



**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA PASIEN  
STROKE YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS  
FISIK DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**Skripsi**

Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan

Oleh:

**Farizal Rozaki**  
**NIM: 30901700028**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**



**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA PASIEN  
STROKE YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS  
FISIK DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**Skripsi**

Oleh:

**Farizal Rozaki**

**NIM: 30901700028**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2023**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini Saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata Saya melakukan tindakan plagiarism, Saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

Semarang, 26 Mei 2023

Mengetahui,  
Wakil Dekan 1

Peneliti

  
Ns. Hj. Sri Wahyuni, M.Kep, Sp.Kep  
NIDN. 06 0906 7504

  
Farizal Rozaki  
NIM. 30901700028



**HALAMAN PERSETUJUAN**

Skripsi berjudul:

**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA PASIEN STROKE  
YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK  
DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

**Nama : Farizal Rozaki**

**NIM : 30901700028**

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I,

Tanggal : 13 Maret 2023



Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB  
NIDN. 06-2708-7603

Pembimbing II,

Tanggal : 13 Maret 2023



Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep  
NIDN. 06-1509-8802

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi berjudul:

**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA PASIEN STROKE  
YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK  
DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Disiapkan dan disusun oleh :

**Nama : Farizal Rozaki**

**NIM : 30901700028**

Telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 17 April 2023  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Ns. Retno Setyawati, M.Kep.Sp.KMB  
NIDN. 06-1306-7403

Penguji II,

Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB  
NIDN. 06-2708-7603

Penguji III,

Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep  
NIDN. 06-1509-8802

Mengetahui,  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep  
NIDN. 0622087403

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Skripsi, Maret 2023**

**ABSTRAK**

Farizal Rozaki

**GAMBARAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA PASIEN STROKE  
YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUMAH  
SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

44 hal + 5 tabel + xiii + 8 lampiran

**Latar Belakang:** Penyakit stroke di Indonesia menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker, dengan jumlah prevalensi 8,3 per 1000 penduduk. Pasien stroke biasanya mengalami kesedihan akibat kehilangan kemampuan mobilitas, ketidakmampuan berkomunikasi, perubahan dalam sensasi dan penglihatan serta kehilangan peran dalam masyarakat. Gangguan Mobilitas atau Imobilitas dapat membuat pasien stroke mengalami gangguan aspek neurologis dan juga dapat berdampak dalam kurangnya rasa percaya kepada Tuhan di aspek kekuatan, arti hidup dan harapan. Pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi krisis kepercayaan terhadap Tuhan menggunakan strategi spiritualitas yang berarti meringankan masalah mental dan lebih mengembangkan kapasitas pasien secara tulus dan mengurangi kecemasan.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif melalui pendekatan kuantitatif. Populasi penelitian adalah semua pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang berjumlah 175. Sampel yang digunakan sebanyak 122 responden dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *Spiritual Well Being Scale (SWBS)*.

**Simpulan:** Gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Data responden mengalami tingkat spiritualitas ringan sebanyak 19 responden (15,6%), tingkat spiritualitas sedang sebanyak 82 responden (67,2%), tingkat spiritualitas tinggi sebanyak 21 responden (17,2%).

**Kata kunci:** *Stroke*, Gangguan Mobilitas, Tingkat Spiritualitas

**Daftar Pustaka:** 16 (2007-2022)

**BACHELOR OF SCIENCE IN NURSING  
FACULTY OF NURSING SCIENCE  
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG  
Thesis, March 2023**

**ABSTRACT**

Farizal Rozaki

**The Description of Level of Spirituality in Stroke Patients with Physical Mobility Disorders at Sultan Agung Islamic Hospital Semarang**

44 pages + 5 table + xiii + 8 appendices

**Background:** Stroke in Indonesia occupies the third position after heart disease and cancer, with a prevalence of 8.3 per 1000 population. Stroke patients usually experience grief due to loss of mobility, inability to communicate, changes in sensation and vision and loss of role in society. Mobility or immobility disorders can make stroke patients experience neurological aspects and can also have an impact on a lack of trust in God in the aspects of strength, meaning in life and hope. The approach that can be taken to overcome the crisis of belief in God is using spiritual strategies which mean alleviating mental problems and further developing the patient's capacity to be sincere and reduce anxiety.

**Method:**

**Method:** This research is a descriptive research using a quantitative approach. The study population was all stroke patients with impaired physical mobility at RSI Sultan Agung Semarang totaling 175. The sample used was 122 respondents using consecutive sampling technique. Data collection using a questionnaire.

**Conclusion:** An overview of the level of spirituality in stroke patients who experience impaired physical mobility. Respondent data experienced a mild spiritual level of 19 respondents (15.6%), a moderate spiritual level of 82 respondents (67.2%), a high level of spirituality of 21 respondents (17.2%).

**Keywords** : Stroke, Impaired Mobility, Level of Spirituality

**Bibliographies** : 16 (2007-2022)

## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh*

*Alhamdulillah*, Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul: “Gambaran Tingkat Spiritualitas pada Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan studi serta dalam rangka memperoleh gelar Sarjana Keperawatan Dalam Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. terselesaikannya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan banyak pihak, sehingga pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat penulis menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya bagi semua pihak yang telah memberikan bantuan moral maupun materil baik langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan skripsi ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati :

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Yang telah menginspirasi saya dalam pembuatan laporan Karya Ilmiah Akhir ini.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Yang telah memberi motivasi dan dukungan.

3. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, M.Kep., Sp.Kep.An selaku Kepala Program Studi Profesi Ners Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Yang telah memberikan bantuan dan dukungan.
4. Bapak Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB Selaku Pembimbing 1 Skripsi yang telah memberikan bimbingan , ilmu ,waktu dan motivasi yang sangat berguna untuk penyusunan Skripsi tepat waktu.
5. Ibu Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep Selaku Pembimbing 2 Skripsi yang telah memberikan masukan- masukan yang bermanfaat untuk menyelesaikan Skripsi.
6. Seluruh Dosen pengajar dan Staf Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekwal ilmu pengetahuan penulisan selama studi.
7. Kepada orang tua saya atas do'anya masih terasa dan saya yakin mereka berdua selalu mendoakan saya selama pendidikan ini.
8. Kepada sahabat-sahabat saya yang selalu membantu saya dan memotivasi saya dalam mengerjakan skripsi.

Akhir kata penulis ucapkan terimakasih kepada semua pihak yang tidak dapat saya tuliskan satu persatu, terimakasih banyak atas bantuan dan kerjasama yang diberikan dalam penyusunan skripsi ini. Saya menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan, sehingga sangat membutuhkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan skripsi saya ini. Saya berharap proposal skripsi ini nantinya dapat bermanfaat bagi banyak pihak.

*Wassalamualaikum Wr.Wb*

Semarang, April 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Peneliti.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauan Teori.....	7
1. Stroke.....	7
a. Pengertian Stroke.....	7
b. Klasifikasi Stroke.....	7
c. Etiologi Stroke.....	8
d. Patofisiologi Stroke.....	9

e.	Manifestasi klinis .....	10
f.	Komplikasi Stroke .....	11
g.	Penatalaksanaan Stroke.....	12
2.	Gangguan Mobilitas Fisik.....	12
a.	Pengertian gangguan mobilitas fisik.....	12
b.	Penyebab gangguan mobilitas fisik .....	13
c.	Manifestasi gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik .....	13
d.	Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik.....	14
3.	Tingkat Spiritual .....	14
a.	Definisi Spiritual.....	14
b.	Tingkatan Spiritual.....	15
c.	Komponen-Komponen Dimensi Spiritual .....	16
d.	Aspek-aspek spiritual.....	17
e.	Faktor yang Mempengaruhi Spiritual .....	18
f.	Alat Ukur Penerapan Spiritual.....	20
B.	Kerangka Teori.....	22
<b>BAB III</b>	<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>23</b>
A.	Kerangka Konsep Penelitian.....	23
B.	Jenis dan Desain Penelitian.....	23
C.	Populasi dan Sampel Penelitian .....	24
1.	Populasi Penelitian.....	24
2.	Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian.....	24
a.	Sampel.....	24
b.	Tehnik sampling.....	26

	D. Tempat dan Waktu Penelitian .....	26
	E. Definisi Operasional.....	26
	F. Instrumen Penelitian.....	27
	1. Kuesioner karakteristik responden.....	27
	2. Kuesioner tingkat spiritual pada pasien stroke .....	27
	3. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	28
	G. Metode Pengumpulan Data .....	29
	H. Rencana Analisa Data .....	31
	1. Pengolahan Data .....	31
	2. Analisa data.....	32
	I. Etika Penelitian .....	32
BAB	IV HASIL PENELITIAN.....	34
	A. Pengantar Bab .....	34
	B. Hasil analisis univariat.....	34
	1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin.....	34
	a. Jenis kelamin.....	34
	b. Usia responden.....	35
	c. Tingkat Spiritual .....	35
BAB	V PEMBAHASAN .....	37
	A. Pengantar BAB.....	37
	B. Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	37
	1. Karakteristik Responden .....	37
	a. Jenis Kelamin.....	37
	b. Usia .....	38
	c. Gambaran Tingkat Spiritualitas .....	39

C. Keterbatasan Penelitian.....	40
D. Implikasi untuk Keperawatan .....	40
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	41
A. Kesimpulan .....	41
B. Saran.....	41

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional.....	26
Tabel 3.2. Kisi-kisi kuesioner tingkat spiritual pada pasien stroke .....	28
Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Reponden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=122) .....	34
Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Responden (N=122) .....	35
Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Gambaran Tingkat Spiritualitas pada Pasien Stroke yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang (n=122) .....	35



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Stroke Hemoragik (kiri) & Stroke Iskemik (kanan).....	10
Gambar 2.2. Kerangka Teori.....	22
Gambar 3.1. Kerangka Konsep .....	23



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Melaksanakan Survey
- Lampiran 2. Surat Izin Survey
- Lampiran 3. Surat Izin Penelitian
- Lampiran 4. Surat Izin Melaksanakan Penelitian
- Lampiran 5. Keterangan Layak Etik
- Lampiran 6. Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7. Informed Consent
- Lampiran 8. Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 9. Hasil Olah data dengan SPSS
- Lampiran 10. Jadwal Penelitian



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Secara biologis, stroke adalah cedera sistem syaraf pusat dari vaskuler, kemudian mengakibatkan infark cerebral, perdarahan subaraknoid, atau perdarahan intracerebral (Puthenpurakal & Crussell, 2017). Fungsi motorik dapat mengalami gangguan diantaranya, kelemahan dalam menggerakkan tangan dan kaki, kelemahan dalam duduk dan bangun dari tempat tidur, kelemahan dalam beraktifitas, gangguan dalam berbicara dan kemampuan motorik lainnya.

Data yang diperoleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), *problem* stroke semakin signifikan dan serius karena saat ini jumlah korban stroke di Indonesia merupakan yang terbesar di Asia yakni urutan kedua. Angka kematian yang diakibatkan oleh stroke menempati posisi kedua untuk yang berumur lebih dari 60 tahun dan kelima untuk yang berumur 15-59 tahun. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2011 mengungkapkan bahwa di Indonesia penyakit ini menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker ,dengan jumlah prevelensi 8,3 % penduduk menderita stroke. Dan di tahun 2013, mengalami kenaikan sebesar 12,1%. Di Indonesia Stroke menjadi faktor utama kematian di rumah sakit, sebesar 14,5% dengan jumlah penderita yang terdiagnosis stroke. Dari 1.2 juta kasus stroke di Indonesia, sejumlah 80% mengalami stroke iskemik. angka stroke di Kota Semarang

menempati urutan pertama di Jawa Tengah dengan angka 55,6% (Depkes RI, 2013).

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan dasar setiap orang untuk memperoleh kepastian, kepercayaan, dan kepentingan sepanjang kehidupan sehari-hari. Selama dalam kondisi yang sehat di mana setiap bagian alam, mental, sosial, dan mendalam dapat bekerja dengan baik, orang sering mengabaikan, seolah-olah hidup harus seperti itu. Bagaimanapun, ketika salah satu bagian tubuh terganggu, maka ada pemicu stres, mengharapkan setiap orang memiliki pilihan untuk menyesuaikan, memulihkan diri dengan berbagai upaya, dan ketika upaya untuk mencari pemulihan tidak produktif, itu adalah tempat di mana seorang individu akan mencari kualitas yang berbeda di luar dirinya, khususnya kekuatan spiritual.

Distress/kesengsaraan spiritual dapat berkembang ketika seseorang merasa sendirian dan terpisah dari orang lain sehingga muncul pertanyaan tentang nilai mereka yang mendalam, alasan sepanjang hidup, dan sumber makna sepanjang kehidupan sehari-hari. Pemasok perawatan medis semakin menyadari perlunya memusatkan perhatian pada hubungan antara keduniawian dan kesejahteraan.

Perasaan terhubungnya dengan Tuhan dapat terlihat dari tanggung jawab yang ketat. Tanggung jawab yang ketat mengambil peran penting dalam mencegah penyakit, mengurangi daya tahan ketika sakut dan mempercepat pemulihan meskipun pengobatan klinis diberikan. (Hawari, 2006). Sebuah studi yang dipimpin oleh Time dan CNN dan *USA Weekend*

merinci bahwa lebih dari 70% pasien menerima bahwa kepercayaan kepada Tuhan Yang Maha Esa dan pengakuan dapat membantu sistem penyembuhan penyakit.. Kemudian 64% pasien yang mengalami stroke mengemukakan perlunya pemberian kebutuhan terapi psikoreligius terutama berbentuk doa dan zikir.

*Mobility* merupakan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan orang untuk melakukan latihan sehari-hari sebagai pengembangan sendi, sikap, berjalan, latihan dan kapasitas gerakan. (DeLaune & Ladner, 2011). Apabila Gerakan fisik seseorang terbatas maka akan mengalami gangguan *Activity Daily Living* (ADL) kemudian gangguan mobilitas fisik pun terjadi. Menurut Aprilia, (2017) *Outcome stroke* yang paling banyak dikenal yakni hemiparesis atau hemiplegia, 80% penderita stroke mengalami efek buruk dari hemiparesis atau hemiplegia yang menyiratkan sebagian sisi tubuh mengalami kelemahan hingga kelumpuhan.

Menurut *Stroke Association* menyatakan 20% pasien stroke mengalami perubahan emosi pada 6 bulan pertama serangan. Selain itu, setelah serangan Stroke klien dapat mengalami kesedihan akibat kehilangan kemampuan mobilitas, ketidakmampuan berkomunikasi, perubahan dalam sensasi dan penglihatan serta kehilangan peran dalam masyarakat (Black & Hawks, 2014). Gangguan *mobility* merupakan suatu kondisi di mana kemampuan bergerak terbatas sebab keadaan yang menghambat aktivitas (seperti, cedera tulang belakang, stroke, cedera otak serius yang disertai dengan retakan pada anggota gerak, dll. (Kozier, B., Berman, 2012).

Stroke umumnya mengakibatkan kelumpuhan kemudian berengaruh terhadap seseorang untuk menjalankan aktivitas sehari-hari karena stroke dapat mempengaruhi aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Selain aspek neurologis stroke juga dapat berdampak pada kurang rasa percaya kepada Tuhan pada aspek keimanan, harapan dan arti hidup (Arsittasari et al., 2017).

Menurut pendapat (Supriadi et al., 2017) Metodologi yang dapat diadopsi adalah strategi spiritualitas yang berarti meringankan masalah mental dan lebih mengembangkan kapasitas pasien secara tulus dan mengurangi kegelisahan. Salah satu metode untuk mengurangi kegelisahan pasien adalah dengan bantuan spiritual yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar setiap orang untuk memperoleh kepastian, kepercayaan, dan kepentingan sepanjang kehidupan sehari-hari. Pertimbangan mengenai kebutuhan pokok juga dapat digunakan oleh semua orang, baik yang sehat maupun yang musnah, misalnya pasien pasca stroke yang sering mengalami hambatan yang sebenarnya, dan ada dampak mental pada kondisi tidak berdaya yang dialaminya. (Suryawantie, et all 2019).

Pengetahuan mengenai kebutuhan spiritualitas amat penting ,perlu dibagi dan difahami pasien terkhusus penderita stroke sebab jika pengetahuan individu baik, maka baik pula perilaku kesehatannya (Mullen, 2015) .

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik melakukan penelitian tentang “Gambaran Tingkat Spiritualitas Pada Pasien Stroke yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

## **B. Rumusan Masalah**

Stroke adalah cedera sistem saraf pusat dari vaskuler, yang mengakibatkan infark cerebral, perdarahan subaraknoid, atau perdarahan intracerebral (Puthenpurakal & Crussell, 2017). Penyakit stroke di Indonesia menduduki posisi ketiga setelah jantung dan kanker, dengan jumlah prevalensi 8,3 per 1000 penduduk. Pasien stroke biasanya mengalami kesedihan akibat kehilangan kemampuan mobilitas, ketidakmampuan berkomunikasi, perubahan dalam sensasi dan penglihatan serta kehilangan peran dalam masyarakat (Black & Hawks, 2014). Gangguan Mobilitas atau Imobilitas dapat membuat pasien stroke mengalami gangguan aspek neurologis dan juga dapat berdampak dalam kurangnya rasa percaya kepada Tuhan di aspek kekuatan, arti hidup dan harapan (Arsittasari et al., 2017). Pendekatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi krisis kepercayaan terhadap Tuhan menggunakan strategi spiritualitas yang berarti meringankan masalah mental dan lebih mengembangkan kapasitas pasien secara tulus dan mengurangi kecemasan (Supriadi et al., 2017).

Rumusan masalah ini adalah “Bagaimana Gambaran Tingkat Spritualitas pada Pasien Stroke yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.”

## **C. Tujuan Peneliti**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini ditujukan untuk mengetahui gambaran tingkat sepritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden diantaranya jenis kelamin, usia, pendidikan.
- b. Menggambarkan tingkat spiritual pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.
- c. Mengetahui tingkat gangguan mobilitas fisik pada pasien stroke.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Pasien Stroke

Akan dijadikan sumber informasi mengenai gambaran tingkat sepiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

### 2. Bagi peneliti

Akan dijadikan wawasan pengetahuan peneliti selanjutnya mengenai gambaran tingkat spritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

### 3. Bagi Rumah Sakit

Akan meningkatkan mutu pelayanan pada pasien, menjalankan tugas pokok Rumah Sakit terutama dalam hal tingkat spiritual pasien.

### 4. Bagi perawat

Akan digunakan dan memahami terkait gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Tinjauan Teori

#### 1. Stroke

##### a. Pengertian Stroke

Stroke merupakan masalah fungsional otak seperti lumpuhnya saraf karena penyumbatan yang menyebabkan aliran darah tidak sampai ke otak besar. sederhananya, stroke akut ditandai sebagai masalah otak karena penghentian suplai darah ke otak besar karena penyumbatan ataupun perdarahan. (Junaidi, 2011).

##### b. Klasifikasi Stroke

Menurut Lingga (2013), jenis stroke terbagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut :

##### 1) Stroke iskemik

Stroke iskemik ialah penyumbatan pembuluh darah yang menyebabkan terhentinya aliran darah ke otak. Stroke iskemik dibagi menjadi 2 yaitu:

- a) Stroke trombolitik: proses terbentuknya gumpalan thrombus.
- b) Stroke embolitik: pembuluh arteri tertutup oleh bekuan darah.

## 2) Stroke hemoragik

Stroke hemoragik yaitu stroke akibat perdarahan otak akibat pembuluh darah otak pecah. pada penderita hipertensi Hampir 70% mengalami stroke hemoragik. Stroke dikategorikan menjadi 2 jenis yaitu :

- a) Hemoragik intracerebral : perdarahan di dalam jaringan otak.
- b) Hemoragik subarachnoid : perdarahan diruang sempit antara lapisan jaringan yang menutupi dan permukaan otak .

### c. Etiologi Stroke

Stroke diakibatkan oleh plak arteriosklerotik pada setidaknya satu arteri yang menyuplai ke otak dan mengaktifkan komponen pembekuan darah dan mengatur aliran darah pembuluh darah, berakibat fungsi otak hilang secara akut di daerah yang ditentukan. (Aditama, 2013). Stroke non-hemoragik Terjadi pada pembuluh darah yang tersumbat yang berakibat kurangnya aliran darah ke jaringan otak, aterosklerosis, thrombosis otak serta emboli cerebral kemudian pembuluh darah tersumbat yang akibat susunan plak sehingga pembuluh darah menyempit karena diabetes, penyakit jantung, berat badan berlebih, kolesterol , stres, merokok, pola hidup, kerusakan atau penghancuran neuron motorik atas (*upper engine neurons*), serta hipertensi(Aditama, 2013).

Menurut Aditama (2013), faktor resiko stroke antara lain :

- 1) Faktor resiko tidak bisa dicegah seperti umur, jenis kelamin, budaya, gen, riwayat reproduksi (*menopause atau menarche*).
- 2) Faktor resiko bisa dicegah ialah diabetes mellitus, hipertensi, konsumsi alkohol, hiperkolesterol, penyakit jantung, merokok, pola hidup.

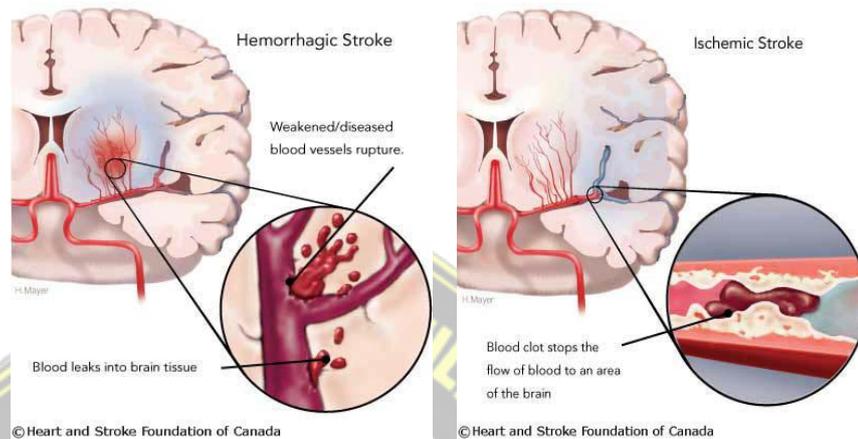
d. Patofisiologi Stroke

Stroke berkaitan erat dengan plak arterosklerosis yang bisa memicu mekanisme pembekuan darah kemudian terbentuk thrombus yang diakibatkan oleh hipertensi (Aditama, 2013).

Thrombus dapat pecah dari pembuluh darah dan akan dibawa sebagai emboli dalam sistem peredaran darah yang menyebabkan iskemia jaringan otak dan menyebabkan hilangnya kerja otak besar atau sangat lama di daerah yang dikeluarkan. Umumnya kondisi arterosklerotik dari saluran serebral mendasari sebagian besar luka vaskular di otak besar dan batang otak. Rute suplai serebral yang dirujuk di atas dapat menyebabkan retakan pada jalur serebral karena berulangnya stroke iskemik intermiten dan persisten. (Aditama, 2013).

- 1) Secara struktur arteri ini bekerja dengan halangan dan sumbatan (karena penyempitan lumen) dengan cara ini bekerja dengan pengaturan embolus.

- 2) Secara fungsi arteri ini tidak dapat mengawasi dilatasi pembuluh darah dan tersedak secara total. Sehingga pada keadaan dasar akan terjadi gangguan peredaran darah yang mengakibatkan iskemia dan jaringan mati otak (Aditama, 2013).



Gambar 2.1. Stroke Hemoragik (kiri) & Stroke Iskemik (kanan) (Aditama, 2013).

e. Manifestasi klinis

Berikut manifestasi klinis stroke menurut Aditama (2013), antara lain :

- 1) Gangguan penglihatan (hemianopia/monokuler) ataupun diplopia.
- 2) Mendadak mengalami Kelumpuhan anggota badan atau wajah
- 3) Vertigo disertai mual muntah.
- 4) Gangguan mobilitas fisik pada salah satu anggota badan (gangguan hemisensorik).
- 5) Disartria (berbicara pello atau cadal).

6) Status mental berubah mendadak (konfusi, delirium, leteri, stupor, koma).

f. Komplikasi Stroke

Menurut Pudiastuti (2011), komplikasi pada stroke:

1) Pembekuan darah

Secara efektif meringkai di kaki yang tidak mampu menyebabkan pengumpulan cairan, pembesaran tetapi juga menyebabkan emboli paru, yang merupakan koagulasi yang terbentuk di pembuluh darah yang membawa darah ke paru-paru.

2) Dekubitus

Lokasi yang dapat mengalami memar yakni pantat, pinggul sendikaki, serta tumit, dapat menimbulkan infeksi jika memar tidak dirawat dengan baik.

3) Pneumonia

Cairan akan terkumpul di paru-paru kemudian memicu pneumonia, jika penderita stroke tidak batuk dan menelan dengan sempurna.

4) Atrofi

Terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi sehingga dapat mengalami penurunan kemampuan gerak.

g. Penatalaksanaan Stroke

Pencegahan dan tatalaksana stroke menurut Smeltzer & Bare (2010):

- 1) Periode akut stroke berlangsung 48 sampai 72 jam. Pasien yang lamban dalam afirmasi dianggap memiliki antisipasi yang kurang baik. Kemudian lagi, pasien yang benar-benar sadar memiliki visualisasi yang lebih mengejutkan. Kebutuhan dalam tahap intens ini adalah untuk menjaga rute dan ventilasi yang layak.
- 2) Tahap restorasi stroke adalah pemulihan yang sengaja dilakukan pada kondisi sebelum stroke. Program pada tahap ini berencana untuk memajukan batas utilitarian pasien stroke, dengan tujuan agar mereka dapat mandiri dalam menyelesaikan latihan sehari-hari dengan memuaskan. seperti intervensi *range of Motion*, *mirror therapy*, dll.

## 2. Gangguan Mobilitas Fisik

a. Pengertian gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam pergerakan fisik dari satu esktremitas atau lebih secara mandiri. Perubahan tingkat mobilisasi yang sebenarnya dapat menyebabkan pembatasan aktivitas seperti istirahat di tempat tidur, pembatasan aktivitas aktual selama penggunaan pemandu luar, pembatasan aktivitas yang disengaja, atau hilangnya kerja mesin. Dimana

individu tidak dapat bergerak secara terbuka karena kondisi yang menghambat aktivitas (Fitriyani, 2015).

b. Penyebab gangguan mobilitas fisik

Alasan gangguan mobilitas adalah kerusakan struktur tulang, berubahnya metabolisme, penyakit nyata, penurunan kontrol otot, turunnya massa, kekuatan otot menurun, penundaan formatif, masalah otot luar, masalah neuromuskular, dampak dari farmakologis, keterbatasan gerakan, rasa nyeri, cemas, kelemahan mental, enggan dalam aktivitas, pengaruh gangguan persepsi sensoris (Sudarsini, 2017).

c. Manifestasi gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik

Menurut Risnanto & Insani, (2014), tanda gejala gangguan mobilitas fisik:

1) Manifestasi Mayor

Secara subyektif menyatakan kesulitan dalam Gerakan ekstremitas, secara obyektif penurunan kekuatan otot serta rentang gerak.

2) Manifestasi Minor

Secara subyektif menyatakan rasa nyeri ketika gerak, sukar beraktifitas, kecemasan ketika bergerak, secara obyektif kaku sendi, Gerakan tidak terkontrol, terbatas gerak, kelemahan fisik.

d. Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik pada stroke hemoragik

Gangguan mobilitas fisik Ini disebabkan oleh peningkatan gangguan neuromuskular yang bergantung pada area luka (vena mana yang terhalang), ukuran area yang perfusinya tidak mencukupi, dan seberapa banyak aliran darah yang aman. Hal ini menyebabkan matinya jaringan otak besar yang akan mempengaruhi kontrol mesin karena neuron dan jalur rata-rata atau ventral berperan dalam kontrol otot. Kerusakan mesin menyebabkan pembatasan pada bagian tubuh yang bergerak, menyebabkan mobilitas yang sebenarnya melemah (Lingga, 2013).

**3. Tingkat Spiritual**

a. Definisi Spiritual

Spiritual merupakan dorongan yang memberikan energi yang diharapkan untuk memajukan lingkungan klinik yang solid dan melayani spiritualitas tidak kalah penting dengan kebutuhan aktual (Delgado, 2015).

Spiritual merupakan sesuatu yang diterima oleh individu sesuai dengan yang lebih kuat (Tuhan), yang membuat kebutuhan atau cinta untuk Tuhan, dan pernyataan penyesalan atas kesalahan langkah yang telah dibuat. Spritualitas yakni keyakinan akan hubungannya dengan Yang Mahakuasa dan Sang Pencipta. Teladan seseorang yang menempatkan keyakinan pada Allah sebagai Pencipta dan Mahakuasa (Hamid, 2018).

Penerapan spiritual dengan Dua cara untuk menghadapi melihat kesejahteraan adalah, untuk lebih spesifik, awal, sebuah metodologi yang menyoroti kegembiraan, dengan menggambar garis-garis tertentu sebagai "pembatasan mencapai kegembiraan. Metodologi berikutnya adalah pengembangan potensi sumber daya, batas menjadi individu fungsional dengan utuh, termasuk perspektif yang layak dan tubuh yang kokoh. (Ryan & Deci, 2015).

b. Tingkatan Spiritual

Menurut Linley & Joseph (2014), tingkatan penerapan spiritual antara lain :

1) *The Commanding Self* atau Nafs Ammarah

Tahap ketika nafsu seseorang dikuasai godaan kejahatan.

2) *The Regretful Self* atau Nafs Lawwamah

Tahap ketika individu mempunyai kesadaran akan tingkah lakunya, memilah baik dan benar serta menyesal atakan kesalahannya. Tetapi belum mampu merubah pola hidupnya secara signifikan.

3) *The Inspired Self* atau nafs mulhimah

Tahap dimana awal individu merasa ibadah yang dilakukan tulus dan ikhlas. sungguh termotivasi terhadap kasih sayang, nilai moral dan pengandian.

4) *The Contented Self* atau Nafs Muthma'innah

Periode ini, seseorang merasakan keselarasan dengan tujuan agar ia lebih dekat dengan Tuhannya. Level ini membuat

seseorang menerima, bersyukur, dapat diandalkan, dan peduli, bisa dikatakan telah sampai pada level jiwa yang tenang.

5) *The Pleased Self* atau Nafs Radhiyah

Tahap ketika individu tetap bahagia walau dalam kesulitan, cobaan atau musibah dalam hidupnya. Sadar akan kesulitan tersebut pemberian dari Allah dalam memperkokoh keimanannya.

6) *The Self Pleasing to God* atau Nafs Mardiyah

Tahap ketika seseorang sadar akan sesuatu tidak terjadi begitu saja namun atas kehendak dari Allah. rasa takut dan meminta tak lagi ada.

7) *The Pure Self* atau Nafs Safiyah

Tahap ini adalah titik suci, tak ada nafsu tersisa, penyatuan dengan Allah semata.

c. Komponen-Komponen Dimensi Spiritual

Menurut Ellison & Paloutzian (2013), menjeaskan bahwa penerapan spiritualitas memiliki dua komponen dimensi, yakni dimensi vertikal dan dimensi horizontal, antara lain :

1) Dimensi vertical (*Religious Well Being*)

*Religious well being* (RWB) merupakan dimensi vertikal dari *spiritual well being*. RWB merupakan hubungan manusia terhadap tuhan. RWB membawa individu melampaui atau keluar dari dirinya, membawanya naik, untuk kemudian

terhubung dengan kekuatan yang lebih besar, yaitu Tuhan. Secara metafora, dapat dikatakan bahwa religious well-being membawa individu untuk naik dan menjangkau kekuatan yang bersifat ketuhanan (*divine*).

2) Dimensi horizontal(*Existential Well Being*)

*Exential well being* merupakan hubungan horizontal dari *spiritual well being*. Dimensi ini dijelaskan sebagai persepsi individu mengenai makna hidup atau tujuan serta kepuasan hidupnya terlepas dari aspek keagamaan.

d. Aspek-aspek spiritual

Menurut Linley & Joseph (2014), komponen-komponen penerapan spiritual antara lain :

- 1) *Affiliation* (afiliasi): Menyiratkan arti hubungan yang baik dengan Tuhan, yang tersirat dari hubungan yang baik dengan Tuhan adalah individu merasa bahwa hubungannya sangat dekat dengan Tuhan, semuanya puas ketika dia dekat dengan Tuhan, jadi apa yang dia lakukan hanya untuk Tuhan. Umumnya akan meninggalkan apa yang menimpa Tuhan, hal ini membuat individu umumnya berpikir dengan tegas.
- 2) *Alienation* (pengasingan): Mengerti perihal makna, kekecewaan terhadap hidup dan perasaan bahwa ada keterpisahan dari Tuhan. Ini tidak berarti bahwa seseorang yang kecewa dengan kehidupan dan merasa bahwa ada jarak antara dirinya dan Tuhan

akan mendapatkan kemakmuran dunia lain, namun sekaligus dalam kenyataannya. Seseorang yang merasa jauh dari Tuhan, kecewa dengan rutinitas sehari-hari yang dialaminya saat ini, tidak akan memperoleh kesejahteraan spiritualitas, sebab keringnya hatinya.

- 3) *Satisfaction with life* (kepuasan hidup): Memahami hal-hal yang berhubungan dengan pemenuhan dan apa yang akan datang. Seseorang pada umumnya akan senang dengan rutinitas sehari-hari yang mereka alami saat ini, memandang masa depan dengan penuh harapan sehingga inspirasi mereka sangat tinggi. Secara praktis setara dengan Afiliasi, bagian dari Kepuasan dengan kehidupan mendorong seseorang untuk terus berpikir secara jernih.

e. Faktor yang Mempengaruhi Spiritual

Menurut Dwidianti, (2018) spiritualitas seseorang dipengaruhi faktor berikut:

- 1) Pertimbangan periode perkembangan

Dilihat dari efek samping pemeriksaan pada anak-anak dengan berbagai agama, terlihat bahwa mereka memiliki berbagai pemahaman tentang Tuhan dan berbagai pendekatan untuk memohon yang ditunjukkan oleh umur, gender, religi, dan karakter anak.

## 2) Keluarga

Tugas orang tua berperan dalam menentukan perkembangan spiritualitas anak-anak. Dengan cara ini, keluarga adalah iklim terdekat dan menjadi tempat pertemuan pertama anak-anak dalam mempersiapkan kehidupan di planet ini, perspektif anak-anak diwarnai oleh pertemuan mereka dalam mengelola keluarga.

## 3) Latar belakang, budaya dan etnik

perilaku, kepercayaan serta nilai terpengaruh dari latar belakang sosial budaya. layaknya individu akan menganut spiritualitas keluarga serta tradisi agamanya.

## 4) Pengalaman hidup

Perjumpaan-perjumpaan yang berharga, baik yang positif maupun yang pesimis, dapat mempengaruhi tingkat kedalaman seseorang. Kejadian-kejadian dalam hidup sering kali dilihat sebagai cobaan dari kekuatan kepercayaan bagi orang-orang sehingga kebutuhan dunia lain akan meningkat dan membutuhkan tingkat yang lebih mendalam sebagai strategi bertahan hidup untuk memuaskan mereka.

## 5) Krisis dan perubahan

Keadaan darurat dan perubahan dapat membentengi spiritualitas seseorang. Darurat dalam banyak kasus dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, bertahan, sistem jatuh tempo, kemalangan, dan bahkan kematian. Setiap kali klien

dihadapkan pada kematian, keyakinan yang mendalam dan ingin bertanya atau memohon lebih diperluas dibandingkan pasien dengan penyakit akhir.

6) Menderita penyakit

Menderita sakit terutama yang bersifat kronik dan degeneratif seperti stroke, sering orang terisolasi atau kehilangan fleksibilitas individu dan jaringan sosial yang mendukung secara emosional. Kecenderungan untuk kehidupan sehari-hari termasuk latihan yang mendalam dapat mengalami perubahan. Perpecahan orang-orang dari ikatan yang mendalam berada dalam bahaya untuk perubahan dalam kerja yang bersahabat.

f. Alat Ukur Penerapan Spiritual

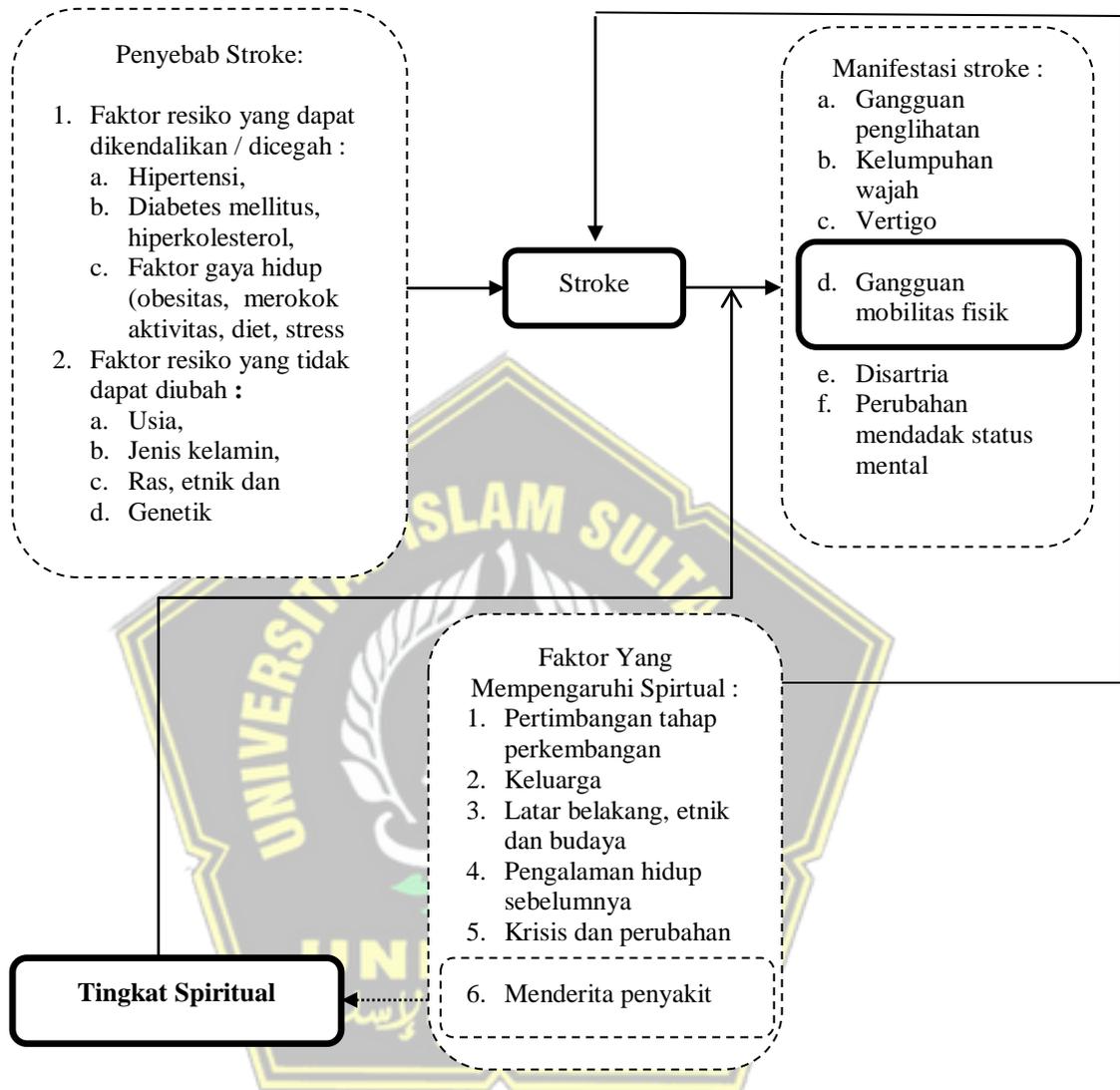
Alat ukur yang digunakan dalam mengukur spiritual (*Spiritual Well Being*) adalah kuesioner. Alat yang dipakai dalam penelitian ini ialah *questioner Spiritual Well-Being Scale* (SWBS). (Ellison & Paloutzian (2013). Skala peringkat SWBS terdiri dari dua sub-skala, khususnya estimasi kesejahteraan religi (RWB) serta kesejahteraan eksistensial (EWB). Sub-skala EWB menciptakan penilaian diri terhadap tujuan hidup individu dan secara umum pemenuhan hidup dan sub-skala RWB memberikan evaluasi diri tentang hubungan individu terhadap Tuhan (Chaiviboontham dkk., 2016). SWBS terdiri dari 20 item, 10 item menilai RWB dan 10 item

menilai EWB (Soleimani dkk., 2016). Skala SWBS memakai 6 poin skala Likert, diawali pernyataan “sangat tidak setuju” poin 1, “cukup tidak setuju” poin 2, “tidak setuju” poin 3, “setuju” poin 4, “cukup setuju” poin 5, “sangat setuju” point 6 dan skor paling tinggi untuk skala SWBS yakni 120. Kategori skor menurut Abbasi dkk., (2014):

- 1) Skor kurang dari 73,444 = tingkat spiritual rendah
- 2) Skor 73,444-96,938 = tingkat spiritual sedang
- 3) Skor lebih dari 96,938 = tingkat spiritual tinggi

Estimasi kemakmuran spiritualitas dalam penelitian ini memakai alat estimasi Spiritual Well-Being Scale (SWBS). Penulis memutuskan untuk memakai SWBS sebab telah umum dipakai dalam macam-macam penelitian di bidang kesehatan, survei SWBS dapat dipakai oleh semua umat agama, hal demi hal yang dipakai dalam SWBS memperlihatkan pentingnya kehidupan dan kualitas yang luar biasa. Selain itu, instrumen ini dapat mengetahui permasalahan yang dialami responden apakah terkait dengan isu-isu religi atau isu-isu eksistensial/alasan dan makna hidup atau keduanya, hasil yang diperoleh dengan memakai instrumen estimasi ini dapat digunakan sebagai sumber perspektif dalam memberikan mediasi. untuk klien yang memiliki masalah eksistensial atau religi.

## B. Kerangka Teori



**Gambar 2.2. Kerangka Teori**

(Sumber : Modifikasi teori menurut (Aditama, 2013), Dwidianti, (2018))

Keterangan :



: diteliti



: tidak diteliti

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Kerangka Konsep Penelitian**

Kerangka konsep merupakan penggambaran dan persepsi tentang hubungan atau hubungan antara satu ide dengan ide lainnya, atau antar faktor yang satu dengan variabel lain yang akan diteliti. kerangka konsep penelitian ini sebagai berikut :



**Gambar 3.1. Kerangka Konsep**

##### **B. Jenis dan Desain Penelitian**

Desain penelitian ini merupakan Deskriptif melalui pendekatan kuantitatif. Deskriptif artinya, penelitian yang berusaha menjelaskan dan menafsirkan sesuatu, seperti kondisi atau hubungan yang ada, pendapat yang berkembang, proses yang sedang berlangsung, hasil atau dampak yang terjadi, atau tren yang sedang berlangsung. (Linarwati, Fathoni, & Minarsih, 2016). Sedangkan Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian menurut kaidah-kaidah ilmiah yang bersifat spesifik/empiris, terukur secara objektif, rasional dan sistematis, dengan data penelitian yang diperoleh berupa numerik dan analisis menggunakan metode statistik. (Masturoh & Anggita, 2018).

## C. Populasi dan Sampel Penelitian

### 1. Populasi Penelitian

Populasi merupakan semua objek atau subjek penelitian (Masturoh & Anggita, 2018). Semua pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang pada bulan Mei-Juli 2022 sebanyak 175 pasien yang menjadi populasi dalam penelitian.

### 2. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

#### a. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan dijadikan responden penelitian dan diambil informasinya. sampel tersebut disusun berdasarkan pertimbangan dan tindakan penolakan. Dengan model tersebut akan diputuskan apakah sampel tersebut dapat dimanfaatkan. Kedudukan standar untuk mengendalikan variable yang tidak terkonsentrasi belum mempengaruhi variable bebas (Masturoh & Anggita, 2018).

Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus Slovin:

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

Keterangan :

N : Besar Populasi

n : Besar sampel

d : Penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketepatan yang diinginkan, biasanya 0,05.

$$n = \frac{N}{1+N(d^2)}$$

$$n = \frac{175}{1+175(0.05^2)}$$

$n = 122,37$  dibuatkan menjadi 122 responden.

Maka jumlah seluruh responden dalam penelitian ini berjumlah 122 orang. Adapun kriteria sampling dalam penelitian ini:

1) Kriteria Inklusi

Ketentuan bagi subyek penelitian yang dapat berpartisipasi dalam sampel penelitian dengan terpenuhinya syarat sebagai sampel (Masturoh & Anggita, 2018).

- a) Pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yang diperiksa di RSI Sultan Agung Semarang.
- b) Responden yang mampu berinteraksi dengan peneliti.
- c) Pasien yang bersedia menjadi responden.

2) Kriteria Eksklusi

Ketentuan bagi subyek penelitian yang tidak dapat berpartisipasi penelitian (Masturoh & Anggita, 2018).

- a) Responden dengan penurunan kesadaran
- b) Responden yang membatalkan/mengundurkan diri menjadi responden.

b. Teknik sampling

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu teknik *consecutive sampling* ialah subjek yang memenuhi ketentuan inklusi serta eksklusi diikutsertakan dalam penelitian hingga terpenuhinya responden yang diperlukan (Masturoh & Anggita, 2018). Cara pelaksanaan pengambilan sampel *consecutive sampling* dimana responden datang sesuai ketentuan inklusi dan eksklusi dan diambil sampai kuota terpenuhi semua.

**D. Tempat dan Waktu Penelitian**

1. Tempat

Penelitian sudah dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang.

2. Waktu

Pengumpulan data dilaksanakan pada bulan Februari-Maret 2023.

**E. Definisi Operasional**

**Tabel 3.1. Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Kategori	Skala
Tingkat spiritual pada pasien stroke	Adanya perasaan sejahtera individu dalam hubungannya dengan Tuhan yang sejalan dengan perasaan adanya kepuasan, tujuan serta arah hidup.	Kuesioner yang telah menggunakan <i>Spiritual Well-Being Scale</i> (SWBS) sebanyak 20 pertanyaan	1. Rendah apabila skor 20-53. 2. Sedang apabila skor 54-86. 3. Tinggi apabila skor 87-120.	Ordinal

## F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat yang dipakai dalam mendapatkan data (Masturoh & Anggita, 2018). Alat pengumpul data yang dipakai di penelitian ini yakni kuesoiner yang terbagi atas:

### 1. Kuesioner karakteristik responden.

Kuesioner ini merupakan lembar yang berisikan demografi data yang akan dipakai dalam mengidentifikasi karakter responden meliputi nama ,umur, gender, pekerjaan dan pendidikan.

### 2. Kuesioner tingkat spiritual pada pasien stroke

Kuesioner tingkat spiritual pada pasien stroke diukur dengan menggunakan *Spiritual Well Being Scale (SWBS)* dari Paloutzian & Ellison (2013). Kuesioner terdiri dari 20 item yang didalamnya dibahas 2 dimensi spiritual yaitu *Religiuos Well Being (RWB)* 10 item dan *Extensional Well Being (EWB)* 10 item. Setiap dimensi *SWBS* diwakili oleh pernyataan positif dan negatif. Kemudian skor dari setiap pernyataan berkisar antara skor 1 sampai 6 sesuai dengan jawaban yang diberikan responden. Skor untuk pertanyaan *favourable (+)* nilai 1 **Sangat tidak setuju**, nilai 2 **Tidak setuju**, nilai 3 **Agak tidak setuju**, nilai 4 **Agak setuju**, nilai 5 **Setuju**, nilai 6 **Sangat setuju**, dan sebaliknya untuk pertanyaan *unfavourable (-)*. Berikut kisi-kisi kuesioner *Spiritual Well Being Scale (SWBS)* yaitu :

**Tabel 3.2. Kisi-kisi kuesioner tingkat spiritual pada pasien stroke**

Indikator	Pertanyaan	
	<i>Favourable (+)</i>	<i>Unfavourable (-)</i>
1) Kesejahteraan Religius/ <i>Religiuos Well Being</i> (RWB)	3, 7, 11, 15, 17, 19	1, 5, 9, 13,
2) Kesejahteraan Ekstensial/ <i>Extensstional Well Being</i> (EWB).	4, 8, 10, 14, 20	2, 6, 12, 16, 18

### 3. Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

#### a. Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur ini benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoadmodjo, 2010). Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan serta dapat mengungkap data dari variabel yang diteliti dengan tepat. Ketepatan data tersebut dapat diketahui dengan menggunakan teknik uji validitas. Uji validitas SWBS versi Bahasa Indonesia dilaksanakan di tempat yang berbeda dengan lokasi penelitian yaitu di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Uji validitas dilakukan dengan cara pengisian kuesioner oleh 20 orang responden dengan kriteria yang sama dengan kriteria inklusi penelitian namun tidak ditetapkan sebagai responden penelitian (Notoatmodjo, 2012). Hasil dari uji validitas menggunakan rumus *Pearson Product Moment* didapatkan 16 pernyataan valid dan 4 tidak valid. Pernyataan nomor 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 dinyatakan valid dengan nilai  $r=0,521-0,759$  sedangkan item tidak valid adalah pernyataan nomor 4,8,9,20 dengan nilai  $r=0,335- 0,376$ . Hanya pernyataan valid yang dimasukkan kedalam kuesioner. Suatu alat ukur dikatakan valid apabila nilai signifikan  $r \geq 0,05$  (Riyanto,

2011). Dari nilai uji dengan rumus Pearson Product Moment dapat disimpulkan bahwa instrumen yang digunakan telah valid.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang diukur untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoadmodjo, 2010). Dalam penelitian ini kuesioner SWBS versi Bahasa Indonesia juga telah dilakukan uji reliabilitas di RS PKU Muhammadiyah Gamping dengan cara pengisian kuesioner oleh 20 responden yang memiliki kriteria yang sama dengan kriteria inklusi penelitian tetapi tidak sebagai responden penelitian (Notoatmodjo, 2012). Hasil pengisian kuesioner dilakukan pengolahan data melalui komputer dengan menggunakan rumus koefisien Cronbach Alpha dan didapatkan hasil yaitu 16 pernyataan reliabel dengan nilai Cronbach Alpha sebesar 0,892. Instrumen dikatakan reliabel jika nilai alpha  $\geq 0,6$  dan dikatakan tidak reliabel apabila nilai  $\leq 0,6$  (Riyanto, 2011). Hasil dari uji reliabel dengan Cronbach Alpha tersebut menunjukkan bahwa instrumen penelitian SWBS reliabel.

## G. Metode Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini memakai data primer, data didapat dari kuesioner yang diisi responden pada waktu penelitian yang sudah diminta persetujuannya.

1. Tahap persiapan

Hal yang perlu di persiapkan peneliti:

- a. Mendapatkan surat Survey kemudian melaksanakan studi pendahuluan.
  - b. Melaksanakan kelayakan Etik Penelitian.
  - c. Mengurus surat pengantar penelitian di prodi Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA.
  - d. Memperoleh izin untuk melaksanakan penelitian di RSI Sultan Agung Semarang.
2. Tahap pelaksanaan
- a. Sebelum pengambilan data, peneliti harus menjelaskan mengenai manfaat,tujuan serta prosedur penelitian kepada responden.
  - b. Untuk responden yang menyetujui ikut dalam penelitian dan memenuhi ketentuan eksklusi dan inklusi oleh peneliti, responden diminta menandatangani *informed consent*.
  - c. Membagikan lembar kuesioner, meminta responden mengisi kuesioner, mengecek kembali lembar kuesioner yang telah diisi responden.
  - d. Hasil dicatat oleh peneliti.
3. Tahap pengelolaan data
- a. Input serta olah data oleh peneliti.
  - b. Menganalisa data.
  - c. Menyusun hasil penelitian, pembahasan serta kesimpulan.

## H. Rencana Analisa Data

### 1. Pengolahan Data

#### a. *Editing*

*Editing* dilaksanakan untuk memeriksa setiap pertanyaan / pernyataan yang terisi. Proses edit yakni kelengkapan serta kesalahan pengisian. Proses edit dilaksanakan ketika data diambil, apabila terjadi kesalahan atau kekurangan, data dapat segera diperbaiki dengan mudah.

#### b. Pengkodean (*Coding*)

Pemberian kode adalah kegiatan untuk memasukkan data dengan memberikan kode-kode berupa angka ke dalam tabel, untuk setiap kelompok pertanyaan / pernyataan guna mempermudah pembacaan. Variabel tingkat spiritual pada pasien stroke, diberi kode:

- 1) Kode 1 : Rendah apabila skor kurang dari 73,44.
- 2) Kode 2 : Sedang apabila skor 73,44-96,936.
- 3) Kode 3 : Tinggi apabila skor lebih dari 96,936.

#### c. Tabulasi (*Tabulating*)

Data hasil kuesioner dari responden dilakukan pengolahan secara otomatis dari komputer untuk mendapatkan hasil frekuensi dari semua data.

#### d. *Cleaning*

Data dibersihkan guna mencegah kemungkinan kekeliruan ketika *enter* data.

## 2. Analisa data

Analisis univariat dilaksanakan disetiap variable dari hasil penelitian guna memperoleh sebaran frekuensi mengacu pada presentase setiap variable penelitian. Analisa univariat dipakai dalam mengetahui bagian dari variabel bebas (tingkat spiritual pada pasien stroke) dan prosentase setiap variabel (Riwidikdo, 2014)

Data nunerik yang didiskripsikan dalam karakteristik responden (umur) ditampilkan berupa mean, median, modus, standar deviasi dan CI 95 % dengan bantuan komputerisasi.

## I. Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2016), etik yang perlu digunakan dalam sebuah penelitian antara lain :

### 1. *Informed Consent*

Ketika pengambilan sampel peneliti perlu lebih dahulu memohon izin kepada responden akan ketersediaannya menjadi responden.

### 2. *Anonimity*

Pada lembar kuesioner maupun persetujuan tidak dicantumkan nama responden cukup dengan symbol semata.

### 3. *Confidentiality*

Semua data dan kebenaran informasi yang terkumpul dari responden akan dijadikan konsumsi pribadi, tidak dipublikasikan tanpa sepengetahuan responden.



## BAB IV HASIL PENELITIAN

### A. Pengantar Bab

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Jenis penelitian yang digunakan adalah desain penelitian deskriptif. Jumlah responden sebanyak 122 pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik, pengambilan sampel penelitian ini menggunakan teknik *consecutive Sampling* dengan 122 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Hasil penelitian ini berupa hasil analisis univariat dari masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat menguraikan jenis kelamin, umur, dan hasil gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

### B. Hasil analisis univariat

Penelitian ini mengambil responden sebanyak 122 pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah jenis kelamin. Rincian dari masing-masing karakteristik responden responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

#### 1. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

##### a. Jenis kelamin

**Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Reponden Berdasarkan Jenis Kelamin (n=122)**

Jenis kelamin	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Perempuan	56	45,9%
Laki-laki	66	54,1%
Total	122	100%

Berdasarkan tabel 4.1 di atas diperoleh data responden terbanyak dalam penelitian ini adalah berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 66 responden dengan persentase (54,1%) dan responden perempuan sebanyak 56 responden dengan persentase (45,9%).

b. Usia responden

**Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Responden (N=122)**

Umur	Frekuensi (f)	Persentase (%)
40-50	16	13,1%
51-60	61	50,0%
61-70	32	26,2%
71-80	13	13,7%
Total	122	100%

Berdasarkan tabel 4.2 di atas diperoleh data responden berdasarkan usia bahwa Sebagian besar responden terbanyak pada usia 40 sampai 50 tahun yaitu sebanyak 16 responden dengan persentase (13,1%), umur 51 sampai 60 tahun memiliki distribusi sebanyak 61 responden (50,0%), umur 61 sampai 70 tahun memiliki distribusi sebanyak 32 responden (26,7%), umur 71 sampai 80 tahun memiliki distribusi sebanyak 13 responden (13,7%).

c. Tingkat Spiritual

**Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Gambaran Tingkat Spiritualitas pada Pasien Stroke yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang (n=122)**

Tingkat Spiritual	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Rendah	19	15,6%
Sedang	82	67,2%
Tinggi	21	17,2%
Total	122	100%

Berdasarkan tabel 4.3 diatas diperoleh data karakteristik responden berdasarkan gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Dari data responden mengalami Tingkat Spiritualitas ringan sebanyak 19 responden (15,6%), Tingkat Spiritualitas sedang sebanyak 82 responden (67,2%), Tingkat Spiritualitas tinggi sebanyak 21 responden (17,2%).



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengantar BAB**

Bab ini menjelaskan hasil penelitian yang telah di uji dan dianalisis oleh peneliti pada bulan Februari 2023 – Maret 2023. Responden pada penelitian ini berjumlah 122 responden. Responden dalam penelitian ini adalah tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Proses pengumpulan data tersebut menggunakan kuesioner yang diisi oleh responden. Kuesioner ini berkaitan dengan tingkat spiritualitas pada pasien stroke. Hasil dari pembahasan ini menjelaskan terkait karakteristik responden meliputi, jenis kelamin, dan hasil gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

#### **B. Interpretasi dan Diskusi Hasil**

##### **1. Karakteristik Responden**

###### **a. Jenis Kelamin**

Jenis kelamin merupakan ciri khas dari fisik manusia yang dimiliki oleh setiap individu, sehingga dari ciri tersebut dapat dikelompokkan menjadi laki laki dan perempuan (Saputro, 2007). Hasil penelitian melalui data demografi dari 122 responden berdasarkan jenis kelamin menjelaskan hasil bahwa mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 66 (54,9%).

Sedangkan responden perempuan sebanyak 56 (45,1%). Hal tersebut menunjukkan bahwa pasien laki-laki lebih banyak yang mengalami stroke dibandingkan pasien perempuan. Berdasarkan pendapat (Pane, Lase, & Barus, 2022), Hasil data dari analisa kasus yang didapatkan, pasien stroke berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dari pada perempuan (Volz et al., 2019), Laki-laki mempunyai hormone testostosterone, yang dimana hormone itu mampu menaikkan kadar LDL, jika kadar tersebut lebih tinggi akan mengakibatkan kadar kolesterol didalam darah yang mana factor resiko terkenanya penyakit degenerative salah satunya yaitu stroke. Kebiasaan merokok juga akan mengakibatkan produksi fibrinogen (factor penggumpalan darah) pada laki-laki lebih meningkat yang mana merangsang timbulnya aterosklerosis akan mampu mengakibatkan stroke (Dinata, Safrita, & Sastri, 2019).

Epidemiologi kelumpuhan lebih sering terjadi pada pria daripada wanita, terlepas dari asal negara atau etnis mereka (Stanescu et al., 2020). Perempuan biasanya mendapatkan serangan yang lebih rendah pada masa dewasa dari pada laki-laki.

b. Usia

Distribusi umur responden mulai umur 40 sampai 60 tahun. Berdasarkan data distribusi umur responden yang terbanyak adalah pada 51-60 tahun (50,0%). Umur dapat mempengaruhi seseorang dapat terkena stroke. Makin tua umur seseorang, makin besar risiko

terkena stroke, sehingga stroke termasuk dalam penyakit degeneratif. Namun, seiring dengan kemajuan teknologi stroke mulai banyak menyerang usia muda yang masih produktif (Pane et al., 2022). Sulaiman (2018) dalam penelitiannya mengatakan bahwa Ada hubungan bermakna efek postur tubuh terhadap keseimbangan statik mata tertutup pada lanjut usia yang mengalami gangguan stroke di Kelurahan pongangan Kecamatan Gunung Pati Kota Semarang. Hasil penelitian Sulaiman, (2020) menunjukkan sebagian besar responden berusia 51 sampai 60 tahun yaitu sebanyak 10 orang (50%). Seseorang menderita stroke karena memiliki faktor risiko stroke. Usia dikategorikan sebagai faktor risiko yang tidak dapat diubah. Semakin tua usia seseorang akan semakin mudah terkena stroke Insiden stroke meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Setelah usia 55 tahun risiko stroke iskemik meningkat 2 kali lipat tiap dekade.

c. Gambaran Tingkat Spiritualitas

Hasil dari 122 responden penelitian berdasarkan tingkat spiritualitas pasien stroke dengan kategori sedang sejumlah 21 responden dengan presentase 17,2%. Menunjukkan bahwa pada tingkat spiritualitas pasien stroke meningkat. Spiritual sebuah keyakinan dalam hubungan dengan Yang Maha Kuasa dan juga Maha Pencipta, spiritual merupakan salah satu yang dapat dimengerti akan dirinya dan hubungan terhadap orang lainya, dan

mampu mewujudkan suatu perilaku bersimpati kepada orang sekitar dengan sikap baik, ramah juga menghormati dan menghargai sesama manusia (Husni, Romadhoni, & Rukiyati, 2018). Kebutuhan spiritual adalah keharmonisan dalam dimensi kehidupan manusia. Dimensi ini termasuk menemukan makna, penderitaan, tujuan dan kematian. Artinya, kebutuhan akan harapan dan keyakinan dalam hidup dan kebutuhan akan keyakinan pada diri sendiri dan Tuhan. Kebutuhan spiritual manusia ada lima dasar, yaitu merasakan hal misteri, merasa percaya diri, pengabdian, keinginan dikala kurang mampu, dan juga tujuan hidup (Baihaki, 2021).

#### **C. Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan penelitian adalah pengambilan sampel yang dilakukan hanya di 1 Rumah Sakit.

#### **D. Implikasi untuk Keperawatan**

Hasil penelitian tentang gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung Semarang. Penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar asuhan keperawatan selama stroke, dengan mempertimbangkan tingkat kesadaran spiritual pasien stroke dalam pengaturan rawat jalan.

Tingkat spiritualitas pada pasien menderita stroke sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi. Pemantauan kondisi fisik pasien harus rutin dilakukan sehingga dapat meringankan gejala-gejala yang timbul dari penyakit stroke itu sendiri.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian diatas kesimpulan dari penelitian ini adalah :

1. Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah jenis kelamin laki-laki.
2. Karakteristik responden kedua adalah jenis kelamin. Dalam penelitian ini mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 66 pasien (54,9%) dan responden perempuan sebanyak 56 pasien (45,1%).

Hasil penelitian untuk gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik adalah responden mengalami tingkat spiritualitas rendah sebanyak 19 responden (15,6%), tingkat spiritualitas sedang sebanyak 82 responden (67,2%), tingkat spiritualitas tinggi sebanyak 21 responden (17,2%).

#### B. Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan dengan adanya penelitian ini, dapat menambah sumber pengetahuan dan wawasan selama pembelajaran keperawatan. Sehingga dapat mengetahui gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Dengan bertambahnya

pengetahuan dan wawasan harapannya dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit stroke.

## 2. Bagi Penelitian Selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai salah satu sumber informasi untuk penelitian pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Diharapkan pada peneliti yang akan melakukan penelitian selanjutnya, peneliti dapat menambahkan jumlah responden, variabel penelitian, atau menggunakan penelitian dengan metode penelitian kualitatif



## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama. (2013). *iabetes Melitus Penyebab Kematian Nomor 6 di Dunia: Kemenkes Tawarkan Solusi Cerdik Melalui Posbind*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Arsittasari, T., Estiwidani, D., & Setiyawati, N. (2017). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kanker Payudara Di Rsud Kota Yogyakarta Tahun 2016. *Jurnal Kebidanan*, 1–90.
- Baihaki, A. (2021). Hubungan status fungsional dengan depresi pada pasien pasca stroke dengan pendekatan konsep model Dorothea E. Orem. *Naskah Publikasi*, 1(1), 22.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: Manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan (ed. 8 vol. 3)*. Singapura: Elsevier.
- Departemen kesehatanpkes Republik Indonesia. (2013). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Pasien Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Iskemik di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah*. 000.
- Dinata, C. A., Safrita, Y. S., & Sastri, S. (2013). Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan Periode 1 Januari 2010 - 31 Juni 2012. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 2(2), 57. <https://doi.org/10.25077/jka.v2i2.119>
- Husni, Romadhoni, & Rukiyati. (2015). Hubungan Antara Religiusitas dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara Dipoli Bedah Rsud Panembahan Senopati Bantul. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 2(2). Retrieved from [http://repository.unjaya.ac.id/431/%0Ahttp://repository.unjaya.ac.id/431/1/Amru Hidayat\\_2212087\\_nonfull resize.pdf](http://repository.unjaya.ac.id/431/%0Ahttp://repository.unjaya.ac.id/431/1/Amru%20Hidayat_2212087_nonfull%20resize.pdf)
- Kozier, B., Berman, A. an. S. J. S. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Linarwati, M., Fathoni, A., & Minarsih, M. M. (2016). Studi Deskriptif Pelatihan Dan Pengembangan Sumberdaya Manusia Serta Penggunaan Metode Behavioral Event Interview Dalam Merekrut Karyawan Baru Di Bank Mega Cabang Kudus. *Journal of Management*, 2(2), 1.
- Masturoh, I., & Anggita, N. T. (2018). *metodelogi keperawatan variable*.
- Mullen. (2015). *Barriers to Work-Life Balance for Hospital Nurses. Workplace Health & Safety*. 96–99.

- Pane, J. P., Lase, Y. A., & Barus, M. (2022). Gambaran Tingkat Kecemasan Mahasiswa Ners Tingkat III Dalam Menghadapi Objective Structured Clinical Examination. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4, 933–940.
- Puthenpurakal, A., & Crussell, J. (2017). *Stroke 1: Definition, burden, risk factors and diagnosis*. Nursing Times.
- Saputro, D. R. E. (2007). *Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Siswa Laki-Laki dan Siswa Perempuan SMA Negeri I Sewon – Bantul Yogyakarta*.
- Supriadi, C., Rohita, T., & Kunci, K. (2017). *Hubungan Pengetahuan Spiritual Terhadap Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Stroke DI Wilayah Kerja Puskesmas Baregbeg Kabupaten Ciamis Tahun 2017*. 12, 8–14.
- Suryawantie, T., Iwan, W., & Vivi, A. (2019). Pemenuhan Kebutuhan Dasar Spiritual Pada Pasien Stroke Pasca Akut Di Ruang Cempaka. *Jurnal Keperawatan Dirgahayu*, 1(2), 26–31.

