

**PENELITIAN****STUDI DESKRIPTIF PENGETAHUAN KLIEN TENTANG TATA CARA SALAT SELAMA RAWAT INAP DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL**Yenni Herawanti<sup>1)</sup>, H. Edi Sukanto<sup>2)</sup>, Milkhatun<sup>3)</sup><sup>1), 3)</sup> Stikes Muhammadiyah Samarinda, <sup>2)</sup> Poltekkes Kemenkes Kaltim

**Abstrak.** Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak terlepas dari aspek spiritual yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang meliputi aspek *bio-psiko-sosio-spiritual* yang komprehensif. Bagi seorang muslim, salat adalah kebutuhan spiritual yang harus tetap ditunaikan, yang merupakan salah satu kebutuhan spiritual. Tata cara salat dalam keadaan sakit berbeda dengan tata cara salat orang yang dalam keadaan sehat. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi mengenai pengetahuan klien tentang tata cara salat dalam keadaan darurat sakit selama rawat inap dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Penelitian ini menggunakan rancangan non eksperimental dengan metoda deskriptif, sampel penelitian berjumlah 46 orang, diambil secara total sampling. Alat pengukur data adalah kuesioner tentang pengetahuan. Hasil analisa data dilakukan dengan analisa univariat menggunakan program *software* computer menunjukkan hampir setengah responden (44,7%) berpengetahuan kurang tentang tata cara salat selama rawat inap. Pengetahuan klien kurang berhubungan dengan pendidikan rendah (57,9 % pendidikan SD), 50% berusia *middle age*, 76,3% tidak mempunyai pengalaman melaksanakan salat saat sakit dan berhubungan juga dengan lingkungan yang tidak mendukung, kesadaran pribadi kurang, rendahnya motivasi pribadi dan keimanan seseorang.

**Kata kunci :** Pengetahuan, salat, spiritual.

**Abstract.** Nursing care provided by nurses can not be separated from the spiritual aspect is an integral part of the health services that includes aspects of bio-psycho-socio-spiritual comprehensive. For a Muslim, prayer is the spiritual needs that must remain fulfilled, prayer is one of the spiritual needs that remain to be done. Prayer procedures of people in ill health in a manner different from those prayers were in good health. This research to obtaining information the client's knowledge about the way of praying in an emergency hospital for in patient care in meeting the spiritual needs of clients in the Flamboyan room of Abdul Wahab Sjahranie Hospital in Samarinda. This research use the non experimental design with a descriptive method, sample research amounted to 46 people, taken in total sampling. Gauge data is a questionnaire about knowledge the way of praying in an emergency. Results of the data analysis done by univariate analysis using computer software program showed nearly half of the respondents (44.7%) less knowledgeable about the Ordinance of prayer during hospitalization. Knowledge of the client is less associated with low education (57.9% primary education), 50% was of middle age, 76.3% have no experience performing the prayer when sick and dealing also with the environment that does not support personal awareness, lack of personal motivation, low and a person's faith

**Keywords:** Knowledge, prayer, spiritual.

**PENDAHULUAN**

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Apabila seseorang

dalam keadaan sakit, maka hubungan dengan Tuhannya semakin dekat, mengingat seorang dalam kondisi sakit menjadi lemah dalam segala hal, tidak

ada yang mampu membangkitkannya dari kesembuhankecuai Sang Pencipta. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak bisa terlepas dari aspek spiritual yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang meliputi aspek *bio-psyko-sosio-spiritual* yang komprehensif.

Pentingnya agama dalam kesehatan, WHO (1984<sup>1</sup>), yang menyatakan bahwa aspek agama (spiritual) merupakan salah satu unsur dari pengertian kesehatan seutuhnya. Tahun 1947 WHO memberikan batasan sehat hanya dari 3 aspek saja yaitu fisik, mental dan sosial, maka sejak 1984 batasan tersebut sudah ditambah dengan aspek agama (spiritual), yang oleh *American Psychiatric Assosiation* (APA) dikenal dengan rumusan "*bio-psyko-sosio-spiritual*". Adapun Larson (1992<sup>1</sup>), dan beberapa pakar lainnya dalam berbagai penelitian yang berjudul *Religious Commitment and Health*, menyimpulkan bahwa di dalam memandu kesehatan manusia yang serba kompleks ini dengan segala keterkaitannya, hendaknya komitmen agama sebagai suatu kekuatan (*spiritual power*) jangan diabaikan begitu saja, agama dapat berperan sebagai pelindung lebih dari pada sebagai penyebab masalah.

Bagi seorang muslim, salat adalah kebutuhan spiritual yang harus tetap ditunaikan, bagaimanapun kondisinya saat sakit menerpa, salat merupakan salah satu kebutuhan spiritual yang tetap harus dikerjakan. Tentunya, tata cara salat orang yang dalam keadaan sakit berbeda dengan tata cara salat orang yang dalam keadaan sehat. Sa-

lah satu pondasi dalam syariat Islam adalah memberikan kemudahan bagi pemeluknya dimana Allah Ta'ala berfirman, "*Allah menghendaki kemudahan bagimu, dan tidak menghendaki kesukaran bagimu*" (Al-Baqarah [2] : 185).

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan pada tanggal 13 November 2012 di ruang perawatan Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, didapatkan jumlah klien dirawat adalah sebanyak 43 orang yang terdiri dari agama Islam 41 orang dan agama Kristen Protestan 2 orang. Dari hasil pengamatan saat waktu salat Zuhur hingga Azan Magrib, klien yang beragama muslim melaksanakan salat 9,76 % dan yang tidak melaksanakan salat 90,24 %, didapatkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual terutama dalam beribadah masih kurang terpenuhi.

Pada tanggal 23 Desember 2012, peneliti melakukan studi pendahuluan kembali pada 10 klien yang tidak melaksanakan salat Ashar, didapatkan pernyataan bahwa 80 % tidak melaksanakan salat karena 4 orang menyatakan badan lemes sehingga tidak bisa berdiri salat, 2 orang tidak mandi jadi merasa kurang bersih untuk salat, 1 orang mengatakan terpasang selang kencing (kateter) sehingga tidak bisa untuk salat dan 1 orang tidak bisa wudhu karena ada perban luka di wajah. Sedangkan 20 % lainnya menyatakan tidak salat karena memilih lebih nyaman zikir dan berdoa saja saat sakit. Berdasarkan pernyataan diatas 80 % menyatakan kurangnya pengetahuan klien dalam pelaksanaan salat

saat sakit/ dirawat, dimana kita ketahui bahwa banyak tata cara salat yang bisa dilakukan saat kondisi yang diungkapkan tersebut, sedangkan 20 % menyatakan ketidakmauan untuk melaksanakan salat walaupun mereka mengetahui cara salat saat kondisi yang dialaminya.

### **METODE PENELITIAN**

Rancangan penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *non eksperimental* dengan metoda deskriptif, yaitu membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif. Dengan metode ini diharapkan dapat diperoleh gambaran bagaimana pengetahuan klien tentang tata cara salat selama rawat inap dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Klien di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan jumlah total populasi 50 orang. Sampel pada penelitian ini adalah keseluruhan populasi atau *total sampling*, yaitu semua Klien rawat inap di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 50 orang dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria Inklusi adalah beragama Islam, berakal dan balig, klien sadar, bersedia untuk menjadi responden, dapat membaca dan menulis. Sedangkan kriteria eksklusi adalah tidak beragama Islam, berakal dan balig, klien tidak sadar, tidak bersedia untuk dijadikan responden, dan tuli (tuna rungu), buta (tuna netra) dan bisu (tuna wicara). Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah gambaran pengetahuan klien tentang tata cara

salat selama rawat inap dalam pemenuhan kebutuhan spiritual.

Alat pengukur data yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner. Kuesioner dibuat sendiri oleh peneliti yang diambil dari teori/ referensi terkait. Kuesioner A berisi tentang karakteristik responden, yang terdiri dari 4 pertanyaan. Kuesioner B berisi pernyataan tentang pengetahuan klien tentang tata cara salat selama rawat inap dalam pemenuhan kebutuhan spiritual yang terdiri dari 35 pernyataan, meliputi tata cara bersuci saat darurat sakit 16 pernyataan, dan tata cara salat saat darurat sakit 19 pernyataan. Sebelum instrumen digunakan dilakukan uji coba terlebih dahulu yaitu dengan pengujian validitas dan reliabilitas. Tempat uji validitas dan reliabilitas dilakukan di Ruang Anggrek RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 16 Januari 2013.

Pengujian validitas kuesioner dilakukan dengan menguji validitas item pernyataan, dilakukan suatu uji coba desain penelitian kepada 30 orang yang memiliki karakteristik sama dengan sampel penelitian kemudian dilakukan perhitungan untuk kuesioner dengan rumus Koefisien korelasi biserial<sup>7</sup>. Hasil uji analisis dari tiap item pernyataan dengan menggunakan program komputer didapatkan nilai koefisien korelasi lebih besar dari atau sama dengan 0,6 sehingga dikatakan valid, tetapi ada tujuh pernyataan yang nilainya kurang dari 0,6 sehingga pernyataan tersebut tidak valid yaitu pernyataan nomor 3, 6, 11, 16, 29, 31 dan 34. Dari dua pernyataan tersebut yaitu nomor 29 dan

31 peneliti gunakan sebagai instrumen karena merupakan bagian dari taat cara salat darurat sakit, yaitu dengan melakukan perbaikan secara substansi dan bahasa.

Pengujian reliabilitas pada penelitian ini menggunakan rumus KR 20 (Kulder & Richardson)<sup>9</sup>. Hasil uji reliabilitas instrumen menggunakan program komputer didapatkan nilai hitung 0,92 sehingga didapatkan kesimpulan instrumen tersebut reliabel dan dapat digunakan. Analisa data dilakukan dengan analisa univariat untuk mendeskripsikan frekuensi dari variabel tunggal / bebas melalui ukuran persentase atau proporsi.

## HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan terhadap klien di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 31 Januari 2013 yang keseluruhan berjumlah 46 orang, 3 tempat tidur cadangan kosong dan 1 tempat tidur rusak (Isolasi). Klien yang berjumlah 46 orang yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 38 orang, sedangkan 8 orang yang tereksklusi yaitu 2 orang kesadaran sopor dan apatis, 1 orang menolak menjadi responden karena baru masuk, 1 orang menolak karena rencana pindah ke ruang Anggrek, 4 orang tidak dapat membaca dan menulis karena tidak sekolah. Adapun distribusi responden berdasarkan variabel yang berjumlah 38 responden sebagai berikut:

## Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh informasi bahwa setengah dari responden berusia 40-60 tahun yaitu sebanyak 19 responden atau sebesar 50,0 % yang merupakan usia madya (*middle age*). Lebih dari setengah responden berpendidikan Sekolah Dasar (SD) sebanyak 22 responden (57,9 %) dan pendidikan tertinggi dari responden yaitu Diploma sebanyak 1 responden (2,6 %). Sebagian besar dari responden tidak pernah melaksanakan salat saat sakit yaitu sebanyak 29 responden atau sebesar 76,3 %. Lebih dari setengah responden pernah mendapatkan informasi tentang salat saat sakit sebanyak 21 responden atau sebesar 55,3 %.

## Pengetahuan Klien Tentang Tata Cara Salat Selama Rawat Inap.

Tabel 1. Distribusi Reponden Berdasarkan Pengetahuan Klien tentang Tata Cara Salat

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	17	44,7
Cukup	12	31,6
Baik	9	23,7
Total	38	100

Berdasarkan tabel 1 diperoleh informasi bahwa hampir setengah dari responden berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 17 responden atau sebesar 44,7 %.

1. Tata Cara Bersuci
  - a. Wudhu Saat Sakit

Tabel 2. Distribusi Reponden Berdasarkan Pengetahuan Klien tentang Tata Cara Wudhu

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	19	50,0
Cukup	15	39,5
Baik	4	10,5
Total	38	100

Berdasarkan tabel 2 diperoleh informasi bahwa setengah dari responden berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 19 responden atau sebesar 50,0 %.

b. Tayamum Saat Sakit

Tabel 3. Distribusi Reponden Berdasarkan Pengetahuan Klien tentang Tata Cara Tayammum

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	11	28,9
Cukup	9	23,7
Baik	18	47,4
Total	38	100

Berdasarkan tabel 3 di atas diperoleh informasi bahwa hampir setengah dari responden berpengetahuan baik yaitu sebanyak 18 responden atau sebesar 47,4 %.

2. Tata Cara Salat

a. Berdiri

Berdasarkan tabel 4 .diperoleh informasi bahwa hampir setengah dari responden berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 17 responden atau sebesar 44,7 %.

Tabel 4. Distribusi Reponden Berdasarkan Pengetahuan Klien tentang Tata Cara Salat Berdiri

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	17	44,7
Cukup	8	21,1
Baik	13	34,2
Total	38	100

b. Duduk

Tabel 5. Distribusi Reponden Berdasarkan Pengetahuan Klien tentang Tata Cara Salat Duduk

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	23	60,5
Cukup	0	00,0
Baik	15	39,5
Total	38	100

Berdasarkan tabel 5 di atas diperoleh informasi bahwa sebagian besar dari responden berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 23 responden atau sebesar 60,5 %.

c. Berbaring

Berdasarkan tabel 6 diperoleh informasi bahwa hampir setengah dari responden berpengetahuan kurang dan baik yaitu masing-masing sebanyak 16 responden atau sebesar 42,1 %.

Tabel 6. Distribusi Reponden Berdasarkan Pengetahuan Klien tentang Tata Cara Salat Berbaring

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	16	42,1
Cukup	6	15,8
Baik	16	42,1
Total	38	100

## d. Isyarat

Tabel 7 Distribusi Reponden Berdasarkan Pengetahuan Klien tentang Tata Cara Salat Isyarat

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
Kurang	17	44,7
Cukup	0	00,0
Baik	21	55,3
Total	38	100

Berdasarkan tabel 7 diperoleh informasi bahwa lebih dari setengah responden berpengetahuan baik yaitu sebanyak 21 responden atau sebesar 55,3 %.

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan dari hasil penelitian di atas maka diperoleh gambaran pengetahuan klien adalah kurang (44,7 %). Menurut asumsi peneliti pengetahuan kurang mungkin berhubungan dengan:

a. Pendidikan responden rendah yaitu lebih dari setengah responden berpendidikan Sekolah Dasar (SD) sebanyak 22 responden (57,9 %).

Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003<sup>5</sup>), bahwa, seseorang yang memiliki pengetahuan kurang cenderung memiliki perilaku yang kurang baik dalam perilakunya, sehingga peluang untuk menerapkan konsep dasar ilmu yang ia miliki juga kurang. Berpendidikan tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih baik dibandingkan dengan orang yang

berpendidikan menengah dan rendah. Pendidikan mempunyai peranan penting dalam menentukan kualitas manusia, dengan pendidikan manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan dan informasidan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin berkualitas hidupnya dan semakin tinggi pula intelektualnya.

Meskipun demikian seseorang yang berpendidikan rendah tidak se-muanya berpengetahuan kurang. Hal ini sejalan dengan pernyataan, peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh pada pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut.

b. Setengah responden berusia 40-60 tahun sebanyak 19 responden (50,0 %) yang merupakan usia madya (*middle age*).

Seseorang berusia madya (separuh baya) mungkin tidak selamanya berpikiran matang dan dewasa. Hal ini sejalan dengan pernyataan, tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena mengalami kemunduran baik fisik maupun mental. Dapat diperkirakan bahwa IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain seperti misalnya

kosakata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia.

Hal serupa dikemukakan oleh Sujarwo (2012), kekurangan dalam hal IQ akan menyebabkan pengetahuan kurang, hal ini disebabkan daya pikir dan daya tangkap yang dimiliki seseorang kurang, sehingga menghambat dalam proses berpikir dan bertindak. Proses berpikir dan bertindak ini berawal dari pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang.

Meskipun demikian, seseorang berusia madya merupakan usia pematangan pengamalan ajaran agama. Hal ini sejalan dengan pernyataan bahwa pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya.

c. Pengalaman yang kurang yaitu sebagian besar responden tidak mempunyai pengalaman melaksanakan salat saat sakit sebanyak 29 responden (76,3 %).

Menurut Siregar (2007), yang mengatakan bahwa pengetahuan seseorang bukan hanya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, karena pengetahuan tidak hanya didapat dari bangku sekolah, namun pengetahuan lebih banyak diperoleh dari pengalaman hidup.

Meskipun demikian tidak semua orang yang berpengalaman kurang mempunyai pengetahuan yang kurang. Pengetahuan dapat diperoleh dari berbagai sumber informasi yang didapat. Hal ini didukung oleh Notoatmodjo (2003), pengetahuan yang dimiliki seseorang dapat dipengaruhi seberapa banyak informasi yang diperolehnya baik secara langsung maupun tidak langsung. Pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh kecepatan seseorang dalam menerima informasi yang diperoleh, sehingga semakin banyak seseorang memperoleh informasi, maka semakin baiklah pengetahuannya, sebaliknya semakin kurang informasi yang diperoleh, maka semakin kurang pengetahuannya. Informasi tersebut dapat diperoleh melalui media massa dan elektronik serta tenaga kesehatan dan penyuluhan-penyuluhan kesehatan.

d. Pengetahuan kurang berhubungan juga dengan lingkungan yang tidak mendukung, kesadaran pribadi kurang, rendahnya motivasi pribadi dan keimanan seseorang.

Gambaran dari kurangnya dukungan lingkungan dapat dilihat di ruang pe-

rawatan seperti tidak ada pengingat waktu salat, terkadang tidak terdengar suara azan, tidak ada petunjuk arah kiblat, kesediaan air yang mengalir pada waktu-waktu tertentu dimana kebutuhan akan air bersih sangat dibutuhkan klien dan keluarga. Hal ini sejalan dengan Sujarwo (2012), lingkungan yang tidak mendukung juga akan menghalangi seseorang memiliki pengetahuan yang kurang. Penyebabnya adalah lingkungan merupakan tempat berinteraksinya seseorang dalam hal komunikasi dan bergaul dalam masyarakat, jika komunikasi dan interaksi dalam masyarakat mengalami gangguan sangat dimungkinkan pengetahuan mengalami kekurangan dan orang akan mengalami kemunduran dalam hidupnya.

Ungkapan singkat dari klien yang menganggap ibadah salat adalah privasi yang tidak perlu diungkapkan, klien tertutup untuk mengungkapkan kebutuhan spiritualnya sehingga kesadaran akan kebutuhan tersebut terus diabaikan. Menurut Sujarwo (2012) bahwa kesadaran dalam mempengaruhi pengetahuan sangat penting mengingat seseorang bila tidak menyadari untuk memiliki keinginan tumbuh dan maju orang tersebut akan mengalami keterlambatan dalam hal pengetahuan baik secara wawasan, pemikiran dan kemajuan dalam bidang lainya.

Penyebab rendahnya motivasi adalah kurangnya dorongan dari keluarga atau teman yang tidak saling mengingatkan dan membantu klien dalam melakukan salat serta kurangnya informasi yang didapatkan dari perawat

yang sangat memahami tentang kesehatan klien dalam melakukan mobilitasi yang dapat dilakukan. Menurut Sujarwo (2012) bahwa rendahnya motivasi pribadi akan menyebabkan seseorang akan mengalami kekurangan dalam hal pengetahuan. Motivasi rendah disebabkan oleh adanya keinginan pribadi individu yang kurang konsisten dan kuat dalam mendapatkan sesuatu hal dalam hidupnya supaya bisa, sehingga ada kalanya seseorang tidak tahu tentang suatu hal yang berkaitan dengan pengetahuan.

Keimanan seseorang juga mempengaruhi seseorang untuk meningkatkan pengetahuannya karena semata-mata hanya karena Allah. Hal ini sejalan dengan Kecerdasan spiritual (SQ) menurut Ginanjar (2007), adalah kemampuan untuk memberi makna ibadah terhadap setiap perilaku dan kegiatan melalui langkah-langkah dan pemikiran yang bersifat fitrah menuju manusia seutuhnya dan memiliki pola pemikiran tauhid serta berprinsip hanya karena Allah. "*Maka celakalah orang-orang yang salat, yang melalaikan salatnya. Mereka yang ingin dilihat orang, tetapi enggan (memberikan) sedekah (berupa) keperluan yang berguna*" (QS. Al-Ma'uun [107] : 4-7).

Dengan demikian, kecerdasan spiritual menurut Ginanjar haruslah disandarkan kepada Allah dalam segala aktivitas kehidupan untuk mendapatkan suasana ibadah dalam aktivitas manusia. Prinsip pembangunan karakter merupakan makna penjabaran dari rukun Islam yang kedua yakni salat. Salat sebagai tempat untuk menyeimbangkan

dan menyalurkan pikiran, dan pelaksanaan salat juga suatu mekanisme yang bisa menambah energi baru yang terakumulasi sehingga menjadi suatu kumpulan dorongan dahsyat untuk segera berkarya dan mengaplikasikan pemikirannya ke dalam alam realita.

Hasil dari pembangunan karakter, salat adalah suatu metode relaksasi untuk menjaga kesadaran diri agar tetap memiliki cara berpikir fitrah, salat adalah suatu langkah untuk membangun kekuatan *afirmasi*, salat adalah sebuah metode yang dapat meningkatkan kecerdasan emosi dan spiritual secara terus menerus, salat adalah suatu teknik pembentukan pengalaman yang membangun suatu paradigma positif dan salat adalah suatu cara untuk terus mengasah dan mempertajam kecerdasan emosi dan spiritual yang diperoleh dari rukun iman.

Menurut salah seorang responden dari wawancara singkat yang diperoleh peneliti bahwa pada dasarnya klien sangat memerlukan informasi tentang salat saat kondisi sakit dikarenakan ketidakmampuan dan ketidaktahuan tentang kondisi tubuhnya. Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan perawat memperkaya ilmu pengetahuan pemenuhan kebutuhan spiritual klien, sehingga dalam memberikan asuhan keperawatan kebutuhan klien terpenuhi dalam berbagai aspek yaitu kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual.

Berdasarkan hal tersebut di atas, diharapkan bagi rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit dalam pemenuhan kebutuhan spiritual berupa memberikan fasilitas dalam penun-

jang ibadah salat seperti : pengingat waktu salat yaitu suara azan setiap waktu dan ucapan selamat menunaikan ibadah salat buat klien melalui *sound system*, petunjuk arah kiblat disetiap kamar, air bersih, leflet salat saat sakit dan kalau memung-kinkan didatangkan Ustad / Ustazah da-lam memberikan pembinaan terutama mengenai ibadah salat dalam keadaan sakit.

Bagi perawat, dapat lebih memahami tentang materi kebutuhan spiritual klien yang sesuai kondisi pasien, sebab perawat dituntut untuk selangkah lebih maju dalam hal informasi teknologi dan ilmu pengetahuan, diharapkan perawat mampu menjadi perawat yang islami, modern dan intelektual sehingga mampu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif serta profesional.

Bagi klien, dapat memahami serta melaksanakan salat 5 waktu dengan berbagai kondisi kesehatannya, sehingga lebih dekat kepada Allah dan lebih tegar dalam menghadapi cobaan/ujian dalam hidupnya. Salat merupakan ibadah yang mengandung terapi yang sangat ampuh sekaligus memiliki banyak manfaat bagi kesehatan. Peningkatkan pengetahuan dalam beribadah salat dengan menerima asuhan keperawatan yang diberikan serta dengan berbagai kondisi atau fasilitas apapun tetap dapat melaksanakan kewajiban ibadah salat.

Bagi institusi pendidikan, dapat memberikan kontribusi ilmu pengetahuan mengenai kebutuhan spiritual terutama tata cara salat saat sakit/ dirawat dalam mata ajar agama islam ataupun dalam mata ajar kebutuhan

dasar manusia sejak pendidikan D-III Keperawatan sehingga pada saat praktek maupun telah bekerja, perawat diharapkan memiliki pengetahuan yang luas dari berbagai aspek yang dibutuhkan klien.

Peneliti selanjutnya, kiranya dapat menggunakan hasil penelitian ini sebagai data dasar atau referensi untuk penelitian berkelanjutan tentang kebutuhan spiritual klien dalam beribadah salat, khususnya mengenai pengetahuan klien tentang tata cara salat saat darurat sakit baik dalam keadaan berdiri, duduk, berbaring dan isyarat. Hubungan pengetahuan perawat dengan pengetahuan klien tentang tata cara salat, hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan salat klien, faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan ibadah salat klien dan pengaruh gerakan salat terhadap mobilisasi fisik klien. Selain itu diharapkan dengan jumlah sampel atau ruang lingkup yang lebih besar sehingga informasi yang kita dapatkan lebih mendalam dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien.

#### 1) Tata Cara Bersuci

##### a) Wudhu saat Sakit

Diharapkan klien dapat lebih menggali informasi mengenai cara beribadah khususnya salat dari beberapa sumber baik dari buku, televisi, Ustad/ Ustazah serta sumber-sumber lainnya. Perawat dapat memfasilitasi klien *self care*, *partial care* dan *total care* dengan menyesuaikan keterbatasan pengetahuan wudhu yang telah dikaji serta memberikan informasi manfaat wudhu untuk kesehatannya. Untuk rumah sakit

diharapkan meningkatkan fasilitasi seperti air bersih yang selalu mengalir 24 jam, menyediakan kran air langsung untuk berwudhu sehingga klien tidak merasa ragu dengan kebersihan / kesucian air yang ada di bak mandi karena digunakan bersama dengan klien lain. Untuk klien dan keluarga, hendaknya menyadari bahwa bersuci merupakan hal yang memiliki banyak manfaat untuk kesehatan tubuhnya dan diharapkan selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan sekitarnya karena manfaatnya akan dinikmati sendiri

##### b) Tayamum saat Sakit

Bersuci dengan tayamum yang biasanya menggunakan debu disekitar seperti tempat tidur atau dinding, diharapkan sebisa mungkin setiap ruangan menyediakan tempat tayamum khusus yaitu bok segi empat selebar kedua telapak tangandapat berupa benda padat atau kain yang bisa menempel debu dari luar rumah sakit yang diberi tutup dan dapat disimpan di lemari yang bersih, karena kita mengetahui bahwa debu yang ada di rumah sakit berbeda dengan debu yang ada di luar rumah sakit, resiko infeksi nasokomial bisa terjadi, penyebab infeksi nasokomial adalah kuman-kuman rumah sakit yang berbeda dengan kuman-kuman di luar rumah sakit, kulit adalah benteng pertama pertahanan tubuh, diharapkan hal tersebut bisa kita minimalkan atau dihindari. Perawat dan keluarga dapat membantu klien bertayamun bagi klien yang tidak mampu melakukannya sendiri.

## 2) Tata Cara Salat

### a) Berdiri

Dengan mengetahui tata cara salat yang benar maka apapun keadaannya kita dapat senantiasa dekat dengan yang Maha Pencipta dan dengan proses perawatannya klien akan lebih tenang sehingga membuat proses penyembuhan dapat berjalan dengan baik. Mobilisasi fisik dapat dilakukan hanya dengan melakukan salat wajib dalam 5 waktu dengan cara berdiri. Salat posisi berdiri yang diuraikan diatas begitu banyak manfaat untuk kesehatan tubuh manusia. Salat posisi berdiri disaat sakit dapat dilakukan dengan cara berdiri dengan bersandar atau dengan bantuan tongkat, sisi tempat tidur atau orang lain. Diharapkan setiap ruangan menyediakan alat bantu untuk mobilisasi berdiri seperti walker atau lainnya, yang aman bagi klien dalam salat posisi berdiri "*Salatlah kamu sambil berdiri*" (HR. Bukhari). Posisi salat dengan berdiri yang lainnya yaitu berdiri dengan membungkuk atau mampu berdiri tetapi tidak bisa rukuk dan sujud.

### b) Duduk

Diharapkan klien mobilisasi fisik dapat dilakukan dengan melaksanakan salat duduk. Ada beberapa pilhan tata cara salat dalam keadaan sakit salah satunya adalah salat duduk. Masih banyak masyarakat khususnya klien yang belum mengetahui bahwa tata carasalat dengan duduk juga merupakan tata cara salat yang diperbolehkan dalam keadaan tertentu khususnya apabila klien tidak dapat mengerakkan beberapa anggota tubuh seperti kaki sebagai salah satu pe-

nopang utama dalam proses gerakan salat. Salat posisi duduk dapat dilakukan klien di tempat tidur.

### c) Berbaring

Untuk klien yang terbaring lemah di tempat tidur dapat melakukan gerakan mobilisasi dengan salat posisi berbaring. Gerakan salat posisi berbaring merupakan proses mobilisasi bertahap klien yang sedemikian rupa dimudahkan oleh Allah SWT. Masih banyaknya klien (42,1 %) belum mengetahui bahwa tata cara salat dengan berbaring juga merupakan tata cara salat yang diperbolehkan dalam keadaan tertentu khususnya apabila pasien tidak dapat mengerakkan beberapa anggota tubuh. Klien dapat melakukan salat posisi berbaring dengan berbagai posisi baring, yaitu :

(1) Salat berbaring dengan wajah menghadap kiblat dan yang utama adalah berbaring di atas lambung sebelah kanan, rukuk dan sujud dengan isyarat, sujudnya lebih rendah dari rukuknya.

(2) Salat terlentang dengan kedua kaki menghadap ke arah kiblat

(3) Salat dengan posisi apa saja yang ia mampu.

(4) Salat menghadap ke arah mana saja.

(5) Salat sesuai posisi yang mampu dilakukan (berubah posisi sesuai kemampuan saat proses salat berlangsung).

### d) Isyarat

Perawat dan keluarga dapat mendengarkan ayat-ayat Al Quran di telinga klien tidak sadar tetapi masih dapat mendengar, karena dengan mendengar-

kan bacaan ayat-ayat Al Quran secara kusyuk dan penuh penghayatan dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Selain itu, penurunan depresi, menghilangkan kesedihan, memperoleh ketenangan jiwa dan menangkal berbagai penyakit.

Hal ini diperkuat oleh penelitian Salim yang dipublikasikan Universitas Boston. Objek penelitiannya dilakukan terhadap 5 orang sukarelawan yang terdiri dari tiga pria dan dua wanita. Kelima orang tersebut sama sekali tidak mengerti bahasa Arab dan mereka tidak diberitahu bahwa yang akan diperdengarkan adalah ayat-ayat Al Quran. Penelitian yang dilakukan sebanyak 210 kali ini terbagi dalam dua sesi, yakni membacakan Al Quran dengan tartil dan membacakan bahasa Arab yang bukan dari Al Quran. Kesimpulannya, responden mendapatkan ketenangan sampai 65 % ketika mendengarkan bacaan Al Quran dan mendapatkan ketenangan hanya 35 % ketika mendengarkan bahasa Arab yang bukan dari Al Quran.

Manfaat salat dapat dilihat mulai dari gerakan, bacaan, niat dan pemilihan waktu salat, terdapat banyak hikmah dan manfaat yang besar. Berdasarkan hal tersebut, pengetahuan tentang salat saat sakit dapat menjadi terapi komplementer berupa terapi gerakan dan waktu salat untuk mobilisasi klien yang bisa dimiliki perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Mobilisasi klien dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

- a. Kaji kebutuhan mobilisasi yang perlu/ dapat dilakukan klien.
- b. Dimulai dari tahap berbaring terlentang (*badrest*), perawat dapat me-

nganjurkan dengan mendengarkan ayat-ayat Al Quran seperti salat hanya dengan isyarat.

c. Selanjutnya berbaring terlentang dengan gerakan hanya pada tangan dan kepala, lama gerakan dengan cara membaca bacaan salat. Lakukan 5 kali sehari seperti waktu salat 5 waktu. Waktu salat 5 waktu merupakan waktu terbaik melakukan aktivitas karena tingkat kadar kortisol dalam tubuh meningkat, kortisol merupakan hormon (*korteks renal*) yang berfungsi diantaranya mengatur aktivitas transformasi karbohidrat dan mengatur kestabilan kadar glukosa dalam darah. Zat-zat tersebut merupakan sumber energi yang diperlukan tubuh untuk menjalankan aktivitas.

d. Berbaring miring (mobilisasi miring kanan dan miring kiri). Lakukan mobilisasi seperti gerakan salat saat posisi berbaring miring, waktunya seperti salat berbaring miring dan dilakukan 5 kali sehari.

e. Mobilisasi duduk dapat dilakukan seperti salat posisi duduk, waktunya seperti salat posisi duduk dan dilakukan 5 kali sehari.

f. Mobilisasi berdiri dapat dilakukan seperti salat posisi berdiri, waktunya seperti salat posisi berdiri dan dilakukan 5 kali sehari.

Mobilisasi ini dapat memberi pemahaman klien tentang manfaat salat yang diwajibkan Allah SWT, sehingga membantu perawat melakukan asuhan keperawatan dalam pendekatan pada klien yang tidak pernah melakukan salat 5 waktu. Selain itu, gerakan mobilisasi ini mudah diingat dan mudah dilakukan pe-

rawat untuk klien yang memerlukan mobilisasi bertahap, Allah Maha Besar.

#### KEPUSTAKAAN

- Arsyak. (2011). *Pengaruh Spiritual Keperawatan Terhadap Kepuasan Pelayanan Keperawatan*, 1, <http://id.shvoong.com>, (diperoleh 14 Oktober 2012).
- Ginanjari, A. (2007). *Rahasia Sukses Membangun Kecerdasan Emosi dan Spiritual (ESQ)*. Cet. 33. Jakarta: Arga.
- Hamid A.Y.S.(2003). *Buku Ajar Aspek Spiritualitas Dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- KutuBlog. (2011). *Definisi Pengetahuan Serta Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan*.<http://dunia-baca.com/html>, (diperolehtanggal 30 Agustus 2012)
- Medicastore. (2012). *Pengetahuan Dan Hal Yang Mempengaruhinya*. <http://blogspot.com/2012/03/html>, (diperoleh tanggal 12 Februari 2013).
- Notoatmodjo, S.(2010), *Metodologi Penelitian Kesehatan* Edisi revisi, Jakarta: Rineka Cipta.
- Riyanto, A. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sanusi, M. (2012). *Berbagai Terapi Kesehatan Melalui Amalan-amalan Ibadah*, Jogjakarta: Najah.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung : AlfaBeta
- Sujarwo, R. (2012). *Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan Rendah*, <http://gununglaban.wordpress.com/2012/03/30/>, (diperoleh tanggal 1 Februari 2012).