



Kualitas Hidup Jamaah Shalat Subuh di Kota Banda Aceh

Siska Agustina^{*1}, Hady Maulanza², Fuadi², Muhammad Ilham²

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Abulyatama Jl. Blangbintang Lama No. KM, RW.5, Lampoh Keude, Kuta Baro, Kabupaten Aceh Besar, Aceh 24415

²Dosen Fakultas Kedokteran Universitas Abulyatama Jl. Blangbintang Lama No. KM, RW.5, Lampoh Keude, Kuta Baro, Kabupaten Aceh Besar, Aceh 24415

*Email korespondensi: siskaagustina988@gmail.com

Diterima 27 Desember 2019; Disetujui 4 Februari 2020; Dipublikasi 13 Februari 2020

Abstract: *The quality of life consist of four aspect/domain, including physical domain, psychological domain, social domain, and environmental domain. One of psychological aspects is spiritual. The better a person's spiritual condition, the better his psychological well-being. This study aimed to analyze the quality of life of Fajr prayers. This study is analytical with cross-sectional design. The subjects of this study were 77 Fajr prayers who were obtained using the accidental sampling method. The dependent variable is quality of life. The independent variables are age, gender, education, marital status, profession, income, health, history of chronic disease. Quality of life was measured using translated WHOQoL-BREF. Collected data were analyzed statistically using Chi-square test. Most of respondents have poor physical domain (64,9%), poor psychological domain (51,9%), good social domain (66,2%), and good environmental domain (63,6%). Variables that have a correlation with the pshysical domain of quality of life is income (p-value=0,007). Variables that have a correlation with the psychological domain of quality of life are education (p-value=0,008) and income (p-value=0,049). There are no variables that have correlation with the social domain quality of life. Variables that have correlation with the environmental domain quality of life are education (p-value=0,031) and income (p-value=0,005).*

Keywords: *enviromental, physical, psychological, quality of life, social.*

Abstrak: Kualitas hidup terdiri dari empat aspek/dimensi, diantaranya dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial dan dimensi lingkungan. Salah satu aspek dari domensi psikologis yaitu spiritual. Semakin baik kondisi spiritual seseorang, maka semakin baik kesejahteraan psikologisnya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kualitas hidup jamaah shalat Subuh. Penelitian ini bersifat analitik dengan rancangan penelitian cross sectional. Subjek penelitian berjumlah 77 orang jamaah shalat Subuh yang diperoleh dengan menggunakan metode accidental sampling. Variabel dependen yaitu kualitas hidup, variabel independen yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan, kesehatan, dan riwayat penyakit kronis. Kualitas hidup diukur dengan menggunakan kuesioner WHOQoL-BREF yang sudah diterjemahkan. Data yang terkumpul dianalisis secara statistik menggunakan uji Chi-square. Sebagian besar responden memiliki dimensi fisik yang buruk (64,9%), dimensi psikologis yang buruk (51,9%), dimensi sosial yang baik (66,2%), dan dimensi lingkungan yang baik (63,6%). Variabel yang memiliki hubungan dengan dimensi fisik kualitas hidup yaitu penghasilan (p-value=0,007). Variabel yang memiliki hubungan dengan dimensi psikologis kualitas hidup yaitu pendidikan terakhir (p-value=0,008) dan penghasilan (p-value=0,049). Tidak ada variabel yang memiliki hubungan dengan dimensi sosial kualitas hidup. Variabel yang memiliki hubungan dengan dimensi lingkungan kualitas hidup yaitu pendidikan terakhir (p-value=0,031) dan penghasilan (p-value=0,005).

Kata kunci : *fisik, kualitas hidup, lingkungan, psikologis, sosial.*

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Republik Indonesia 2017, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia telah meningkat sebanyak 4,28 poin 66,53 (2010) menjadi 70,81 (2017) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Kualitas hidup mencerminkan kepuasan seseorang terhadap kehidupannya secara keseluruhan, seperti kondisi fisik, psikologis, sosial, aktivitas sehari-hari serta materi. Kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status pernikahan, hubungan dengan orang lain serta standar rujukan (United Nations Development Programme 2016). Pada tahun 1996, terjadi perubahan menjadi empat aspek diantaranya kesehatan fisik (*physical health*), kesehatan psikologis (*psychological*), hubungan sosial (*social relationship*) dan hubungan dengan lingkungan (*environment*) (Lopez, Shane, and Synder, 2004).

Shalat berjamaah juga diharuskan kepada laki-laki, terutama pada shalat Subuh. Hal tersebut telah dijelaskan dalam hadits Rasulullah yang diriwayatkan oleh Bukhari dan Muslim (Baits, 2015). Salah satu hikmah yang diperoleh dari shalat Subuh adalah sebagai sarana penghubung manusia dengan Tuhannya dan dengan penuh kekhusyukannya memohon banyak hal kepada-Nya. Perasaan ini dapat meningkatkan kejemihan spiritualitas, ketenangan hati, dan keamanan diri di kala ia mengarahkan semua emosi dan anggota tubuhnya kepada Tuhan (Jefry, 2006) (Ma'rufah, 2015). Dengan demikian, spiritualitas akan mempengaruhi kualitas hidup dari setiap individu.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan

Sharon Gondodiputro pada tahun 2018, variabel yang terdapat perbedaan yang signifikan yaitu usia, status pernikahan dan pendidikan. Oleh karena shalat merupakan salah satu kewajiban umat Muslim dan shalat Subuh merupakan salah satu shalat yang diutamakan serta ingin mengembangkan penelitian oleh Sharon sebelumnya, sehingga penulis tertarik untuk melakukan analisis kualitas hidup pada masyarakat yang telah menunaikan ibadah shalat Subuh di masjid daerah kota Banda Aceh. Penelitian dilakukan di Masjid Agung Al-Makmur Lampriet Banda Aceh karena berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam Nomor DJ.II/802 Tahun 2014 masjid dengan gelar Masjid Agung merupakan masjid yang menjadi pusat kegiatan keagamaan Pemerintahan Kabupaten/Kota atau masyarakat muslim dalam wilayah Kabupaten/Kota (Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam, 2014).

KAJIAN PUSTAKA

Kualitas Hidup

Menurut WHOQoL, kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kehidupannya yang berada di dalam konteks dan norma yang sesuai dengan tempat hidup individu tersebut yang berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya (Salim, Sudharma, and Kusumaratna, 2007). Menurut *Centers of Disease Control and Prevention*, kualitas hidup adalah suatu istilah populer yang mencerminkan kesejahteraan, termasuk aspek kebahagiaan dan kepuasan terhadap kehidupan secara keseluruhan. Kualitas hidup lebih subjektif dan sulit diukur karena pada hakikatnya setiap individu dan kelompok memiliki kualitas hidup yang berbeda

(U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, status pernikahan, hubungan dengan orang lain serta standar rujukan (United Nations Development Programme, 2016).

Konsep kualitas hidup digunakan dalam pelayanan kesehatan, salah satunya terdapat pengobatan kualitas hidup yang bertujuan untuk memperpanjang dan mempertahankan kehidupannya. Selain itu, konsep kualitas hidup juga digunakan para akademisi dalam membahas pendekatan kualitas hidup untuk mempertimbangkan kesejahteraan spiritual sebagai bagian dari konsep kualitas hidup (Afiyanti, 1999).

Pada tahun 1996, *World Health Organization Quality of Life (WHOQoL) Group* menyatakan bahwa kualitas hidup terdiri dari empat aspek diantaranya kesehatan fisik (*physical health*), psikologis (*psychological*), hubungan sosial (*social relationship*), dan hubungan dengan lingkungan (*environment*) (Lopez, Shane, and Synder, 2004).

WHO membentuk *WHOQoL Group* untuk mengukur kualitas hidup seseorang. WHO menyusun *World Health Organization Quality of Life-BREF Version (WHOQoL-BREF)*. WHOQoL-BREF terdiri dari 7 pertanyaan untuk dimensi fisik, 6 pertanyaan untuk dimensi psikologis, 3 pertanyaan untuk dimensi sosial, dan 8 pertanyaan untuk dimensi lingkungan. Instrumen WHOQoL-BREF ini juga mengukur 2 segi dari kualitas hidup secara umum, diantaranya kualitas hidup secara keseluruhan (*overall quality of life*) dan kesehatan secara umum (*general health*) (Salim, Sudharma, and Kusumaratna, 2007).

Shalat

Secara bahasa, shalat adalah doa dan permohonan ampunan (As-Sadlan, 2017). Secara istilah, shalat adalah rukun-rukun khusus, dzikir-dzikir tertentu yang dilakukan dengan syarat-syarat tertentu pada waktu tertentu. Menurut istilah, para ulama mendefinisikan shalat sebagai serangkaian ucapan dan gerakan yang diawali dengan takbir dan diakhiri dengan salam (As-Sadlan, 2017) (Sarwat, 2011).

Banyak manfaat kesehatan fisik yang diperoleh dari shalat. Baru-baru ini, terdapat penelitian yang melaportkan bahwa shalat secara teratur dapat membuat hampir semua otot dan sendi bekerja, sehingga dapat menurunkan risiko radang sendi (*arthritis*). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Doufash, didapatkan bahwa shalat secara teratur dapat meningkatkan aktivitas parasimpatis dan menurunkan aktivitas simoatis sehingga membantu relaksasi, menurunkan kecemasan dan mengurangi risiko penyakit kardiovaskular (Hakak et al., 2018).

Selama shalat terjadi pelebaran pada pembuluh darah sehingga pengembalian darah ke jantung lebih mudah. Jantung bekerja lebih banyak, sehingga memperkuat otot jantung. Shalat secara teratur juga dapat mencegah osteoporosis karena shalat dapat meningkatkan kekuatan tendon dan otot, kesehatan kardiovaskular, serta fleksibilitas. Shalat juga dapat merangsang sekresi hormon adrenalin yang dapat mengaktifkan kerja sistem saraf simpatik sehingga meningkatkan kerja saraf motorik dari organ internal dan otot jantung. Jadi, ketika adrenalin disekresi, denyut nadi dan frekuensi respirasi meningkat, memperlambat proses pencernaan, menstabilkan tekanan darah, menyediakan glukosa untuk jaringan serta mengurangi kelelahan pada otot rangka. Shalat

secara teratur merupakan kegiatan olahraga ringan, sehingga shalat juga dapat mengurangi kadar kolesterol (Hakak et al., 2018).

Dalam buku Energi Shalat, Sabil menyebutkan bahwa shalat memiliki beberapa efek terhadap psikologis, diantaranya aspek relaksasi otot (menimbulkan rasa tenang), aspek relaksasi kesadaran indra (merasa seolah-olah sedang berhadapan langsung dengan Allah SWT di dalam shalatnya, setiap bacaan dan gerakan dihayati maknanya), aspek meditasi (merasa fokus dan mampu berkonsentrasi ketika shalat dengan benar dan khushyuk), aspek autodigesti (membuat diri sendiri menyatakan suatu keyakinan atau perbuatan melalui pengulangan suatu rangkaian ucapan serta rahasia), aspek katarsis (pengaduan dan penyaluran isi hati karena dalam shalat merupakan sarana hubungan manusia dengan Allah SWT (El-Ma'rufie, 2009)

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan suatu penelitian analitik menggunakan desain *cross sectional*. Penelitian dilakukan pada bulan Februari dan Maret 2019 dengan mengambil lokasi Masjid Agung Al-Makmur Lampriet Banda Aceh. Populasi dalam penelitian ini adalah semua jamaah shalat Subuh di Masjid Agung Al-Makmur Lampriet. Pengambilan sampel menggunakan metode *accidental sampling* yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu berusia ≥ 26 tahun dan jamaah yang rutin melakukan shalat Subuh dalam satu bulan terakhir, sedangkan kriteria eksklusi yaitu mengalami gangguan dalam berkomunikasi serta jamaah tidak bersedia menjadi responden.

Kualitas hidup terdiri dari empat aspek/dimensi,

diantaranya dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan. Secara umum, kualitas hidup dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan, hubungan dengan orang lain serta standar rujukan. Terdapat 8 variabel independen, yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan, kesehatan, dan riwayat penyakit kronis. Untuk memperoleh data atau informasi dari responden, peneliti menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner. Instrumen dalam penelitian ini merupakan data primer yang diambil melalui kuesioner WHOQoL-BREF.

Instrumen WHOQoL-BREF memberikan satu macam skor untuk setiap dimensi yang menggambarkan respon dari responden di setiap dimensi. Skor dimensi kesehatan disik 7-35, skor dimensi psikologis 6-30, skor dimensi sosial 3-15, skor dimensi lingkungan 8-40. Seluruh hasil perhitungan kualitas hidup ditransformasikan menjadi 0-100 sesuai dengan ketetapan WHOQoL-BREF. Jika skor 0-50 termasuk kategori kualitas hidup yang buruk, sedangkan 51-100 termasuk kategori kualitas hidup yang baik.

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara dua variabel dengan menggunakan derajat signifikansi 0,05. Jika nilai $p < 0,05$, maka terdapat hubungan yang signifikan. Sedangkan jika nilai $p > 0,05$, maka tidak terdapat hubungan yang signifikan. Analisis bivariat dilakukan dengan uji *Chi-square*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisa Univariat

Proporsi terbesar pada responden lanjut usia sebesar 50,6%, jenis kelamin perempuan sebesar 61%, pendidikan terakhir sarjana sebesar 51,9%, yang sudah menikah sebesar 83,1%, yang memiliki pekerjaan sebesar 74%, memiliki penghasilan yang tinggi sebesar 53,2%, yang memiliki persepsi sehat yang baik sebesar 90,9%, dan yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis sebesar 89,6%.

Tabel 1. Karakteristik Responden berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Status Pernikahan, Pekerjaan, Penghasilan, Kesehatan dan Riwayat Penyakit Kronis

Variabel	N	%
Usia		
- Dewasa (26-45 tahun)	38	49,4
- Lanjut Usia (>45 tahun)	39	50,6
Jenis kelamin		
- Laki-laki	30	39
- Perempuan	47	61
Pendidikan terakhir		
- Sarjana	40	51,9
- Non sarjana	37	48,1
Status pernikahan		
- Menikah	64	83,1
- Belum menikah	13	16,9
Pekerjaan		
- Bekerja	57	74
- Tidak bekerja	20	26
Penghasilan		
- Tinggi	41	53,2
- Rendah	36	46,8
Kesehatan		
- Baik	70	90,9
- Buruk	7	9,1
Riwayat penyakit kronis		
- Tidak punya	69	89,6
- Punya	8	10,4

Sumber: Data Primer (data diolah tahun 2019)

Proporsi terbesar pada responden yang memiliki dimensi fisik kualitas hidup yang buruk yaitu sebesar 64,9%, responden yang memiliki dimensi psikologis kualitas hidup yang buruk yaitu sebesar 51,9%, responden yang memiliki dimensi sosial yang baik

yaitu sebesar 66,2%, dan responden yang memiliki dimensi lingkungan yang baik yaitu sebesar 63,6%.

Tabel 2. Dimensi Fisik, Dimensi Psikologis, Dimensi Sosial, dan Dimensi Lingkungan Kualitas Hidup

Variabel	N	%
Dimensi fisik		
- Baik	27	35,1
- Buruk	50	64,9
Dimensi psikologis		
- Baik	37	48,1
- Buruk	40	51,9
Dimensi sosial		
- Baik	51	66,2
- Buruk	26	33,8
Dimensi lingkungan		
- Baik	49	63,6
- Buruk	28	36,4

Sumber: Data Primer (data diolah tahun 2019)

Analisa Bivariat

Hasil analisis secara statistik menunjukkan bahwa tidak adanya hubungan yang bermakna antara usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, dan pekerjaan, kesehatan dan riwayat penyakit kronis responden dengan dimensi fisik kualitas hidup ($p\text{-value} > 0,05$). Sementara itu, hasil analisis variabel penghasilan menunjukkan adanya hubungan signifikan dengan dimensi fisik kualitas hidup ($p\text{-value} < 0,05$). Secara statistik, variabel penghasilan juga memiliki hubungan yang signifikan dengan dimensi psikologis kualitas hidup. Selain itu variabel pendidikan terakhir memiliki hubungan yang signifikan dengan dimensi psikologis kualitas hidup ($p\text{-value} < 0,05$). Tidak ada variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dengan dimensi sosial kualitas hidup ($p\text{-value} > 0,05$). Hasil analisis statistik variabel penghasilan menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan dimensi lingkungan kualitas hidup ($p\text{-value} < 0,05$).

Tabel 3. Hubungan karakteristik responden dengan dimensi fisik, dimensi psikologis, dimensi sosial, dan dimensi lingkungan

Variabel	D.	D.	D.	D.
	Fisik	Psikologis	Sosial	Lingkungan
	<i>p-value</i>	<i>p-value</i>	<i>p-value</i>	<i>p-value</i>
Usia				
-Dewasa	0,747	0,565	0,296	0,575
-Lanjut usia				
Jenis kelamin				
-Laki-laki	0,814	0,227	0,949	0,158
-Perempuan				
Pendidikan terakhir				
-Sarjana	0,155	0,008	0,091	0,031
-Non sarjana				
Status pernikahan				
-Menikah				
-Belum menikah	0,358	0,646	0,695	0,421
Pekerjaan				
-Bekerja	0,581	0,060	0,892	0,141
-Tidak bekerja				
Penghasilan				
-Tinggi	0,007	0,049	0,063	0,005
-Rendah				
Kesehatan				
-Baik	0,227	0,061	0,594	0,231
-Buruk				
Riwayat penyakit kronis				
-Tidak punya	0,879	0,168	0,814	0,944
-Punya				

Sumber: Data Primer (data diolah tahun 2019)

Pembahasan

Menurut WHOQoL, kualitas hidup merupakan persepsi individu terhadap kehidupannya yang berada di dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup individu tersebut yang berkaitan dengan tujuan, harapan, standar dan kepedulian selama hidupnya (Salim, Sudharma, and Kusumaratna, 2007). Pada tahun 1996, WHOQoL menyatakan kualitas hidup meliputi empat aspek diantaranya kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan hubungan dengan lingkungan (Lopez, Shane, and Synder, 2004).

Dari hasil penelitian, sebagian besar responden dengan kategori buruk didapatkan pada dimensi fisik dan dimensi psikologis, sedangkan sebagian besar responden dengan kategori baik didapatkan pada dimensi sosial dan dimensi lingkungan. Hal ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, pekerjaan, penghasilan, hubungan dengan orang lain, dan standar rujukan (United Nations Development Programme, 2016).

Usia

Sebagian besar jamaah berusia dewasa memiliki dimensi fisik dan dimensi psikologis kualitas hidup yang buruk, hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor kelelahan, kurang tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja. Hal ini sejalan dengan penelitian Robbert JJ Gobbens (2019) yang mengungkapkan usia dewasa memiliki dimensi fisik kualitas hidup yang buruk, tetapi dimensi psikologis, sosial, dan lingkungan kualitas hidup dalam kategori baik (Gobbens and Remmen, 2019).

Sebagian besar jamaah berusia lanjut memiliki dimensi fisik kualitas hidup yang buruk. Hal ini dapat disebabkan seiring bertambahnya usia, kondisi fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran berupa penurunan fisik berupa menurunnya fungsi organ, adanya perubahan komposisi tubuh secara progresif, penurunan massa lemak tubuh dan kelebihan lemak, menurunnya densitas tulang dan timbul berbagai penyakit (Amarya, Singh, and Sabharwal, 2015). Dari hasil analisis statistik, didapatkan bahwa usia tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup baik dimensi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan ($p\text{-value} > 0,05$). Tetapi Robbert JJ Gobbens (2019) menyimpulkan bahwa

sosiodemografi (usia) memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup (Gobbens and Remmen, 2019). Perbedaan ini dapat disebabkan oleh ukuran sampel yang kecil. Ukuran sampel yang kecil disebabkan karena keterbatasan waktu dan tenaga selama penelitian, selain itu juga dapat disebabkan faktor-faktor lain yang mendukungnya.

Jenis Kelamin

Sebagian besar jamaah laki-laki memiliki kesejahteraan fisik yang buruk. Hal ini dapat disebabkan laki-laki pada umumnya memiliki pekerjaan di luar rumah dan kapasitas kerja yang lebih tinggi sehingga kesejahteraan fisik yang buruk karena faktor kelelahan. Sebagian besar jamaah perempuan memiliki kesejahteraan fisik dan psikologis yang buruk. Hal ini dapat disebabkan karena perempuan lebih banyak mengurus pekerjaan rumah tangga dan anak, sehingga tidak hanya kesejahteraan fisik yang buruk karena faktor kelelahan, namun kesejahteraan psikologis juga buruk (Moons et al., 2004) (Kristofferzon, 2005). Jamaah laki-laki dan perempuan memiliki kesejahteraan sosial dan lingkungan yang baik. Dapat disimpulkan bahwa laki-laki memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan perempuan karena laki-laki memiliki kualitas hidup yang baik pada tiga dimensi (dimensi psikologis, sosial dan lingkungan) sedangkan perempuan memiliki kualitas hidup yang baik pada dua dimensi (dimensi psikologis dan lingkungan). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Lee et al (2006) (Lee, Ko, and Lee, 2006).

Pendidikan Terakhir

Sebagian besar jamaah berlatar belakang pendidikan sarjana maupun non sarjana memiliki kesejahteraan fisik yang buruk. Sebagian besar

jamaah berlatar belakang pendidikan non sarjana memiliki kesejahteraan psikologis yang buruk, sedangkan sarjana memiliki kesejahteraan psikologis yang baik. Hal ini berkaitan dengan tingginya tingkat pendidikan dapat membuat seseorang merasa lebih percaya diri dan mampu menyelesaikan permasalahan hidupnya sehingga kesejahteraan psikologis dapat tercapai. Keduanya memiliki kesejahteraan sosial dan lingkungan yang baik (Rohmah, Purwaningsih, and Bariyah, 2012). Dapat disimpulkan bahwa jamaah berlatar belakang pendidikan sarjana memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan non sarjana. Hal ini sesuai dengan penelitian Gambin G et al (2015), semakin lama seseorang mengemban pendidikan akan semakin tinggi kualitas hidup pada dimensi psikologis, sosial dan lingkungan (Gambin et al., 2015).

Status Pernikahan

Sebagian besar jamaah yang belum menikah memiliki dimensi fisik kualitas hidup yang buruk, namun baik pada dimensi psikologis, sosial, dan lingkungan. Sedangkan sebagian besar jamaah yang sudah menikah memiliki dimensi fisik dan psikologis yang buruk, namun baik pada dimensi sosial dan lingkungan. Dapat disimpulkan bahwa jamaah yang belum menikah memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan yang sudah menikah yang dapat disebabkan oleh tingginya beban hidup pada pasangan yang sudah menikah atau oleh faktor-faktor lainnya yang mendukung kualitas hidup menjadi buruk. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Bilgili dan Arpaci (2014) dan teori yaitu kualitas hidup pada seseorang yang sudah menikah lebih baik dibandingkan yang belum menikah (Bilgili and

Arpaci, 2014). Pasangan yang telah menikah pada umumnya merasa lebih bahagia karena ada yang menemaninya dalam menjalani hidup, sehingga dapat saling membantu dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari (Wahl et al., 2004).

Pekerjaan

Sebagian besar jamaah yang tidak memiliki pekerjaan memiliki kesejahteraan fisik dan psikologis yang buruk. Sebagian besar jamaah lainnya yang memiliki pekerjaan memiliki kesejahteraan psikologis, sosial, dan lingkungan yang baik. Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup jamaah yang memiliki pekerjaan lebih baik dibandingkan dengan jamaah yang tidak memiliki pekerjaan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Nanang (2015) yang menyimpulkan bahwa semakin tinggi kualitas pekerjaannya maka semakin tinggi kualitas hidup individu tersebut. Hal ini disebabkan pekerjaan yang dilakukan individu tersebut mengindikasikan penghasilan yang diperoleh untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya (Kosim et al., 2015).

Penghasilan

Sebagian besar jamaah dengan penghasilan rendah memiliki kesejahteraan fisik, psikologis, dan lingkungan yang buruk, namun memiliki kesejahteraan sosial yang baik. Sedangkan jamaah dengan penghasilan yang tinggi memiliki kesejahteraan fisik yang buruk, namun memiliki kesejahteraan psikologis, sosial, dan lingkungan yang baik. Dapat disimpulkan bahwa jamaah dengan penghasilan yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan penghasilan rendah. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Chen (2014) yang mengemukakan bahwa penghasilan yang

rendah berhubungan dengan kualitas hidup yang buruk pada dewasa (Chen, Hicks, and While, 2014). Seseorang dapat menghidupi dirinya dan keluarganya dengan penghasilan yang ia dapatkan. Dengan penghasilan yang tinggi seseorang akan memiliki perasaan positif terhadap dirinya dan mampu memenuhi kebutuhan hidup sehingga lingkungan di sekitarnya menimbulkan rasa aman serta memperoleh perawatan kesehatan yang memadai.

Kesehatan

Sebagian besar jamaah yang memiliki persepsi sehat yang buruk menunjukkan kualitas hidup yang buruk pula pada semua dimensi. Sebagian besar jamaah yang memiliki persepsi sehat yang baik memiliki dimensi fisik kualitas hidup yang buruk, namun dimensi psikologis, sosial, dan lingkungan didapatkan baik. Dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup pada jamaah yang memiliki persepsi sehat yang baik mempunyai kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan dengan jamaah dengan persepsi sehat yang buruk. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi kualitas hidup dan lebih sedikitnya responden dalam penelitian ini.

Riwayat Penyakit Kronis

Sebagian besar jamaah yang memiliki riwayat penyakit kronis memiliki kesejahteraan fisik dan psikologis yang buruk, namun memiliki kesejahteraan sosial dan lingkungan yang baik. Sedangkan sebagian besar jamaah lainnya yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis memiliki kesejahteraan fisik yang buruk, namun memiliki kesejahteraan psikologis, sosial, dan lingkungan yang baik. Dapat disimpulkan bahwa seseorang yang tidak memiliki riwayat penyakit kronis memiliki kualitas

hidup yang lebih baik dibandingkan yang memiliki riwayat penyakit kronis. Seseorang dengan riwayat penyakit kronis akan membutuhkan bantuan medis yang lama dan dapat memunculkan perasaan negatif terhadap dirinya sehingga kesejahteraan fisik dan psikologis yang tidak tercapai. Sedangkan pada kesejahteraan sosial dan lingkungan, yang memiliki atau tidak memiliki riwayat penyakit kronis akan tercapai jika mendapat dukungan sosial, mampu membina hubungan antar personal, serta lingkungan sekitarnya dapat memunculkan rasa aman.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Sebagian besar jamaah berusia lanjut, perempuan, berlatar belakang pendidikan sarjana, sudah menikah, memiliki pekerjaan, berpenghasilan tinggi, memiliki persepsi kesehatan yang baik dan tidak memiliki riwayat penyakit kronis.

Sebagian besar jamaah memiliki kesejahteraan fisik dan psikologis yang buruk, namun memiliki kesejahteraan sosial dan lingkungan yang baik. Penghasilan memiliki hubungan yang signifikan dengan kesejahteraan fisik dan psikologis, pendidikan terakhir merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kesejahteraan lingkungan.

Saran

iharapkan bagi peneliti lain, diharapkan peneliti selanjutnya agar meneliti tentang kualitas hidup jamaah Shalat Subuh secara kualitatif agar dapat mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup.

DAFTAR PUSTAKA

Afiyanti, Yati. 1999. "Analisis Konsep Kualitas Hidup," no. 1987.

Amarya, Shilpa, Kalyani Singh, and Manisha Sabharwal. 2015. "Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics Changes during Aging and Their Association with Malnutrition Lack of Physical Activity Poor Appetite Feeling of Unwantedness (Loneliness) A Sense of Neglect" 6 (1): 78–84.

<https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.003>.

As-Sadlan, Shalih bin Ghanim. 2017. *Kajian Lengkap Shalat Jamaah, Terjemahan Oleh Zuhdi Amin, Lc.* 209th ed. Jakarta: Darul Haq.

Baits, Ammi Nur. 2015. "Apa Shalat Wajib Yang Paling Utama?" Konsultasi Syariah. 2015. <http://konsultasyariah.com/25569-apa-shalat-wajib-yang-paling-utama.html>.

Bilgili, N, and F Arpaci. 2014. "Quality of Life of Older Adults in Turkey." *Arch Gerontol Geriatr* 59 (2): 415–21.

Chen, Yu, Allan Hicks, and Alison E While. 2014. "Quality of Life and Related Factors: A Questionnaire Survey of Older People Living Alone in Mainland China." *Quality of Life Research* 23 (5): 1593–1602. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0587-2>.

Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam. 2014. "Keputusan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam Nomor DJ.II/802 Tahun 2014 Tentang Standar Pembinaan Manajemen Masjid."

El-Ma'rufie, Sabil. 2009. *Energi Shalat*. Edited by Doel Wahab. Mizania.

Gambin, G, A Molzahn, A C Fuhrmann, E P Morais, and LMG Paskulin. 2015. "Quality

- of Life of Older Adults in Rural Southern Brazil.” *Rural Remote Health* 15 (3): 1–12.
- Gobbens, Robbert J J, and Roy Remmen. 2019. “The Effects of Sociodemographic Factors on Quality of Life among People Aged 50 Years or Older Are Not Unequivocal: Comparing SF-12 .,” *Dove Medical Press Limited*, 231–39.
- Hakak, Saqib, Amirrudin Kamsin, Asmuliadi Lubis, Yudik Prasetyo, and Gulshan Amin. 2018. “Effects of Salat on Health.”
- Jefry, Noer. 2006. *Pembinaan Sumber Daya Manusia Berkualitas Dan Bermoral Melalui Shalat Yang Benar*. Jakarta: Pernada Media.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Profil Kesehatan Republik Indonesia 2017*. Jakarta.
- Kosim, Nanang, Nanik Istiyani, Siti Komariyah, Jurusan Ilmu, Fakultas Ekonomi, Universitas Jember Unej, and Jln Kalimantan. 2015. “Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Penduduk Di Desa Sentul Kecamatan Sumbersuko Kabupaten Lumajang.” *Artikel Ilmiah Mahasiswa 2015*, no. 1.
- Kristofferzon, M.L. 2005. “Coping, Social Support and Quality of Life Over Time After Myocardial Infarction.” *Journal of Advanced Nursing* 52 (2).
- Lee, TW, IS Ko, and KJ Lee. 2006. “Health Promotion Behaviors and Quality of Life among Community-Dwelling Elderly in Korea: A Cross-Sectional Survey.” *Int J Nurs Stud* 43 (3): 293–300.
- Lopez, J. Shane, and C.R. Synder. 2004. *Positive*
- Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ma’rufah, Yuanita. 2015. “Manfaat Shalat Terhadap Kesehatan Mental Dalam Al-Qur’an.” *Manfaat Shalat Terhadap Kesehatan Mental Dalam Al-Qur’an*, 24.
- Moons, Philip, Kristel Marquet, Werner Budts, and Sabina De Geest. 2004. “Validity, Reliability and Responsiveness of the “Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting” (SEIQoL-DW) in Congenital Heart Disease” 8: 1–8.
- Rohmah, Anis Ika Nur, Purwaningsih, and Khoridatul Bariyah. 2012. “Kualitas Hidup Lanjut Usia.” *Jurnal Keperawatan* 3 (2).
- Salim, Oktavianus Ch., Novia I. Sudharma, and Rina K. Kusumaratna. 2007. “Validitas Dan Realibilitas World Health Organization Quality of Life-BREF Untuk Mengukur Kualitas Hidup Lanjut Usia.” *Universa Medicina* 26 (1).
- Sarwat, Ahmad. 2011. *Seri Fiqih Kehidupan (3): Shalat*. Edited by Aini Aryani. Jakarta: DU Publishing.
- U.S. Department of Health and Human Services. 2000. *Population Assessment of Health-Related Quality of Life*. Georgia: CDC.
- United Nations Development Programme. 2016. *Human Development Report 2016 Human Development for Everyone*.