologi Eksperimen*, Malang: Penerbitan Universitas Muhammadiyah Malang, 2002.
- Maramis, W.F, *Ilmu Kedokteran Jiwa*, Surabaya: airlangga University, 2008.
- Margono, *Metodologi Penelitian Pendidikan*, Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- Munir, Muhammad dan Wahyu Ilaihi, *Manajemen Dakwah*, Jakarta: Kencana, 2006.
- Noor, Juliansyah, *Metodologi Penelitian*, Jakarta: Kencana, 2011.
- Nursalam, dan Kurniawati, Ninuk Dian, *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*, Jakarta: Penerbit Selemba Medika, 2008.
- Salim, Husain Salim., *Menyembuhkan Penyakit Jiwa dan Fisik*, Jakarta: Gema Insani, 2009.
- Sarwono, Jonathan. 2012. *Metode Riset Skripsi Pendekatan Kuantitatif (Menggunakan Prosesur SPSS)*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo.
- Sugiarto, Endar, *Psikologi Pelayanan Dalam Industri Jasa*, Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2002.

Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung : CV. Alfabeta.

Sunar Prasetyo Dwi, *Cemas dan Depresi*, Yogyakarta: Oriza, 2007.

Suparta, munzier & Hefni, Harjani., *Metode Dakwah*, Jakarta: Rahmat Semesta, 2009.

Syabibi, Ridho, *Metodologi Ilmu Da'wah*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2008.

Syukur, Amin., *Sufi Healing Terapi dengan Metode Tasawuf*, Jakarta: Penerbit Erlangga, 2012.

Wihartati, Wening., *Modul Psikologi Abnormal*, IAIN Walisongo Semarang, 2011.

Cemy Nur Fitria dalam Gaster | Jurnal Ilmu Kesehatan, <http://jurnal.stikes-aisyiyah.ac.id/index.php/gaster/article/view/58>, diunduh 25/3/2015, 12: 55

Han dan Leong dalam blog tesis disertasi, [http://tesisdisertasi.blogspot.com/2010/02/pengertian pelayanan](http://tesisdisertasi.blogspot.com/2010/02/pengertian_pelayanan), diunduh 23/10/2013, 12: 49

<http://cuitycuitytea.blogspot.com/2012/10/asuhan-keperawatan-pada-pasien-terminal.html> diunduh 23/9/2014 ; 21: 38

http://holistikindonesia.com/indonesian-tourist_hospital/halaman/2/sejarah-holistik-dan-rumah-sakit-holistik, diunduh 9/9/2014; 6: 57

http://repository.library.uksw.edu/jspui/handle/123456789/1467?mode=full&submit_simple>Show+full+item+record, diunduh 11/9/2014

http://www.sabda.org/c3i/dabda_5_fase_dalam_menghadapi_kematian

LAMPIRAN 1a

Skala pelayanan holistik sebelum uji coba

Skala Pelayanan Holistik di RSUD dan

Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya mendapatkan pelayanan pengobatan dengan baik				
2	Selama saya di rawat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga saya semakin dekat dengan Allah.SWT				
3	Saya merasa nyaman berobat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga				
4	Menurut saya pelayanan yang diberikan membuat saya semakin mengurangi keinginan saya untuk melakukan interaksi sosial lagi				
5	Obat yang diberikan oleh dokter berdampak baik dalam mengatasi sakit saya				
6	Pelayanan yang diberikan di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga membuat saya merasa bahwa saya tidak akan diterima untuk bergaul dengan masyarakat.				
7	Saya merasa tenang jika dirawat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti				

	Salatiga karena pelayanan yang diberikan sangat baik.				
8	Saya merasa semakin tertekan saat saya berobat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga				
9	Pelayanan rohani yang diberikan membuat saya lebih tekun untuk beribadah kepada Allah.SWT				
10	Menurut saya resep yang diberikan dokter kurang tepat karena rasa sakit yang saya alami belum berkurang				
11	Pelayanan yang saya dapat dari RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga membuat saya mampu menerima keadaan yang saya alami				
12	Saya ragu dengan cara pengobatan yang dilakukan di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.				
13	Setelah saya mendapatkan pelayanan rohani dari RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga saya yakin bahwa keadaan yang saya alami semata-mata ujian dari Allah.SWT				
14	Proses pengobatan di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga akan mampu membantu saya untuk sehat kembali				
15	Saya merasa Tuhan tidak adil pada				

	saya dengan keadaan saya saat ini				
16	Saya merasa lebih percaya diri untuk berinteraksi dengan orang lain setelah saya mendapatkan pelayanan dari RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga				
17	Saya merasa kecewa dengan pelayanan di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga karena tidak memuaskan				
18	Terkadang saya merasa penyakit ini adalah hukuman dari Allah atas dosa saya				
19	Menurut saya penanganan dokter lambat sehingga tidak ada perkembangan dalam kesembuhan saya				
20	Saya merasa kecewa dengan takdir Allah yang sudah diberikan kepada saya				
21	Saya merasa optimis cepat sembuh ketika saya berobat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga				
22	Pelayanan di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga justru membuat malu akan keadaan yang saya alami saat saya berinteraksi dengan orang lain.				
23	Saya merasa penanganan dokter kurang maksimal karena penyakit				

	yang saya derita semakin bertambah parah.				
24	Menurut saya pelayanan yang diberikan di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga membuat saya lebih bisa mensyukuri keadaan apapun yang terjadi pada diri saya.				

LAMPIRAN 1b

Skala pelayanan holistik pasca uji coba

Skala Pelayanan Holistik di RSUD dan

Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya mendapatkan pelayanan pengobatan dengan baik				
2	Selama saya di rawat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga saya semakin dekat dengan Allah.SWT				
3	Saya merasa nyaman berobat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga				
4	Menurut saya pelayanan yang diberikan membuat saya semakin mengurangi keinginan saya untuk melakukan interaksi sosial lagi				
5	Obat yang diberikan oleh dokter berdampak baik dalam mengatasi sakit saya				
6	Pelayanan yang diberikan di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga membuat saya merasa bahwa saya tidak akan diterima untuk bergaul dengan masyarakat.				
7	Saya merasa tenang jika dirawat di				

	RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga karena pelayanan yang diberikan sangat baik.				
8	Pelayanan di RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga justru membuat malu akan keadaan yang saya alami saat saya berinteraksi dengan orang lain.				
9	Saya merasa penanganan dokter kurang maksimal karena penyakit yang saya derita semakin bertambah parah.				
10	Menurut saya penanganan dokter lambat sehingga tidak ada perkembangan dalam kesembuhan saya				
11	Pelayanan yang saya dapat dari RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga membuat saya mampu menerima keadaan yang saya alami				
12	Saya ragu dengan cara pengobatan yang dilakukan di RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga.				
13	Setelah saya mendapatkan pelayanan rohani dari RSU dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga saya yakin bahwa keadaan yang saya alami semata-mata ujian dari Allah.SWT				
14	Saya merasa kecewa dengan takdir				

	Allah yang sudah diberikan kepada saya				
15	Saya merasa Tuhan tidak adil pada saya dengan keadaan saya saat ini				
16	Saya merasa lebih percaya diri untuk berinteraksi dengan orang lain setelah saya mendapatkan pelayanan dari RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga				
17	Saya merasa optimis cepat sembuh ketika saya berobat di RSUD dan Holistik Sejahtera Bhakti Salatiga				
18	Terkadang saya merasa penyakit ini adalah hukuman dari Allah atas dosa saya				

LAMPIRAN 2a

Skala depresi pasien terminal sebelum uji coba

Skala Depresi Pasien Terminal

NO	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya merasa sedih dalam menghadapi sakit ini.				
2	Saya yakin saya pasti akan sembuh.				
3	Saya menyesal karena pola hidup yang tidak sehat saya menderita sakit ini.				
4	Saya telah berobat sekian lama dan semua itu gagal menyembuhkan penyakit saya.				
5	Saya merasa kehilangan masa depan saya tidak jelas karena sakit ini.				
6	Saya sudah tidak bisa melakukan aktifitas saya kembali dikarenakan sakit yang saya derita ini.				
7	Saya mampu menerima bahwa sakit ini adalah bukti kasih sayang Allah.				
8	Saya yakin pasti sembuh dan mampu kembali hidup normal.				
9	Saya pasti mampu menghadapi Ujian yang diberikan Tuhan.				
10	Terkadang saya punya pikiran ingin mengakhiri hidup saya.				
11	Saya yakin pasti ada hikmah dibalik sakit saya ini.				

12	Saya yakin suatu saat nanti Allah akan mengganti sesuatu yang hilang karena sakit ini.				
13	Saya menangis saat saya ingat penyakit saya ini.				
14	Saya kecewa karena sakit ini saya tidak bisa melakukan hal-hal yang ingin saya lakukan sebelumnya.				
15	Saya ragu pada orang sekitar saya masih mau menerima saya kembali.				
16	Saya tidak takut kehilangan apapun akibat sakit saya ini.				
17	Saya yakin bahwa usaha saya ini tidak akan sia-sia.				
18	Saya merasa kondisi saya saat ini akibat perbuatan buruk saya.				
19	Terkadang saya malas untuk berobat.				
20	Saya berusaha untuk sembuh.				
21	Saya merasa gagal dalam memanfaatkan hidup di dunia ini.				
22	Saat saya sembuh nanti saya masih akan tetap mendapat kepercayaan penuh dari orang-orang disekitar saya.				
23	Saya tetap tenang dalam menghadapi sakit ini.				
24	Sakit ini adalah kasih sayang Allah dalam mengingatkan saya.				

LAMPIRAN 2b

Skala depresi pasien terminal pasca uji coba

Skala Depresi Pasien Terminal

NO	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya merasa sedih dalam menghadapi sakit ini.				
2	Saya yakin saya pasti akan sembuh.				
3	Saya menyesal karena pola hidup yang tidak sehat saya menderita sakit ini.				
4	Saya telah berobat sekian lama dan semua itu gagal menyembuhkan penyakit saya.				
5	Saya merasa kehilangan masa depan saya tidak jelas karena sakit ini.				
6	Saya sudah tidak bisa melakukan aktifitas saya kembali dikarenakan sakit yang saya derita ini.				
7	Saya mampu menerima bahwa sakit ini adalah bukti kasih sayang Allah.				
8	Saya yakin pasti sembuh dan mampu kembali hidup normal.				
9	Saya pasti mampu menghadapi Ujian yang diberikan Tuhan.				
10	Terkadang saya punya pikiran ingin mengakhiri hidup saya.				
11	Saya yakin pasti ada hikmah dibalik sakit saya ini.				
12	Saya yakin suatu saat nanti Alloh				

	akan mengganti sesuatu yang hilang karena sakit ini.				
13	Saya menangis saat saya ingat penyakit saya ini.				
14	Saya kecewa karena sakit ini saya tidak bisa melakukan hal-hal yang ingin saya lakukan sebelumnya.				
15	Sakit ini adalah kasih sayang Allah dalam mengingatkan saya.				
16	Saya tidak takut kehilangan apapun akibat sakit saya ini.				
17	Saya yakin bahwa usaha saya ini tidak akan sia-sia.				
18	Saya merasa kondisi saya saat ini akibat perbuatan buruk saya.				
19	Terkadang saya malas untuk berobat.				
20	Saya berusaha untuk sembuh.				
21	Saya merasa gagal dalam memanfaatkan hidup di dunia ini.				
22	Saat saya sembuh nanti saya masih akan tetap mendapat kepercayaan penuh dari orang-orang disekitar saya.				

LAMPIRAN 3

UJI VALIDITAS X

Tahap I

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.835	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	81.0800	31.300	.373	.829
VAR00002	80.8000	31.673	.399	.828
VAR00003	80.9200	30.851	.522	.824
VAR00004	81.1600	30.464	.494	.824
VAR00005	81.0000	29.918	.592	.820
VAR00006	81.0400	31.631	.292	.833
VAR00007	80.7000	31.765	.439	.828
VAR00008	80.9400	32.711	.162	.838
VAR00009	81.1000	32.704	.190	.836
VAR00010	80.7600	32.717	.184	.836
VAR00011	80.9000	30.500	.542	.822
VAR00012	81.2000	30.327	.495	.824
VAR00013	80.6800	32.467	.300	.832
VAR00014	80.8600	32.327	.259	.833
VAR00015	81.3400	31.658	.291	.833
VAR00016	80.6600	31.862	.456	.827
VAR00017	81.1600	30.831	.470	.825
VAR00018	81.1400	29.796	.597	.819
VAR00019	80.8200	31.293	.332	.832
VAR00020	80.9600	31.182	.417	.828
VAR00021	80.8600	31.266	.457	.826

VAR00022	81.2600	32.196	.245	.834
VAR00023	80.7200	31.716	.434	.828
VAR00024	80.9800	31.857	.277	.834

Tahap II

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.843	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	67.2200	26.216	.374	.839
VAR00002	66.9400	26.507	.413	.837
VAR00003	67.0600	25.731	.540	.831
VAR00004	67.3000	25.194	.542	.830
VAR00005	67.1400	25.021	.581	.829
VAR00006	67.1800	26.967	.219	.846
VAR00007	66.8400	26.749	.417	.837
VAR00011	67.0400	25.549	.532	.831
VAR00012	67.3400	25.413	.481	.833
VAR00013	66.8200	27.416	.272	.842
VAR00014	67.0000	26.939	.305	.841
VAR00015	67.4800	26.459	.305	.842
VAR00016	66.8000	26.857	.428	.837
VAR00017	67.3000	25.480	.530	.831
VAR00018	67.2800	24.736	.618	.827
VAR00019	66.9600	26.202	.333	.841

VAR00020	67.1000	26.051	.430	.836
VAR00021	67.0000	26.327	.430	.836
VAR00023	66.8600	26.531	.453	.836
VAR00024	67.1200	26.516	.314	.841

Tahap III

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.846	19

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	63.7800	24.502	.378	.842
VAR00002	63.5000	24.745	.427	.840
VAR00003	63.6200	24.077	.536	.835
VAR00004	63.8600	23.633	.524	.835
VAR00005	63.7000	23.316	.592	.831
VAR00007	63.4000	25.102	.403	.841
VAR00011	63.6000	23.878	.533	.835
VAR00012	63.9000	23.929	.449	.839
VAR00013	63.3800	25.791	.247	.846
VAR00014	63.5600	25.109	.329	.844
VAR00015	64.0400	24.611	.330	.845
VAR00016	63.3600	25.133	.433	.840

VAR00017	63.8600	23.715	.549	.834
VAR00018	63.8400	22.994	.637	.829
VAR00019	63.5200	24.540	.328	.845
VAR00020	63.6600	24.270	.448	.839
VAR00021	63.5600	24.741	.407	.840
VAR00023	63.4200	24.902	.436	.840
VAR00024	63.6800	24.793	.318	.845

Tahap IV

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.846	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	59.9800	23.408	.372	.842
VAR00002	59.7000	23.643	.420	.840
VAR00003	59.8200	22.885	.553	.834
VAR00004	60.0600	22.466	.536	.834
VAR00005	59.9000	22.133	.609	.830
VAR00007	59.6000	24.082	.374	.842

VAR00011	59.8000	22.776	.531	.834
VAR00012	60.1000	22.704	.470	.837
VAR00014	59.7600	23.982	.327	.844
VAR00015	60.2400	23.411	.343	.844
VAR00016	59.5600	24.129	.397	.841
VAR00017	60.0600	22.507	.570	.832
VAR00018	60.0400	21.835	.651	.828
VAR00019	59.7200	23.389	.332	.845
VAR00020	59.8600	23.184	.442	.839
VAR00021	59.7600	23.696	.389	.841
VAR00023	59.6200	23.873	.411	.840
VAR00024	59.8800	23.740	.303	.846

LAMPIRAN 4

UJI VALIDITAS Y

TAHAP I

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.857	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	80.6000	32.490	.366	.853
VAR00002	80.5200	31.642	.541	.847
VAR00003	80.5000	32.663	.315	.856
VAR00004	80.8800	32.516	.508	.849
VAR00005	80.7200	32.818	.362	.853
VAR00006	80.5800	32.902	.328	.854
VAR00007	80.2600	33.707	.254	.856
VAR00008	80.4000	33.388	.264	.856
VAR00009	80.6800	32.834	.386	.852
VAR00010	80.3000	33.153	.383	.852
VAR00011	80.4600	31.600	.558	.846
VAR00012	80.8000	31.224	.546	.846
VAR00013	80.2200	33.236	.437	.851
VAR00014	80.5600	31.680	.533	.847
VAR00015	80.9800	33.040	.316	.855
VAR00016	80.2600	31.747	.646	.844
VAR00017	80.7200	33.389	.293	.855
VAR00018	80.6800	31.610	.519	.847
VAR00019	80.2400	32.635	.483	.850

VAR00020	80.6400	32.888	.368	.853
VAR00021	80.4200	32.412	.470	.850
VAR00022	80.8600	33.674	.230	.857
VAR00023	80.3800	32.077	.424	.851
VAR00024	80.7200	32.287	.455	.850

TAHAP II

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.857	23

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	77.4000	30.939	.373	.854
VAR00002	77.3200	30.140	.544	.847
VAR00003	77.3000	31.071	.327	.856
VAR00004	77.6800	31.038	.501	.849
VAR00005	77.5200	31.275	.366	.854
VAR00006	77.3800	31.342	.334	.855
VAR00007	77.0600	32.139	.260	.857
VAR00008	77.2000	31.837	.267	.857
VAR00009	77.4800	31.316	.386	.853
VAR00010	77.1000	31.684	.371	.853
VAR00011	77.2600	30.074	.565	.846
VAR00012	77.6000	29.714	.551	.847
VAR00013	77.0200	31.816	.412	.853
VAR00014	77.3600	30.235	.525	.848
VAR00015	77.7800	31.481	.323	.855

VAR00016	77.0600	30.302	.637	.845
VAR00017	77.5200	31.928	.280	.856
VAR00018	77.4800	30.132	.517	.848
VAR00019	77.0400	31.019	.506	.849
VAR00020	77.4400	31.476	.348	.854
VAR00021	77.2200	30.951	.461	.850
VAR00023	77.1800	30.518	.434	.851
VAR00024	77.5200	30.785	.454	.850

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ady Gunawan Prasetyo
Umur : 22 Tahun
TTL : Klaten, 4 April 1992
Agama : Islam
Alamat : Jln. Candi Pawon 6 RT.01/RW.03 Kali Pancur, Ngaliyan,
Semarang
No. HP : 085741448445

Riwayat Pendidikan

- a. Pendidikan Formal
 1. Tahun 1998 sampai dengan 2004 : SD Islamic Centre Semarang
 2. Tahun 2004 sampai dengan 2007 : SMP Muhammadiyah 4 Semarang
 3. Tahun 2007 sampai dengan 2010 : SMA Setia Budhi Semarang

- b. Pengalaman Organisasi
 1. PMII
 2. HMJ Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Walisongo
 3. DSC Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Walisongo
 4. FKUB Kota Semarang