

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemahaman manusia tentang sebab-sebab terjadinya gangguan kesehatan dari waktu ke waktu terus berkembang. Pada awalnya, sekitar abad ke-15 gangguan kesehatan masuk dalam era demonologis yang menganggap bahwa gangguan tersebut diakibatkan oleh guna-guna atau gangguan roh jahat. Pada masa itu upaya penyembuhan dilakukan dengan mengusahakan agar roh-roh jahat tersebut meninggalkan tubuh pasien, antara lain dengan dibacakan mantra, mengeluarkan darah dari tubuh pasien, bahkan melubangi batok kepala. Sampai dengan pertengahan abad ke-20, persepsi para tokoh dan ahli kesehatan pada umumnya memandang agama sebagai sisi negatif dari kesehatan jiwa, bahkan menurut Albert Ellis pemikiran orang beragama dianggap sebagai “*irrational thinking and emotional disturbance*” (Fannani, 2007: 3).

Pada pertengahan abad ke-20, perkembangan bergeser ke era fisikalistik yang memandang bahwa semua penyakit diakibatkan oleh ketidakseimbangan fisik-biologik, dan

parameter kesakitan disandarkan pada parameter somatik dari pasien (Fannani, 2007: 4). Upaya penyembuhannya pun dilakukan dengan cara memfokuskan pada aspek fisik-biologik pula yang lebih menekankan pada terapi farmasi/pengobatan medis. Kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran pada saat itu ternyata belum mampu menjawab berbagai macam persoalan kesehatan yang semakin kompleks. Oleh karenanya upaya untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan terus dilakukan, hingga pada awal tahun 1980-an peran spiritual dan keagamaan mulai mendapat tempat tersendiri. Perhatian ilmuwan di bidang kedokteran umumnya dan kedokteran jiwa (psikiatri) khususnya terhadap agama semakin besar.

Pada tahun 1984, *World Health Organization* (WHO) dalam konstitusinya secara resmi menerima aspek spiritual sebagai salah satu komponen kesehatan. Sejak saat itu konsep kesehatan yang pada mulanya hanya meliputi *bio-psiko-sosio* berubah menjadi *bio-psiko-sosio-spiritual* (Hawari, 2007: 27). Artinya dimensi spiritual pasien dianggap sama pentingnya dengan dimensi-dimensi lain seperti fisik, psikologi, dan psikososial. Konsep kesehatan holistik inilah yang dewasa ini semakin digalakkan dalam praktek pelayanan kesehatan. Pendekatan keagamaan/psikospiritual

ini bukan bertujuan untuk mengubah keimanan seseorang/pasien terhadap agama yang sudah diyakininya, melainkan untuk membangkitkan kekuatan spiritual/kerohaniannya dalam menghadapi penderitaan penyakit (Hawari, 1997: 28). Berdasarkan survei dari *Nation Institute for Health Care Research* di Amerika menunjukkan bahwa 70% dari populasi pasien yang diteliti menginginkan kebutuhan spiritual mereka dilayani sebagai bagian dari pelayanan medis. Survei lain menunjukkan 91% dokter melaporkan bahwa pasien mereka mencari bantuan spiritual dan kerohanian untuk membantu menyembuhkan penyakitnya (Subandi & Hasanat dalam Komarudin, dkk, 2010: 3). Hal tersebut disebabkan karena persoalan yang dihadapi pasien terbilang kompleks. Pasien tidak hanya merasakan sakit secara fisik, tetapi psikisnya juga sakit, *mindset*-nya terganggu, bahkan spiritualitasnya juga sakit. Banyaknya persoalan tersebut terkadang menyebabkan jiwa pasien tertekan dan dampaknya adalah sakit yang diderita tidak kunjung reda. Oleh karenanya aspek-aspek yang harus diperhatikan untuk membantu penyembuhan pasien tidak hanya terfokus pada aspek fisik atau biologi saja, tetapi juga harus memperhatikan aspek psikis, sosial, dan spiritual.

Pendekatan holistik (terapi fisik, terapi psikologi, terapi psikososial, terapi psikoreligius) dapat dicapai apabila tersedia tim perawatan kesehatan yang meliputi kelompok profesional yaitu dokter, perawat, dan ahli terapis serta kelompok profesional lainnya seperti pekerja sosial dan rohaniawan (Potter, dkk, 2005: 289).¹ Idealnya dokter dan perawat mampu memenuhi kebutuhan psikologis dan psikoreligius pasien, namun karena keterbatasan waktu dan *skill* yang dimiliki, dibutuhkanlah pihak ketiga (Mashudi, 2007: 2). Hal yang demikian juga dijelaskan oleh Hawari (1997: 28) bahwa dokter berwenang menangani pasien dengan problem psikoreligius selama ia memiliki kemampuan. Jika tidak, bisa dirujuk ke ahlinya yaitu agamawan atau rohaniawan. Kerjasama antara dokter dengan

¹ Dokter bertanggung jawab terhadap diagnosa penyakit dan melakukan pengobatan pada pasiennya. Perawat adalah mereka yang telah mendapat pendidikan keperawatan, yang bertugas memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Ahli terapi terdiri dari fisioterapis (FT) yaitu profesi yang mendapat izin dalam melakukan pengkajian, pengujian, dan pengobatan terhadap orang yang mengalami ketidakmampuan fisik melalui pemanfaatan latihan khusus. Ahli Terapi Okupasi (OP) adalah mereka yang mendapatkan lisensi untuk mengembangkan dan menggunakan alat-alat bantu yang dapat menolong klien yang menderita penyakit kronik. Ahli Terapi Respiratorik (TR) ditugaskan untuk memberikan pengobatan yang dirancang untuk meningkatkan fungsi ventilasi dan oksigen klien. Ahli farmasi adalah seorang profesional yang mendapat izin untuk merumuskan dan mendistribusikan obat-obatan. Sementara itu pekerja sosial adalah seorang yang dilatih untuk memberikan konseling pada klien dan keluarganya. Rohaniawan bertugas memberikan dukungan spiritual dan petunjuk bagi klien dan keluarganya.

agamawan sudah dianjurkan di Amerika Serikat. Hal ini terbukti antara lain dalam konferensi tahunan *The American Psychiatric Association* (APA) di San Fransisco pada tahun 1993 telah diselenggarakan sebuah lokakarya dengan judul “*Religion and Psychiatry: Clinical Models of a Partnership*”.

Meskipun aspek spiritual merupakan salah satu aspek penting dalam kesehatan sebagaimana tertuang dalam konstitusi WHO pada sidang umum tahun 1984, namun hingga saat ini belum ada konsep atau standar prosedur resmi yang dikeluarkan oleh Organisasi Kesehatan se-Dunia tersebut. Salah satu langkah nyata untuk mengimplementasikan pemenuhan aspek spiritual di dunia kesehatan adalah dengan menyediakan layanan bimbingan rohani bagi pasien. Bimbingan rohani pasien dikembangkan di beberapa rumah sakit di Indonesia, terutama rumah sakit yang berlatar belakang agama. Rumah sakit Islam biasanya mengembangkan bimbingan rohani Islam sedangkan rumah sakit Kristen mengembangkan bimbingan pastoral. Khusus bagi rumah sakit Islam, pelayanan Islami yang berbentuk bimbingan rohani merupakan sebuah identitas atau pembeda dari rumah sakit yang lain (Hidayanti, 2014: 225).

Sementara itu sebatas pengamatan penulis, eksistensi bimbingan rohani pasien di rumah sakit umum belum cukup mapan, keberadaannya masih sangat terbatas. Jika pun ada, pelaksanaannya belum maksimal karena hanya bersifat sebagai pendukung pelayanan medis. Hasil penelitian Komarudin, dkk (2010: 114) menunjukkan bahwa pelaksanaan bimbingan rohani di Rumah Sakit Pemerintah di Jawa Tengah pada umumnya belum ideal. Sebagian telah memiliki tenaga kerohanian, namun sebagian yang masih belum tersedia. Sebagian tenaga rohaniawan di masing-masing rumah sakit dirangkap oleh petugas pemulasaran jenazah atau petugas administrasi, sehingga pelaksanaan bimbingan belum berjalan maksimal. Selain itu, sebagian rumah sakit tersebut juga belum memiliki prosedur tetap layanan bimbingan rohani dan belum dilengkapi dengan catatan rekap problem klien dan *treatment* yang digunakan. Adapun materi bimbingan masih dominan berupa pemberian motivasi, nasehat, dan do'a. Hal demikian juga diungkapkan oleh Arifin (2012: 171), pemberian layanan bimbingan dan konseling untuk memenuhi kebutuhan spiritual bagi pasien rawat inap di rumah sakit umum belum terbiasa dilakukan, baik secara mandiri maupun secara kolaboratif bersama asuhan keperawatan. Hal ini dapat dilihat dalam lembar

anamnesa pasien pada bagian asuhan spiritual tidak jelas laporan statusnya dan bagaimana operasionalnya.

Fakta di atas menunjukkan bahwa pemanfaatan agama sebagai modalitas terapi secara formal belum dimanfaatkan secara optimal, sehingga kualitas pelayanannya cenderung apa adanya. Penulis berasumsi keadaan tersebut disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain: *Pertama*, paradigma yang berkembang di institusi kesehatan yang dimiliki pemerintah bahwa bimbingan rohani Islam hanyalah sekedar pemberian layanan do'a atau bimbingan ibadah keagamaan. *Kedua*, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) adalah instansi kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah daerah (Pemda) yang dalam perumusan kebijakannya harus melewati birokrasi dan tunduk pada undang-undang, sehingga tidak bisa sembarangan dalam mengeluarkan kebijakan, termasuk dalam mengembangkan layanan bimbingan rohani Islam. *Ketiga*, keterbatasan sarana & prasarana, sumber daya manusia, serta anggaran, sehingga pengelola rumah sakit tidak bisa maksimal dalam mengembangkan layanan bimbingan rohani. *Keempat*, sikap dan persepsi pemangku kebijakan maupun tenaga medis di rumah sakit yang belum menganggap penting layanan bimbingan rohani di institusi kesehatan. Sikap dan persepsi tersebut menjadi penting karena apabila sikap dan

persepsinya baik, maka layanan bimbingan rohani akan berkembang dan kualitas layanannya pun akan meningkat. Begitu pula sebaliknya, apabila sikap dan persepsinya negatif, perkembangan dan kualitas layanan yang diberikan cenderung *stagnan* bahkan ditiadakan.

Hingga saat ini, penelitian yang berkaitan dengan bimbingan rohani Islam di rumah sakit pemerintah belum banyak dilakukan sehingga belum diketahui secara pasti bagaimana perkembangannya, apakah *stagnan* atau telah terjadi perubahan. Berdasarkan hal tersebut penulis mencoba untuk mengkaji dan meneliti layanan bimbingan dan rohani Islam di rumah sakit pemerintah. Namun karena keterbatasan penulis, penelitian ini dilaksanakan dalam skala kecil yaitu hanya dilakukan di satu rumah sakit. Penulis memilih untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa (selanjutnya ditulis RSUD Ambarawa) dengan pertimbangan bahwa rumah sakit ini memiliki visi menjadi rumah sakit yang berkualitas, terpercaya, dan menjadi kebanggaan masyarakat. Selain itu RSUD Ambarawa memperoleh prestasi lulus akreditasi 16 pelayanan pada tanggal 3 Januari 2012 dengan nomor sertifikat: KARS-SERT/271/1/2012. Lebih dari itu, RSUD Ambarawa juga menjadi juara satu Lomba Citra Pelayanan Prima Tingkat

Kabupaten Semarang, serta mendapatkan akreditasi ISO 9001: 2008 pada tahun 2014 (portal.semarangkab.go.id/rsumbarawa). Dengan visi yang jelas dan didukung akreditasi dari KARS dan ISO², penulis yakin RSUD Ambarawa memiliki komitmen kuat untuk memberikan pelayanan yang sempurna dan paripurna kepada masyarakat, termasuk juga dalam bidang bimbingan rohani pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan yang penulis lakukan, pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa sudah berlangsung selama lima tahun bekerjasama dengan Kementerian Agama Kabupaten Semarang (Arudi Pranoto, Wawancara tanggal 6 Desember 2016).³ Kerjasama ini tertuang dalam Surat Perjanjian Kerjasama yang dapat diperbaharui setiap satu tahun. Adanya kerjasama ini membuat Kementerian Agama Kabupaten Semarang berkewajiban untuk memberikan pelayanan rohani kepada pasien rawat inap. Pegawai Kementerian Agama Kabupaten Semarang datang untuk membimbing pasien setiap seminggu

² KARS (Komisi Akreditasi Rumah sakit) adalah lembaga akreditasi independen di Indonesia dan diakui oleh pemerintah yang bertugas untuk memberikan akreditasi nasional dan internasional kepada rumah sakit di Indonesia. ISO (*International Organization for Standardization*) adalah badan penyetap standar-standar industrial dan komersial dunia.

³ Arudi Pranoto adalah pegawai bagian Tata Usaha yang mengurus layanan bimbingan rohani pasien di RSUD Ambarawa.

sekali tepatnya pada hari Rabu. Metode yang digunakan adalah metode kelompok, dilakukan dengan cara pemberian ceramah berupa motivasi, nasehat, dan pelayanan do'a kepada pasien.

Secara umum, keberadaan program layanan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa adalah hal yang positif dan patut diapresiasi, mengingat rumah sakit ini bukan jenis rumah sakit yang berbasis atau berlatar belakang agama. Artinya, rumah sakit ini memiliki komitmen untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Namun untuk mencapai kualitas layanan bimbingan yang ideal dibutuhkan kreatifitas atau terobosan yang inovatif. Idealnya layanan bimbingan rohani Islam tidak hanya sekedar memberikan layanan do'a dan ceramah keagamaan saja, tetapi juga berupa bimbingan ibadah, pemberian nasehat, pemberian motivasi, bimbingan dzikir, pendampingan *sakaratul maut*, dan juga pemberian layanan konseling baik dilakukan secara individu maupun kelompok (Komarudin, dkk, 2010: 227). Oleh karena itu dibutuhkan petugas profesional yang selain mengerti ilmu agama, juga mengetahui persoalan psikologis pasien sehingga yang bersangkutan mampu membangkitkan psikologis pasien yang secara umum memiliki daya psikologi lemah. Selain itu

petugas bimbingan rohani juga harus secara intensif mendampingi pasien.

Upaya untuk meningkatkan kualitas layanan bimbingan rohani tentu membutuhkan dukungan dan perhatian serius dari para pemangku kebijakan dan tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit. Tanpa dukungan dari keduanya, mustahil kualitas layanan akan meningkat. Namun adanya dukungan dan perhatian tersebut sangat tergantung pada persepsi pemangku kebijakan terhadap layanan bimbingan rohani Islam. Secara teoritis, apabila persepsinya baik, peningkatan kualitas bimbingan rohani akan mudah dilakukan. Begitu pula sebaliknya, apabila persepsinya negatif, upaya untuk meningkatkan kualitas layanan bimbingan rohani akan sulit dilakukan. Hal tersebut bisa terjadi karena tindakan individu berbanding lurus dengan apa yang dipersepsikannya (Sobur 2003: 464). Berdasarkan latar belakang inilah, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Persepsi Direktur dan Tenaga Medis terhadap Layanan Bimbingan Rohani Islam dan Relevansinya dalam Meningkatkan Kualitas Layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa.”

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa?
2. Bagaimana persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa?
3. Bagaimana persepsi direktur & tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan bimbingan rohani di RSUD Ambarawa?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mendeskripsikan dan menganalisa pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa.
2. Mengetahui dan menganalisa persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa.
3. Mengetahui dan menganalisa persepsi direktur & tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan bimbingan rohani di RSUD Ambarawa.

D. Manfaat Penelitian

1. Secara Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khazanah keilmuan dakwah khususnya pengembangan keilmuan di Jurusan Bimbingan dan Penyuluhan Islam (BPI) yang berkaitan dengan layanan bimbingan rohani Islam.

2. Secara Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan Jurusan Bimbingan Penyuluhan Islam (BPI) untuk memperluas jaringan dalam rangka memperkuat eksistensi pelayanan bimbingan rohani Islam pada *setting* rumah sakit, terutama rumah sakit pemerintah. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi pertimbangan dalam meningkatkan mutu layanan terutama yang berkaitan dengan layanan bimbingan rohani Islam. Sementara itu bagi rumah sakit pada umumnya, hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan perhatiannya terhadap aspek psikospiritual pasien.

E. Tinjauan Pustaka

Penelitian tentang *“Persepsi Direktur dan Tenaga Medis terhadap Layanan Bimbingan Rohani Islam dan Relevansinya dalam Meningkatkan Kualitas Layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa”* ini belum pernah dilakukan. Meskipun demikian, ada beberapa hasil penelitian atau kajian terdahulu yang ada relevansinya dengan penelitian ini. Hasil tersebut antara lain:

Pertama, penelitian Syaiful Bahri (2008) berjudul *“Persepsi Keluarga Pasien Rawat Inap terhadap Pelayanan Bimbingan Kerohanian Pasien di Rumah Sakit (Studi Komparasi RS Roemani dan RSI Sultan Agung)”*. Penelitian ini mengkaji pelaksanaan bimbingan kerohanian di Rumah Sakit Roemani & RSI Sultan Agung Semarang dan persepsi keluarga pasien terhadap pelayanannya. Metode yang digunakan adalah kualitatif deskriptif. Temuan yang didapatkan dalam penelitian ini adalah persepsi keluarga pasien terhadap pelayanan bimbingan kerohanian di rumah sakit tersebut sangat baik karena mampu memperkokoh keimanan pasien dalam menghadapi cobaan hidup. Persamaannya dengan penelitian penulis adalah sama-sama meneliti tentang persepsi dan bimbingan rohani pasien, sedangkan perbedaannya terletak pada sudut pandang

penelitian, variable penelitian dan tempat penelitian. Penelitian Syaiful Bahri mengambil sudut pandang keluarga pasien, sedangkan pada penelitian ini sudut pandang yang diambil adalah direktur dan tenaga medis. Selain itu variabel penelitian yang penulis ambil disertai dengan relevansi dalam meningkatkan kualitas layanan.

Kedua, penelitian Ani Rahmayanti (2008) dengan judul “*Bimbingan Rohani terhadap Kondisi Mental Pasien (Studi Kasus di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang)*”. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif. Temuan yang didapatkan adalah bimbingan rohani Islam yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang mampu membuat kondisi mental pasien menjadi lebih baik dan mampu mencegah kembalinya gangguan jiwa kepada pasien. Persamaan dengan penelitian yang penulis kaji adalah sama-sama meneliti layanan bimbingan rohani pasien. Perbedaannya, Ani Rahmayanti lebih fokus meneliti bimbingan rohani terhadap kondisi mental pasien sedangkan penulis meneliti persepsi direktur & tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan. Selain itu, tempat penelitiannya pun berbeda. Penelitian Rahmayanti

mengambil tempat di RSJ Prof. Dr. Soeroyo, sedangkan penulis meneliti di RSUD Ambarawa.

Ketiga, Persepsi Perawat Neurosurgical Critical Care Unit terhadap Perawatan Pasien Menjelang Ajal. Penelitian ini dilakukan oleh Meilita Enggune, Kusman Ibrahim, dan Hana Rizmadewi Agustina (2014). Temuan penelitian yang menggunakan metode kualitatif deskriptif ini adalah perawat perlu memberikan perawatan kepada pasien yang mendekati ajal agar dapat meninggal dengan tenang. Fokus perawatan tersebut diutamakan pada pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Persamaan dengan penelitian yang akan penulis kaji adalah sama-sama meneliti persepsi. Perbedaannya terletak pada sudut pandang dan objek penelitian. Sudut pandang penelitian ini adalah perawat, sedangkan pada penelitian yang penulis lakukan sudut pandangnya adalah direktur dan tenaga medis. Sementara itu objek penelitian ini adalah perawatan pasien menjelang ajal, sedangkan objek penelitian penulis adalah layanan bimbingan rohani Islam.

Keempat, penelitian Nur Andrey Saputra (2015) berjudul "*Peran Bimbingan Rohani Islam dalam Menangani Kecemasan Pasien Cacat Fisik Korban Kecelakaan (Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran, Kabupaten Semarang)*". Penelitian ini menggunakan metode kualitatif

deskriptif. Temuan yang didapatkan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pasien cacat fisik korban kecelakaan di RSUD Ungaran mengalami kecemasan yang berbeda di antaranya kecemasan ringan, sedang, berat, dan berat sekali/panik. Dengan adanya bimbingan rohani Islam pasien bisa tersugesti, lebih tenang, lebih sabar, dan mau berikhtiar serta bersemangat untuk cepat sembuh. Persamaan dengan penelitian yang penulis kaji adalah sama-sama meneliti bimbingan rohani Islam. Perbedaannya adalah penelitian yang penulis lakukan mengkaji persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam, sedangkan Saputra lebih fokus mengkaji peran bimbingan rohani Islam dalam menangani kecemasan pasien cacat fisik korban kecelakaan.

Kelima, *Terapi Psikoreligius terhadap Pasien rumah Sakit (Studi tentang Bimbingan Agama Islam terhadap Pasien Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang)*. Penelitian ini dilakukan oleh Nur Anisah (1992) yang secara garis besar menyatakan tentang bagaimana proses bimbingan agama Islam dalam perspektif terapi religius diterapkan pada pasien. Adanya terapi psikoreligius menjadikan pasien mempunyai kemantapan iman dan taqwa, sehingga pasien lebih bersemangat dalam menjalani hidupnya. Persamaan

dengan penelitian yang penulis lakukan adalah sama-sama mengkaji bimbingan rohani bagi pasien. Perbedaannya, penelitian Anisah lebih menekankan pada proses pelaksanaan terapi religius dalam bentuk bimbingan agama Islam, sedangkan penelitian yang penulis lakukan lebih fokus pada persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam.

Beberapa hasil penelitian dan literatur di atas lakukan *dapat* menunjukkan indikasi belum ada penelitian dengan judul yang sama dengan penelitian yang akan dilakukan kendati terdapat beberapa titik persamaan.

F. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif. Termasuk penelitian kualitatif karena bertujuan untuk menjawab pertanyaan penelitian melalui cara-cara berpikir formal dan argumentatif (Azwar, 2007: 5). Deskriptif karena penelitian ini berusaha memberikan pemecahan masalah yang ada sekarang berdasarkan data-data. Jadi selain menyajikan data, juga menganalisis dan menginterpretasikan, serta dapat pula bersifat komparatif dan korelatif (Norbuko & Ahmadi, 2005: 44).

2. Sumber Data

Sumber data adalah subjek dimana data dapat diperoleh (Arikunto, 2002: 107). Sumber data dalam penelitian dikelompokkan menjadi dua, yaitu sumber data utama/pokok (jenis data yang diperoleh adalah data primer) dan sumber data pendukung/tambahan yang menghasilkan data sekunder (Tim Penyusun Akademik fakultas Dakwah & Komunikasi, 2014: 13). Sumber data primer dalam penelitian ini adalah Direktur Utama RSUD Ambarawa, dokter atau tenaga medis RSUD Ambarawa (diutamakan dokter yang menjabat sebagai Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik, Seksi pelayanan Medik, dan Seksi Penunjang & Rekam Medik), perawat dan petugas bimbingan rohani Islam. Direktur yang menjadi sumber data dalam penelitian ini adalah dr. Rini Susilowati, M. Kes., M.M., sedangkan tenaga medis yang menjadi sumber data adalah dr. Choirul Umam (Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis), dr. Koswara Yuliyanto (Kepala Seksi Pelayanan Medis), dr. Angra Hendra, dan dr. Agung (IGD RSUD Ambarawa). Perawat yang menjadi sumber data utama adalah Bambang Pujiarto, S. Kep., Ns., M.M. (Kepala Bidang Keperawatan RSUD Ambarawa dan Muhammad Khoir, S. Kep., Ns.

Adapun sumber data sekunder dalam penelitian ini adalah dokumen-dokumen pendukung seperti data-data tentang profil RSUD Ambarawa, pedoman pelayanan bimbingan rohani Islam, laporan pelaksanaan penyelenggaraan bimbingan rohani, dan juga buku-buku terkait yang relevan dengan judul penelitian.

Jenis data dalam penelitian ini terdiri dari dua macam, yaitu data primer dan data sekunder. Hal ini sesuai dengan pendapat Norbuko & Ahmad (2005: 164) yang membagi jenis data menjadi data primer dan sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat pengukuran atau alat pengambilan data langsung pada subjek sebagai sumber informasi yang dicari, sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh lewat pihak lain, tidak langsung diperoleh peneliti dari subjek penelitiannya (Azwar, 2007: 91). Adapun data primer dalam penelitian ini adalah hasil wawancara dengan Direktur Utama RSUD Ambarawa, dokter atau tenaga medis, dan petugas bimbingan rohani Islam. Sedangkan data sekundernya adalah hasil penelusuran dokumen-dokumen rumah sakit dan laporan penyelenggaraan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa.

3. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data penelitian, penulis melakukan beberapa langkah pengumpulan data yaitu:

a. Wawancara (*Interview*)

Wawancara adalah suatu metode dengan proses tanya jawab secara lisan terdiri dari dua orang atau lebih, atau sebuah dialog yang dilakukan oleh pewawancara (peneliti) untuk memperoleh informasi dari objek yang diteliti (Arikunto, 2002: 132). Wawancara ini dilakukan untuk mengumpulkan data primer dari sumber utama yaitu direktur dan dokter baik umum maupun spesialis yang terpilih untuk mengetahui persepsi dan respon mereka terhadap layanan bimbingan rohani Islam dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa.

b. Observasi

Observasi adalah pengamatan langsung dan pencatatan dengan sistematis dengan fenomena yang diselidiki atau suatu usaha untuk mengumpulkan data yang dilakukan secara sistematis dengan prosedur yang terstandar (Arikunto, 2002: 192). Metode observasi juga

diartikan sebagai pengamatan atau pencatatan data dengan sistematis fenomena yang diselidiki. (Hadi, 2001: 193).

Metode observasi penulis lakukan dengan melihat langsung pelaksanaan bimbingan rohani Islam yang dilakukan oleh petugas bimbingan rohani Islam kepada pasien dan keluarganya. Metode ini penulis gunakan untuk memperoleh data tentang pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa.

c. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang (Sugiyono, 2011: 326). Teknik Dokumentasi ini peneliti gunakan untuk memperoleh data-data tentang gambaran umum RSUD Ambarawa dan data-data pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa.

4. Keabsahan Data

Peneliti menggunakan teknik triangulasi untuk menguji keabsahan data. Triangulasi merupakan suatu teknik yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Moleong, 1995: 178). Tujuan

utamanya adalah agar data yang diperoleh konsisten dan tuntas, serta dapat meningkatkan kekuatan data (Rokhmat, 2010: 57). Denzin dalam Moleong (1995: 178) membedakan triangulasi menjadi empat macam, yaitu triangulasi sumber, metode, penyidik, dan teori.

Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber. Triangulasi sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode penelitian kualitatif. Triangulasi sumber dapat dicapai dengan beberapa jalan, diantaranya membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara, membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi, membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan sepanjang waktu, dan membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan (Moleong, 1995: 178).

5. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan upaya mencari dan menata data secara sistematis catatan hasil observasi,

wawancara, dokumentasi dan lain-lain untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang kasus yang diteliti dan menyajikannya sebagai temuan bagi orang lain (Muhadjir, 1991: 183). Analisis data dalam penelitian ini mengikuti model analisa Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2007: 337), yang terbagi dalam beberapa tahap yaitu *data reduction*, *data display*, & *conclusion drawing*.

Data reduction artinya merangkum, memilih hal pokok, memfokuskan hal-hal penting dari tema dan polanya dan membuang yang tidak perlu. Pada tahap ini peneliti akan berusaha mendapatkan data sebanyak-banyaknya berdasarkan tujuan penelitian yang ditetapkan yaitu meliputi pelaksanaan bimbingan rohani di RSUD Ambarawa dan persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani tersebut.

Data display adalah penyajian data penelitian dalam bentuk uraian singkat atau teks yang berbentuk narasi dan bentuk penyajian data lain. Pada tahap ini peneliti menyajikan data berkaitan dengan pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa, persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan.

Conclusion drawing and verification maksudnya adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Pada tahap ini diharapkan mampu menjawab rumusan masalah, dapat menemukan temuan baru yang belum pernah ada, dapat juga merupakan penggambaran lebih jelas tentang objek. Pada tahap ini penelitian diharapkan dapat menjawab rumusan penelitian dengan lebih jelas.

G. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan penelitian ini diupayakan mampu menjawab rumusan masalah penelitian dengan menggunakan dukungan teoritik yang tepat. Oleh karenanya sistematika disusun sebagai berikut:

Bab pertama, yaitu pendahuluan yang meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat atau signifikansi penelitian, tinjauan pustaka, metode penelitian, dan sistematika penulisan. Bab ini merupakan titik tolak penulis dalam melakukan penelitian.

Bab kedua, merupakan landasan teoritis yang terdiri dari lima sub bab pembahasan. Pertama, gambaran umum persepsi yang meliputi pengertian persepsi, faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi, dan proses terjadinya persepsi. Sub bab kedua membahas pengertian direktur rumah sakit

dan tenaga medis. Sub bab ketiga membahas bimbingan rohani Islam yang meliputi pengertian bimbingan rohani Islam, dasar-dasar bimbingan rohani Islam, fungsi & tujuan bimbingan rohani Islam, metode & materi bimbingan rohani Islam. Sub bab keempat membahas tentang kualitas layanan yang meliputi pengertian kualitas layanan dan model ideal layanan bimbingan rohani Islam. Sub bab kelima membahas persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan.

Bab ketiga, merupakan hasil penelitian yang didalamnya membahas gambaran umum RSUD Ambarawa (sejarah singkat berdirinya RSUD Ambarawa, letak geografis, visi, misi, dan tujuan RSUD Ambarawa, fasilitas pelayanan, sarana dan prasarana yang dimiliki), gambaran umum pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa, serta persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan di RSUD Ambarawa.

Bab keempat berisi analisis pelaksanaan bimbingan rohani Islam di RSUD Ambarawa, analisis persepsi direktur dan tenaga medis terhadap layanan bimbingan rohani Islam, serta analisis persepsi direktur dan tenaga medis terhadap

layanan bimbingan rohani Islam dan relevansinya dalam meningkatkan kualitas layanan di RSUD Ambarawa.

Bab kelima adalah penutup yang berisi kesimpulan sebagai hasil penelitian, saran-saran untuk penelitian yang akan datang yang ada relevansinya dengan penelitian ini, dan rekomendasi, baik bagi RSUD Ambarawa maupun Fakultas Dakwah dan Komunikasi khususnya jurusan Bimbingan dan Penyuluhan Islam UIN Walisongo Semarang.