



**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN  
KEBUTUHAN SPIRITUALITAS PADA PASIEN STROKE**

**SKRIPSI**

**OLEH :**

**WULAN TRI WAHYUNI**

**30902300300**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG  
TAHUN 2024**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

### HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUALITAS PADA PASIEN STROKE

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Wulan Tri Wahyuni

NIM : 30902300300

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Pembimbing I Tanggal:

.....



**Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep**

**NIDN: 06 – 2708 - 8403**

Pembimbing II Tanggal:

.....



**Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep**

**NIDN: 06 – 1509 – 8802**

## HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:  
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN  
SPIRITUALITAS PADA PASIEN STROKE**

Disusun oleh:

Nama : Wulan Tri Wahyuni  
NIM : 30902300300

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 21 Agustus 2024.  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima:

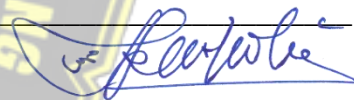
Penguji I,

Dr. Suyanto, S.Kep., Ns., M.Kep.Sp.Kep.MB  
NIDN. 06 – 2006 – 8504



Penguji II,

Ns. Moh Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB  
NIDN. 06 – 2708 - 8403



Penguji III,

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



Mengetahui  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep  
NIDN. 06 – 2208 – 7404

## SURAT PERNYATAAN BEBEAS PLAGIARISME

Saya yang bertandatangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Sultan Agung Semarang kepada saya



## MOTTO

“ karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.  
Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

QS Al-Insyirah :5-6



## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat limpahan rahmat dan kasih-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Skripsi dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas Pada Pasien Stroke” dapat diselesaikan dengan baik. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk melanjutkan ke tahap skripsi untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Sultan Agung Semarang.

Bersamaan dengan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang
2. Ibu Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep, Sp.KMB selaku ketua prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang
3. Bapak Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep\_selaku pembimbing 1 yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan masukan selama proses penyusunan proposal ini
4. Ibu Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep\_selaku pembimbing 2 yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan masukan selama proses penyusunan proposal ini
5. Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB\_selaku penguji yang telah memberikan arahan, bimbingan, saran dan masukan selama proses penyusunan proposal ini
6. Dosen – dosen pengajar serta staf pendidikan di program studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Sultan Agung Semarang.
7. Orang tua serta keluarga besar tercinta yang telah mendukung dan mendoakan penulis.

8. Seluruh rekan mahasiswa RPL Angkatan 2023 dan semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu oleh penulis.

Semoga seluruh bantuan dan kerjasama yang diberikan semua pihak mendapatkan ridho dan nilai amal yang sesuai dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari banyak kekurangan dalam penulisan Skripsi ini, karena itu penulis memohon arahan, saran dan kritik yang sifatnya menyempurnakan studi kasus ini. Penulis mengharapkan semoga penyusunan Skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Banjarbaru, Maret 2024

Wulan Tri Wahyuni



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

**Skripsi, Agustus 2024**

**ABSTRAK**

WULAN TRI WAHYUNI 79 hal + 2 gambar + 7 tabel + X + 8 lampiran  
**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PEMENUHAN  
KEBUTUHAN SPIRITUALITAS PADA PASIEN STROKE**

**Latar Belakang :** Pasien di Ruang Na'im mengenai pemenuhan kebutuhan spiritual dapat diberikan oleh perawat, kelompok keagamaan ataupun keluarga yang sedang berkunjung yang dengan dukungannya akan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan yang diperlukan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-harinya ataupun terkait persoalan yang sedang dihadapinya sehingga pasien akan merasa dicintai, bisa berbagi beban dan mengekspresikan perasaan secara terbuka sehingga adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses pengobatan penyakit strokenya, tetapi apabila dukungan keluarga kurang maka akan menyebabkan pasien merasa kesepian dan merasa disisihkan sehingga merasa tidak memiliki harapan kesembuhan sehingga atas latar belakang inilah penulis tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Pada Pasien Stroke.

**Metode Penelitian :** Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik menggunakan pendekatan *cross sectional* (potong lintang). Pada penelitian ini pengambilan sampel menggunakan metode *non-probability sampling* dengan teknik *purposive sampling*. Data dikumpulkan dengan menyebarkan kuesioner dukungan keluarga dalam pemenuhan spiritual. Responden pada penelitian ini adalah 30 responden yang merupakan keluarga atau pasien yang bisa membaca, menulis dan bersedia menjadi responden. Penelitian ini menggunakan uji Chi Square untuk menganalisis hubungan antar variabel dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas.

**Hasil :** Kesimpulan adalah sebuah ringkasan yang biasa ditulis dibagian akhir. berdasarkan hasil uji nilai Pvalue ( $0,008 < 0,05$ ) dengan nilai korelasi spearman sebesar 0,472 yang menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang, sehingga H1 diterima dan H0 ditolak yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru.

**Simpulan :** Bagi pihak manajemen dan perawat Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru tetap mempertahankan dan meningkatkan nilai-nilai Islami dalam penerapan asuhan keperawatannya dalam pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien sehingga dapat meningkatkan motivasi pasien untuk dapat bertahan dirawat hingga sembuh.

**Kata Kunci :** dukungan keluarga, pemenuhan kebutuhan spiritual



**NURSING SCIENCE STUDY PROGRAM FACULTY OF NURSING  
SCIENCES SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY SEMARANG**  
*Thesis, August 2024*

**ABSTRACT**

*WULAN TRI WAHYUNI 79 things + 2 pictures + 7 tables + X + 8 attachments*  
**THE RELATIONSHIP OF FAMILY SUPPORT WITH FULFILLING  
SPIRITUALITY NEEDS IN STROKE PATIENTS**

*Background: Patients in the Na'im Room regarding meeting spiritual needs can be provided by nurses, religious groups or visiting families who, with their support, will always be ready to provide help and assistance that patients need in carrying out their daily activities or related problems. faced so that the patient will feel loved, can share burdens and express feelings openly so that family support will have an impact on increasing the sufferer's self-confidence in facing the process of treating their stroke, but if family support is lacking it will cause the patient to feel lonely and feel left out so feel that they have no hope of recovery, so it is against this background that the author is interested in conducting research to find out how family support is related to meeting the patient's spiritual needs in stroke patients.*

*Research Method: The type of research used is analytical descriptive using a cross sectional approach. In this study, sampling used a non-probability sampling method with purposive sampling technique. Data was collected by distributing questionnaires on family support for spiritual fulfillment. The respondents in this study were 30 respondents who were family or patients who could read, write and were willing to be respondents. This research uses the Chi Square test to analyze the relationship between family support variables and fulfilling spiritual needs.*

*Results: The conclusion is a summary which is usually written at the end. based on the results of the Pvalue test ( $0.008 < 0.05$ ) with a Spearman correlation value of 0.472 which shows that the direction of the correlation is positive with moderate correlation strength, so that  $H_1$  is accepted and  $H_0$  is rejected, which means there is a relationship between family support and fulfilling the spiritual needs of stroke patients in Sultan Agung Banjarbaru Islamic Hospital.*

*Conclusion: The management and nurses of the Sultan Agung Banjarbaru Islamic Hospital continue to maintain and improve Islamic values in the application of nursing care in fulfilling the spiritual needs of patients so that they can increase the patient's motivation to be able to endure treatment until they recover.*

**Keywords:** *family support, meeting spiritual needs*

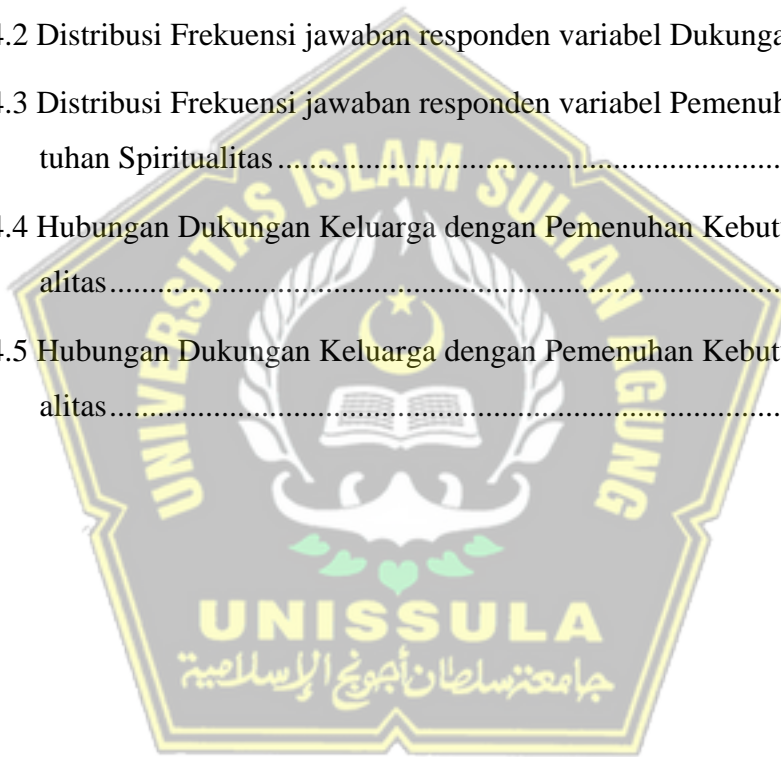
## DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI.....	v
Bab I Pendahuluan .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
Bab II Tinjauan Pustaka .....	8
A. Tinjauan Teori .....	8
B. Konsep Stroke .....	8
a. Definisi Stroke.....	8
b. Menifestasi Klinis.....	8
c. Pemeriksaan Pada Penyakit Stroke .....	9
d. Faktor Resiko Penyakit Stroke .....	10
e. Klasifikasi Stroke .....	10
f. Penatalaksanaan Pengobatan Penyakit Stroke.....	14
2.Konsep Definisi Dukungan Keluarga.....	17
a. Definisi Dukungan Keluarga.....	17
b. Jenis Dukungan Keluarga.....	18
3.Kebutuhan spiritualitas Pasien .....	23
B.Kerangka Teori .....	33
C.Hipotesa .....	33
Bab III Metode Penelitian .....	35
A.Kerangka Konsep .....	35
B.Variable Penelitian.....	35
C.Jenis dan Desain Penelitian.....	36

D.Populasi dan Sample Penelitian.....	36
E.Tempat dan Waktu Penelitian .....	38
F.Definisi Operasional.....	38
G.Instrumen/ Alat Pengumpulan Data .....	39
H.Metode Pengumpulan Data .....	41
I.Rencana Analisa Data .....	42
J.Etika Penelitian .....	46
Bab IV HASIL PENELITIAN .....	49
A.Pengantar Bab.....	49
B.Analisis Univariat .....	49
C.Analisis Bivariat .....	58
Bab V PEMBAHASAN.....	61
A.Pengantar Bab.....	61
B.Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	61
C.Keterbatasan penelitian.....	73
D.Implikasi .....	73
Bab VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	76
A.Kesimpulan .....	76
B.Saran .....	76
DAFTAR PUSTAKA .....	
LAMPIRAN.....	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	38
Tabel 3.2 Tabulasi interpretasi nilai R .....	42
Tabel 4.1 Karakteristik Pasien berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Agama, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Pendapatan, Lama menderita Stroke dan Hubungan keluarga dengan pasien .....	49
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi jawaban responden variabel Dukungan Keluarga ...	57
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi jawaban responden variabel Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas .....	58
Tabel 4.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas .....	58
Tabel 4.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas .....	59



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	33
Gambar 2.2 Kerangka Konsep .....	35



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan gangguan fungsional otak fokal dan global bersifat akut karena penyakit pembuluh darah otak, dimana tanda dan gejala sesuai dengan bagian otak yang terkena (Wurtiningsih, 2012). Gejala umumnya dapat berupa baal atau lemas yang terjadi mendadak diarea wajah, lengan, atau tungkai terutama disalah satu sisi tubuh, gangguan penglihatan ganda atau kesulitan melihat pada satu atau dua mata, bingung mendadak, pusing bergoyang, hilangnya keseimbangan atau koordinasi, serta nyeri kepala tanpa penyebab yang jelas bagaimana bisa terserang (Price & Wilson, 2012).

Serangan stroke terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak disebabkan oleh hemoragi atau iskemia terhadap sirkulasi saraf otak, serangan ini terjadi tanpa peringatan dan bisa sembuh dengan sempurna seperti sebelum terkena serangan atau sembuh dengan cacat atau bahkan bisa berakibat pada kematian (Wurtiningsih, 2012). Saat ini penyakit yang terkait dengan pembuluh darah ke otak masih menjadi masalah kesehatan yang utama karena merupakan penyebab kematian ketiga di Amerika Serikat dan menjadi penyebab sekitar 150.000 kematian setiap tahunnya dan sebanyak 550.000 orang mengalami stroke setiap tahunnya (Black & Hawks, 2014).

Data dari hasil Riset kesehatan dasar mengenai angka kejadian stroke di Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 10,9% per mil, data ini mengalami peningkatan dari tahun 2013 yaitu sebesar 7% per mil, Selain itu terjadi perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years (DALYs) lost*. 10 penyebab utama DALYs di Indonesia tahun 2019 salah satunya adalah stroke (4,0%; 3.280 per 1000 penduduk) hampir sama dengan di dunia, lebih dari setengah DALYs *lost* di Indonesia disebabkan oleh penyakit tidak menular (69%) diantaranya 10,9% disebabkan oleh 10,9% stroke (GDB 2019; WHO 2019). Tekanan darah sistolik tinggi, tembakau, risiko diet, glukosa plasma puasa tinggi, dan indeks massa tubuh yang tinggi merupakan lima risiko utama yang berkontribusi terhadap penurunan kesehatan yang diukur sebagai DALY pada tahun 2019 (GDB 2019).

Kenaikan prevalensi PTM ini berhubungan dengan pola hidup, antara lain merokok, kurang aktivitas fisik serta kurang konsumsi buah dan sayur. Sejak tahun 2013 prevalensi merokok pada remaja (10-18 tahun) terus meningkat, yaitu 7,2% (Riskesdas 2013), 8,8% (Sirkesnas 2016) dan 9,1% (Riskesdas 2018). Demikian juga proporsi kurangnya aktivitas fisik meningkat dari 26,1% menjadi 33,5%, dan 0,8% mengonsumsi minuman beralkohol berlebihan. *Overweight* meningkat dari 8,6% di tahun 2007 menjadi 13,6% di tahun 2018. Sementara itu juga tercatat lebih dari 95,5% masyarakat Indonesia yang berusia lebih dari 5 tahun mengonsumsi kurang dari 5 porsi buah dan sayur dalam sehari. Balitbangkes Kemenkes merilis data terbaru dari *Global Youth*

*Tobacco Survey* (GYTS) tahun 2019 menunjukkan bahwa 40,6% pelajar di Indonesia usia 13-15 tahun, 2 dari 3 anak laki-laki dan hampir 1 dari 5 anak perempuan sudah pernah menggunakan produk tembakau. Selain itu, 19,2% pelajar saat ini merokok dan di antara jumlah tersebut, 60,6% bahkan tidak dicegah ketika membeli rokok karena usia mereka, dan dua pertiga dari mereka dapat membeli rokok secara eceran. Data GYTS juga menunjukkan hampir 7 dari 10 pelajar melihat iklan atau promosi rokok di televisi atau tempat penjualan dalam 30 hari terakhir, dan sepertiga pelajar merasa pernah melihat iklan di internet atau media sosial.

Prevalensi Stroke berdasarkan diagnosa dokter pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun menurut karakteristik provinsi Kalimantan Selatan, (Riskesdes,2018). Berdasarkan kelompok umur tertinggi 65-74 terdapat 4,88%, jenis kelamin yang tertinggi adalah laki-laki 1,35%, pendidikan yang tertinggi adalah jenjang pendidikan tertinggi 4,88%, pekerjaan tertinggi adalah tidak bekerja 2,31%, tempat tinggal tertinggi adalah perkotaan 1,32%.

Seseorang yang terkena stroke akan mengalami beberapa perubahan pada aspek dari segi hidup dan kehidupan seseorang tersebut. Aspek yang dipengaruhi baik berupa aspek fisik, aspek psikologis, aspek sosial serta aspek spritual, berkenaan dengan hubungan individu itu sendiri dengan yang maha esa sesuai dengan kepercayaan yang telah di anut oleh individu tersebut dan masalah kesehatan spiritualnya (Utami & Supratman, 2009).

Kesehatan spiritual merupakan komponen penting dari seorang individu yang dimiliki dan sebuah aspek integral dari filosofi kesehatan holistik.



Kesehatan spiritual juga bisa mengalami keadaan yang tidak selalu sehat seperti halnya kesehatan fisik baik secara langsung maupun tidak langsung. Sedangkan menurut pandangan perilaku dan pribadi kesehatan spiritual yaitu sesuatu yang mengekspresikan rasa keterkaitan ke dimensi *transcendental* atau untuk sesuatu yang lebih besar dari diri (Asy'arie, 2012 dalam Yusuf *et al*, 2016).

Dalam penelitian (Ilhamsyah, Sjattar, Hadju, & Safruddin, Maret 2021) menyatakan bahwa pelaksanaan keperawatan spritual yang kurang terlaksana tetapi mempunyai kepuasan spritual yang puas sebanyak 6 orang dan 3 orang yang menyatakan kurang puas. Sedangkan menurut penelitian yang dilakukan (Rasmita, 2009) Hasil penelitian menunjukkan bahwa 66,7% perawat dapat melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di ruang Penyakit Dalam dengan baik, sedangkan 53,1% keluarga pasien kurang baik dalam melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di ruang Penyakit Dalam yang disimpulkan bahwa perawat dapat melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di 1 ruang penyakit dalam dengan baik, sedangkan keluarga tidak dapat melaksanakan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang dirawat di ruang Penyakit Dalam dengan baik.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan peneliti di Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru, menurut keterangan Saudari SR salah seorang perawat di Ruang Naim terdapat 42 pasien stroke yang sedang dirawat. mengenai pemenuhan kebutuhan spiritual dapat diberikan oleh

kelompok keagamaan ataupun keluarga yang sedang berkunjung yang dengan dukungannya akan selalu siap memberi pertolongan dan bantuan yang diperlukan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-harinya dengan mudah ataupun terkait persoalan yang sedang dihadapinya sehingga pasien akan merasa dicintai, bisa berbagi beban dan mengekspresikan perasaan secara terbuka sehingga adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses penyakitnya.

Berdasarkan wawancara dengan Bapak AS (57 tahun) bahwa dirinya sering merasa kesepian, tidak berhargaan merasa tidak dicintai sehingga dapat di kategorikan sebagai pasien yang kurang mendapat dukungan keluarga sedangkan menurut Ibu AN (54 tahun) bahwa dukungan keluarganya cukup baik, mereka selalu mendampingi secara bergantian dan datang minimal satu kali dalam seminggu untuk menjenguk dan memenuhi kebutuhannya sehingga beliau merasaperhatikan, nyaman dan damai. Menurut SR, perawat yang sedang bertugas dukungan keluarga sangatlah berperan penting sebagai sumber motivasi bagi pasien dalam menghadapi penyakit dan menjalani proses pengobatan karena dengan bantuan yang diterima pasien, khususnya dari keluarga dapat membantu memenuhi kebutuhan spiritualitas pasien stroke dengan baik.

Berdasarkan hasil survey pendahuluan tersebut, peneliti mendapatkan fakta bahwa dukungan keluarga selain memenuhi kebutuhan fisik, administratif dan social juga memenuhi kebutuhan spiritualitas pasien stroke sehingga

dengan adanya dukungan-dukungan tersebut pasien akan lebih memiliki harapan untuk sembuh sedangkan apabila dukungan keluarga kurang maka akan menyebabkan pasien merasa kesepian dan merasa disisihkan sehingga merasa tidak memiliki harapan kesembuhan sehingga atas latar belakang inilah penulis tertarik untuk melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spritual Pasien Pada Pasien Stroke.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat disusun rumusan masalah yaitu apakah ada Hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui Hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.

### **2. Tujuan Khusus**

- a) Mengetahui karakteristik responden (jenis kelamin, usia, Pendidikan pekerjaan, dan tempat tinggal).
- b) Mengetahui hubungan dukungan keluarga pada pasien stroke.
- c) Mengetahui pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.
- d) Menganalisis Hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Penulis berharap penelitian ini akan mampu menambah wawasan lebih mengerti dan memahami teori-teori yang didapat selama proses perkuliahan dimana Hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.

### **2. Manfaat Bagi Peneliti**

Penulis berharap dari penelitian ini akan mampu menambah dan mengembangkan pengetahuan dalam bidang keperawatan. Serta memberikan pemahaman tentang pemenuhan kebutuhan spiritualitas. Hasil penelitian ini juga menjadi syarat dan wawasan dalam menyelesaikan Pendidikan S.1 Keperawatan.

### **3. Manfaat Bagi Masyarakat**

Memberikan informasi kepada masyarakat tentang dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.

### **4. Manfaat Bagi Keluarga**

Dengan adanya penelitian ini diharapkan keluarga dapat mengetahui perannya sebagai dukungan keluarga dengan pemenuhan spiritualitas pada pasien stroke.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Konsep Stroke**

###### **a. Definisi Stroke**

Definisi Stroke menurut WHO adalah suatu gangguan yang terjadi pada fungsi otak dengan adanya tanda klinis yang berlangsung dalam waktu lama yaitu lebih dari 24 jam. Stroke adalah penyakit yang disebabkan oleh putusnya aliran darah ke otak akibat pecahnya pembuluh darah atau tersumbatnya pembuluh darah yang menuju ke otak sehingga berkurangnya energi dan pasokan nutrisi ke otak (Tomm *et al.*, 2017). Stroke merupakan salah satu jenis penyakit tidak menular yang dapat menjadi penyebab utama kecacatan dan mengakibatkan kematian (Assaifi *et al.*, 2016).

###### **b. Manifestasi Klinis (Tanda dan Gejala)**

Secara umum manifestasi klinis penyakit stroke adalah munculnya sakit kepala yang hebat, afasia (bicara tidak lancar, ucapan kurang, atau sulit memahami ucapan), hemiparesis (kelemahan otot pada salah satu sisi tubuh) dan *facial palsy* (kelemahan pada sebagian otot wajah), perubahan mendadak status mental (bingung, mengigau, koma), disartria (bicara pelo atau cadel), gangguan penglihatan atau diplopia (penglihatan dobel) (Alifia, 2021).

### c. Pemeriksaan Pada Penyakit Stroke

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan sebagai penunjang pada penyakit stroke, antara lain :

#### 1) Angiografi Serebral

Pemeriksaan yang dilakukan untuk membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik.

#### 2) Scan.

Pemeriksaan ini dapat membantu untuk memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Umumnya hasil pemeriksaan didapatkan hiperdens fokal, kadang pepadatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

#### 3) MRI (Magnetic Imaging Resonance).

Pemeriksaan ini menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

#### 4) USG Doppler.

Pemeriksaan ini membantu untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

#### 5) EEG (Electroencephalogram)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

#### **d. Faktor Resiko Penyakit Stroke**

Menurut guideline *American Heart Association* faktor resiko stroke dibagi menjadi dua yaitu faktor resiko yang dapat di modifikasi dan yang tidak dapat di modifikasi (Goldstein *et al.*, 2011).

##### 1) Faktor yang tidak dapat Dimodifikasi

- a) Usia
- b) Jenis Kelamin
- c) Ras/Etnis
- d) Genetik

##### 2) Faktor yang dapat Dimodifikasi

- a) Merokok
- b) Hipertensi
- c) Diabetes
- d) Obesitas

#### **e. Klasifikasi/Penggolongan Stroke**

Stroke dapat diklasifikasikan/digolongkan menjadi dua jenis, yaitu stroke iskemik dan stroke hemoragik (Annisa **et al.**, 2022)

##### 1) Stroke Iskemik

Patofisiologi Stroke iskemik terjadi karena adanya penyumbatan pada pembuluh darah di otak oleh kolesterol atau

lemak lain sehingga suplai oksigen ke otak terhambat. Stroke iskemik adalah stroke yang terjadi akibat kematian jaringan otak karena gangguan aliran darah ke daerah otak, yang disebabkan oleh tersumbatnya arteri serebral atau servikal. Patologi utama Stroke iskemik adalah aterosklerosis pada pembuluh darah besar dan stroke lacunar. Stroke iskemik terdiri dari 3 jenis yaitu :

- a) Stroke Trombotik Yaitu jenis stroke yang disebabkan terbentuknya thrombus yang menyebabkan terjadinya penggumpalan.
- b) Stroke Embolik Yaitu jenis stroke yang disebabkan oleh karena tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.
- c) Hipoperfusi Sistemik Yaitu jenis stroke yang disebabkan berkurangnya aliran darah ke seluruh bagian tubuh karena adanya gangguan denyut jantung.

Manifestasi Klinis Pada stroke iskemik dapat timbul muntah, disfagia (kesulitan menelan), kebutaan monokuler, afasia/gangguan bahasa, gangguan sensorik dan motorik, hilangnya kesadaran, dan dapat mengganggu fungsi serebelar. Pada stroke hemoragik dapat timbul berbagai manifestasi klinis, seperti nyeri kepala, tekanan darah meningkat, muntah, kejang, lesu, penurunan kesadaran, bradikardi, kaku leher, kelumpuhan, kelumpuhan lapang pandang vertikal, penurunan kelopak mata dan pupil tidak reaktif (Alifia, 2021).



## 2) Stroke Hemoragik

Patofisiologi Stroke Hemoragik Stroke hemoragik terjadi karena adanya satu atau beberapa dari pembuluh darah di otak yang melemah kemudian pecah sehingga terjadinya perdarahan disekitar otak. Umumnya stroke hemoragik didahului oleh adanya penyakit hipertensi. Hipertensi merupakan faktor risiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak (Annisa *et al.*, 2022).

Stroke hemoragik juga dapat dipengaruhi oleh faktor genetik, usia, jenis kelamin, serta suku/ras. Keluhan yang menjadi tanda klinis yang biasa muncul pada stroke hemoragik adalah terjadinya defisit neurologis fokal dengan onset mendadak, antara lain sakit kepala, muntah, kejang, tekanan darah yang sangat tinggi, dan penurunan tingkat kesadaran. Gejala awal yang paling sering dialami adalah sakit kepala. Pada semua pasien stroke hemoragik, perlu dilakukan pemeriksaan umum neurologis, tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital sebagai satu bentuk penilaian klinis. Umumnya pada pasien stroke hemogenik memiliki keadaan lebih buruk dibandingkan dengan pasien stroke iskemik (Setiawan, 2020).

Stroke hemoragik dapat dibagi menjadi dua jenis menurut letaknya, yaitu :

- a) Hemorragik intraserebral Yaitu perdarahan terjadi di dalam jaringan otak. Pendarahan ini biasanya disebabkan hipertensi yang menyebabkan terjadinya kerusakan pada dinding pembuluh darah.
- b) Hemorragik subaraknoid Yaitu perdarahan terjadi di ruang subaraknoid (ruang sempit antara permukaan otak dan lapisan jaringan yang menutupi otak) (Agromedia, 2009)

Manifestasi Klinis Pada stroke hemoragik, penilaian klinis dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik umum neurologis, pengukuran tanda vital, dan tingkat kesadaran. Pemeriksaan fisik yang dilakukan adalah pemeriksaan kepala, telinga, hidung dan tenggorokan (THT), serta ekstremitas. Untuk mencari edema tungkai yang diakibatkan trombosis vena dapat dilakukan pemeriksaan ekstremitas. Untuk pemeriksaan neurologis lainnya dapat dilakukan pemeriksaan refleks batang otak, refleks fisiologis dan patologis serta nervus kranialis. Untuk menentukan luas dan lokasi lesi, pemeriksaan neurologis dilakukan dengan membandingkan semua sisi yaitu kanankiri, atas-bawah (Setiawan, 2020).

#### **f. Penatalaksanaan Pengobatan Penyakit Stroke**

Penatalaksanaan penyakit stroke secara umum dimulai dengan evaluasi dan diagnosis yang cepat karena *therapeutic window stroke* akut sangat pendek. Dalam evaluasi ini harus dilakukan secara sistemik dan cermat yang meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan neurologis dan skala stroke. Umumnya terapi yang diberikan untuk stroke adalah stabilisasi jalan napas dan pernapasan, stabilisasi hemodinamik, pemeriksaan awal fisik umum (tekanan darah, jantung, neurologi umum awal), pengendalian peninggian tekanan intrakranial, penanganan transformasi hemoragik, pengendalian kejang, pengendalian suhu tubuh dan pemeriksaan penunjang (*EKG* dan *CT-Scan*) (PERDOSSI,2011).

Terapi stroke bertujuan untuk :

- 1) Untuk meminimalisir terjadinya cedera neurologis dan menurunkan angka kematian serta kecacatan jangka panjang.
- 2) Untuk mencegah terjadinya komplikasi sekunder, yaitu imobilitas dan disfungsi neurologis.
- 3) Untuk mencegah terjadinya stroke berulang (Wells *et al.*, 2015).

Terapi Farmakologi Penyakit Stroke Iskemik Pada stroke iskemi, *American Heart Association* (AHA) merekomendasi terapi antiplatelet/antikoagulan, antihipertensi, antidislipidemia, dan antihiperqlikemi untuk mencegah terjadinya stroke yang berulang (Wahidin, 2022).

Pengobatan pada pasien stroke iskemik dilakukan dengan dua pendekatan. Pertama, pengobatan medik untuk memulihkan sirkulasi otak di daerah yang terkena stroke (jika mungkin sampai keadaan sebelum sakit) dan kedua, adalah pengobatan dengan menggunakan obat-obat yang mampu menghancurkan emboli atau thrombus pada pembuluh darah (Putri & Muti, 2017).

Pilihan terapi yang dapat digunakan untuk stroke iskemik antara lain :

- 1) Fibrinolitik/Trombolitik (rtPA/ *recombinant tissue plasminogen activator*) Intravena.

Golongan obat ini digunakan sebagai terapi reperfusi, untuk mengembalikan perfusi darah yang terhambat pada serangan stroke akut. Contoh dari golongan obat ini adalah : alteplase, tenecteplase dan reteplase. Obat ini bekerja memecah trombus dengan mengaktifasi plasminogen yang terikat pada fibrin (Mutiarasari, 2019).

- 2) *Anticoagulan Unfractionated Heparin* (UFH) dan *Lower Molecular Weight Heparin* (LMWH).

Pasien stroke dapat menggunakan obat ini dengan harapan dapat mencegah terjadinya kembali stroke emboli, namun hingga saat ini literatur yang mendukung pemberian antikoagulan untuk pasien stroke iskemik masih terbatas dan belum kuat. Antikoagulan sebagian besar digunakan untuk

pengecahan sekunder jangka panjang pada pasien dengan fibrilasi atrium dan stroke kardioemboli. Terapi antikoagulan untuk stroke kardioemboli dengan pemberian heparin yang disesuaikan dengan berat badan dan warfarin (Coumadin) mulai dengan 5-10 mg per hari (Mutiarasari, 2019).

### 3) Antiplatelet.

Antiplatelet adalah obat yang dapat menghambat agregasi trombosit sehingga menyebabkan terhambatnya pembentukan trombus pada sistem arteri. Antiplatelet yang umum digunakan pada pasien ini adalah clopidogrel 75 mg. Clopidogrel adalah obat penghambat antiagregasi trombosit yang memiliki efek untuk mencegah terjadinya stroke susulan (Wahidin, 2022).

### 4) Neuroprotektif.

Neuroprotektor merupakan obat yang bertujuan untuk menyelamatkan jaringan yang terkena iskemia, membatasi area infark agar tidak meluas, memperlama *time window* dan mengurangi cedera reperfusi. Beberapa obat mempunyai efek neuroprotector antara lain penghambat kanal kalsium (Nimodipine), antagonis presinaptik *Excitatory Amino Acid* (EAA) (fenitoin, libeluzole, prepentofilin), sitikolin, pentoksifilin dan pirasetam (Putri & Muti, 2017).

Terapi Farmakologi Penyakit Stroke Hemoragik Tujuan dari tatalaksana awal dari terapi pada stroke hemoragik adalah untuk

mengoptimalkan metabolisme otak saat keadaan patologis, dengan melakukan stabilisasi jalan dan saluran napas pada pasien untuk menghindari hipoksia. Pada fase akut, sebaiknya (PCC). Menurut Pedoman American Heart Association and American Stroke Association (AHA/ASA tahun 2015 kelas IIb, level B) menganjurkan penggunaan *Protrombin Complex Concentrate* (PCC) untuk mengatasi stroke hemoragik bila dibandingkan dengan *Fresh Frozen Plasma* (FFP) karena tindakan yang lebih cepat dan memiliki efek samping yang lebih sedikit (Setiawan, 2020).

## 2. Konsep Dukungan Keluarga

### a. Definisi Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga menurut Friedman (2010) adalah sebuah proses yang terjadi sepanjang masa kehidupan, sifat, dan jenis dukungan berbeda dalam berbagai tahap-tahap siklus kehidupan. Menurut Setiadi (2008), dukungan keluarga merupakan sebuah proses yang terjadi sepanjang kehidupan, dalam semua tahap siklus kehidupan dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan. Menurut Noorkasiani dan Tamber (2009), menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan unsur terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga merupakan proses yang terjadi dalam siklus

kehidupan seseorang. Dukungan keluarga berfungsi untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan dan membantu individu dalam menyelesaikan suatu masalah.

b. Jenis Dukungan Keluarga

Jenis-jenis dukungan keluarga menurut Christine (2010) terdiri dari:

1) Dukungan penghargaan

Dukungan penghargaan merupakan ungkapan penghargaan positif untuk individu yang bersangkutan, dorongan maju dan perbandingan positif individu dengan orang-orang lain. Contohnya dukungan ini dilakukan melalui ekspresi sambutan positif orang-orang yang berada di sekitarnya, memberikan dorongan atau pernyataan setuju terhadap ide-ide dan perasaan individu. Dukungan ini juga membuat seseorang merasa berharga, kompeten, dihargai dan berarti dalam hidupnya.

2) Dukungan Nyata

Dukungan nyata merupakan sebuah sumber pertolongan dalam hal pengawasan, kebutuhan individu. Keluarga mencari solusi yang dapat membantu individu dalam melakukan kegiatan. Contohnya keluarga memberikan secara langsung, bersifat fasilitas atau materi meminjamkan uang, memberikan makanan, atau bantuan yang lain.

### 3) Dukungan Informasi

Dukungan informasi merupakan pemberian nasehat, petunjuk, saran-saran, ataupun umpan balik tentang apa yang telah dikerjakan. Melalui interaksi dengan orang lain, individu akan dapat mengevaluasi dan mempertegas keyakinannya dengan membandingkan pendapat, sikap, keyakinan, dan perilaku orang lain. Dukungan ini membantu individu mengatasi masalah dengan cara memperluas wawasan dan pemahaman individu terhadap masalah yang dihadapi. Informasi tersebut diperlukan untuk mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara praktis. Contohnya memberikan nasehat, petunjuk, masukan atau penjelasan bagaimana seseorang bersikap.

### 4) Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan ungkapan rasa empati, kepedulian, dan perhatian terhadap seseorang sehingga memberikan perasaan nyaman, ketentraman hati, dan perasaan dicintai yang membuatnya merasa lebih baik. Dukungan emosional adalah ekspresi diri, kepercayaan, perhatian dan perasaan didengarkan. Contohnya kesediaan untuk mendengarkan keluhan seseorang akan memberikan dampak positif, yaitu sebagai sarana pelepasan emosi dan mengurangi



kecemasan, serta membuat individu merasa dihargai, diterima, dan diperhatikan (dalam Christine, 2010).

Manfaat Dukungan Anggota Keluarga Menurut Setyaningrum dan Wakhid (2014) menyatakan bahwa manfaat dukungan keluarga akan menurunkan kemungkinan sakit dan mempercepat kesembuhan baik secara fisik maupun secara psikologis. Dukungan keluarga mencakup dukungan dalam hal emosional, instrumental, penghargaan atau penilaian, maupun dukungan dalam bentuk informasi yang dibutuhkan subjek. Menurut Yanuasti (2001) menyatakan bahwa manfaat dukungan keluarga dalam pengendalian seseorang terhadap tingkat kecemasan dan dapat pula mengurangi tekanan-tekanan yang ada pada konflik yang terjadi pada dirinya.

Dukungan tersebut berupa dorongan, motivasi, empati, ataupun bantuan yang dapat membuat individu yang lainnya merasa lebih tenang dan aman. Dari beberapa pengertian di atas disimpulkan bahwa manfaat dukungan keluarga dapat melindungi individu terhadap efek negatif dari masalahnya. Dukungan keluarga dapat mempengaruhi kesehatan seseorang. Manfaat dukungan keluarga akan menurunkan kemungkinan sakit dan mempercepat kesembuhan baik secara fisik maupun secara psikologis dan berfungsi sebagai pengendali emosi dan juga dukungan yang diberikan untuk meningkatkan kepercayaan diri untuk dapat menjalani hidupnya jauh lebih baik.

Faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga menurut (Setiadi, 2007) adalah :

1) Faktor Tahap perkembangan

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia(bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

2) Faktor Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya sehingga lebih kooperatif dalam memberikan dukungan. Dukungan yang diberikan pada pasien stroke tergantung dari tingkat pengetahuan keluarga. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi akan memberikan dukungan informasional kepada pasien stroke untuk mengikuti terapi secara tepat dan baik.

3) Faktor emosi

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang

mengalami respon stress dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama dia sakit. Seseorang yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakitnya mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan.

4) Faktor Spritual Aspek spritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam kehidupan.

5) Faktor Praktik di keluarga

Cara bagaimana keluarga memberikan dukungan biasanya mempengaruhi penderita dalam memelihara kesehatannya, kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misalnya anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

6) Faktor sosial ekonomi

Faktor sosial dan ekonomi dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel ekonomi mencakup stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pengobatannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya. Serta sebaliknya semakin rendah tingkat ekonomi seseorang maka akan kurang tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakannya.

7) Faktor Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan seseorang dalam memberikan dukungan termasuk cara pemeliharaan kesehatan sendiri. Keyakinan keluarga dan masyarakat selama ini akan berpengaruh pada rendahnya dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien stroke.

### **3. Kebutuhan spiritualitas Pasien**

#### **a. Definisi Spiritualitas**

Kebutuhan spiritual adalah harmonisasi dimensi kehidupan. Dimensi ini termasuk menemukan arti, tujuan, menderita, dan

kematian; kebutuhan akan harapan dan keyakinan hidup, dan kebutuhan akan keyakinan pada diri sendiri, dan Tuhan. Ada 5 dasar kebutuhan spiritual manusia yaitu: arti dan tujuan hidup, perasaan misteri, pengabdian, rasa percaya dan harapan di waktu kesusahan (Hawari, 2002). Spiritualitas merupakan hal yang berhubungan dengan keyakinan seseorang, (Kozier & Erb's (2007)) menyatakan bahwa spiritualitas umumnya melibatkan keyakinan dalam hubungan dengan beberapa kekuatan yang lebih tinggi, kekuatan yang kreatif, yang ilahiyah atau sumber energi tak terbatas. Spiritualitas meliputi berbagai aspek, seperti berikut :

- 1) Arti (memiliki tujuan, membuat rasa hidup).
- 2) Nilai.
- 3) *Transendensi* (menghargai dimensi yang berada di luar diri).
- 4) *Conecting* (berhubungan dengan orang lain, alam, Ultimate lain).
- 5) *Becoming* (yang melibatkan refleksi, yang memungkinkan kehidupan terungkap, dan mengetahui siapa yang satu) (Martsof & Mickley, 1998, dalam Kozier & Erb's, 2007).

Spiritual merupakan hal yang diakui pengaruhnya dalam dimensi kesehatan dan kesejahteraan (Yanez *et al.*, 2009). Banyaknya definisi tentang spiritualitas kadang menimbulkan makna ambigu dalam penerjemahan makna dari spiritualitas. Spiritualitas tidak selalu berkaitan dengan agama tetapi agama adalah dianggap sebagai bentuk spesifik dari spiritualitas (Schep-

akkerman, Laarhoven dan Leeuwen, 2013), Sedangkan dalam keperawatan tradisional diartikan bahwa spiritualitas adalah berakar pada pengalaman beragama dan hubungan transeden dengan Tuhan (Hsiao *et al.*, 2010).

Manusia sebagai makhluk spiritual mempunyai hubungan dengan kekuatan di luar dirinya, hubungan dengan Tuhannya dan mempunyai keyakinan dalam hidupnya (Asmadi, 2008). Perkembangan zaman yang terus meningkat maka perkembangan dari konsep spiritualitas dalam keperawatan pun berkembang dengan pesat.

Blasdell (2015) menyebutkan bahwa tidak realistis jika hanya mendefinisikan spiritualitas sebagai hal yang berhubungan dengan kesembuhan dan kesejahteraan pasien. Tugas dari profesi keperawatan untuk lebih banyak melakukan penelitian untuk menggali tentang spiritualitas dan perspektif pasien tentang kebutuhan spiritualitas.

#### **b. Faktot-faktor yang mempengaruhi spiritualitas**

Taylor (2002) dalam Kozier & Erb's (2007) menyatakan beberapa hal yang bisa mempengaruhi preferensi spiritual dan agama, menjadi kekuatan, atau kekhawatiran, atau tekanan dalam pemberian Asuhan spiritual pasien adalah sebagai berikut :

1) Lingkungan.

Lingkungan bisa diartikan sebagai tersedianya fasilitas tempat alat untuk proses spiritual.

2) Perilaku.

Perilaku adalah kebiasaan spiritual sehari-hari pasien. Apakah pasien berdoa sebelum melaksanakan kegiatan, sebelum makan dan minum, Apakah pasien merasakan gangguan atau mimpi buruk atau hal buruk sebagai bentuk kemarahan dari Tuhan.

3) Verbalisasi.

Apakah pasien menyebutkan Tuhan atau yang lebih tinggi dalam berdoa atau dalam suatu hal. Apakah pasien menanyakan tentang ulama. Apakah pasien mengekspresikan ketakutan akan kematian, makna hidup, konflik batin, keyakinan beribadah, tentang penderitaan, moral atau etika terapi.

4) *Affect* dan sikap.

Apakah pasien muncul kesepian, depresi, marah, cemas, gelisah, apatis, atau sibuk.

5) Hubungan interpersonal.

Hubungan interpersonal ini bisa berupa orang yang mengunjungi. Bagaimana merespon pasien dengan pengunjung, bagaimana hubungan dengan tokoh spiritual, bagaimana hubungan pasien lain dan bagaimana hubungan dengan tenaga kesehatan perawat.

### c. Karakteristik Spritual

Dalam memudahkan pemberian asuhan keperawatan dengan memperhatikan kebutuhan spritual adapun beberapa karakteristik spritualitas sebagai berikut :

#### 1) Hubungan dengan diri sendiri

Hubungan dengan diri sendiri merupakan kekuatan dari dalam diri sendiri yang meliputi pengetahuan diri yaitu siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya dan juga sikap yang menyangkut kepercayaan pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran, serta keselarasan dengan diri sendiri. Kekuatan yang timbul dari dalam diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantaranya memandang pengalamannya sebagai pengalaman yang positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan dan tujuan hidup yang semakin jelas (Siregar, 2015).

Kepercayaan (faith) bersifat universal, dimana merupakan penerimaan individu terhadap kebenaran yang tidak dapat dibuktikan dengan pikiran yang logis. Kepercayaan dapat memberikan arti hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami kesulitan atau stress. Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.



Harapan (hope) merupakan suatu proses interpersonal yang terbina melalui hubungan saling percaya dengan orang lain, termasuk dengan Tuhan. Harapan sangat penting bagi individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit.

Makna atau arti dalam hidup (meaning of live) merasakan hidup sebagai suatu pengalaman yang positif seperti membicarakan tentang situasi yang nyata, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, merasa mencintai dan dicintai oleh orang lain (Siregar, 2015)

## 2) Hubungan dengan orang lain atau sesama

Hubungan seseorang dengan sesama sama pentingnya hubungandengan diri sendiri. Kebutuhan untuk menjadi anggota masyarakat dan saling berhubungan telah lama diakui sebagai bagian pokok dalam pengalaman manusiawi. Hubungan terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, ramah dan bersosialisasi, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan merawat orang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian. Sedangkan hubungan tidak harmonis mencangkup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan, serta keterbatasan hubungan.

Maaf dan pengampunan (forgiveness) dengan pengampunan seorang individu dapat meningkatkan coping terhadap stress, cemas, depresi, dan tekanan emosional, penyakit fisik serta meningkatkan perilaku sehat dan perasaan damai. Cinta kasih dan dukungan sosial (love and social support) keinginan untuk menjalin dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif melalui keyakinan, rasa percaya, dan cinta kasih. Teman dan keluarga dekat dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk melawan banyak penyakit dan situasi krisis (Siregar, 2015)

### 3). Hubungan dengan alam

Harmoni merupakan gambaran hubungan seseorang dengan alam yang meliputi pengetahuan tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim dan berkomunikasi dengan alam serta melindungi alam. Rekreasi merupakan kebutuhan spiritual seseorang dalam menumbuhkan keyakinan, rahmat, rasa terima kasih, harapan dan cinta kasih. Dengan rekreasi seseorang dapat menyelaraskan antara jasmani dan rohani sehingga timbul perasaan kesenangan dan kepuasan dalam pemenuhan hal-hal yang dianggap penting dalam hidup seperti nonton televisi, dengar musik, olahraga dan lain-lain. Kedamaian merupakan keadilan, rasa kasihan dan kesatuan. Dengan kedamaian seseorang akan merasa

lebih tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan(Siregar, 2015).

#### 4) Hubungan dengan Tuhan

Pemahaman tentang Tuhan dan hubungan manusia dengan Tuhan secara tradisional dipahami dalam kerangka hidup keagamaan. Akan tetapi, dewasa ini telah dikembangkan secara lebih luas dan tidak terbatas. Tuhan dipahami sebagai daya yang menyatukan, prinsip hidup atau hakikat hidup. Secara umum melibatkan keyakinan dalam hubungan dengan sesuatu yang lebih tinggi, berkuasa, memiliki kekuatan mencipta dan bersifat ketuhanan atau memiliki energi yang tidak terbatas. Secara ringkas, seseorang dapat dinyatakan terpenuhi kebutuhannya jika mampu (Hamid, 2009) :

- 1) Merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia atau di kehidupan
- 2) Mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan
- 3) Menjalinkan hubungan positif dan dinamis melalui keyakinan, rasa percaya dan cinta
- 4) Membina integritas personal dan merasa diri berharga
- 5) Merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan
- 6) Mengembangkan hubungan antar manusia yang positif.

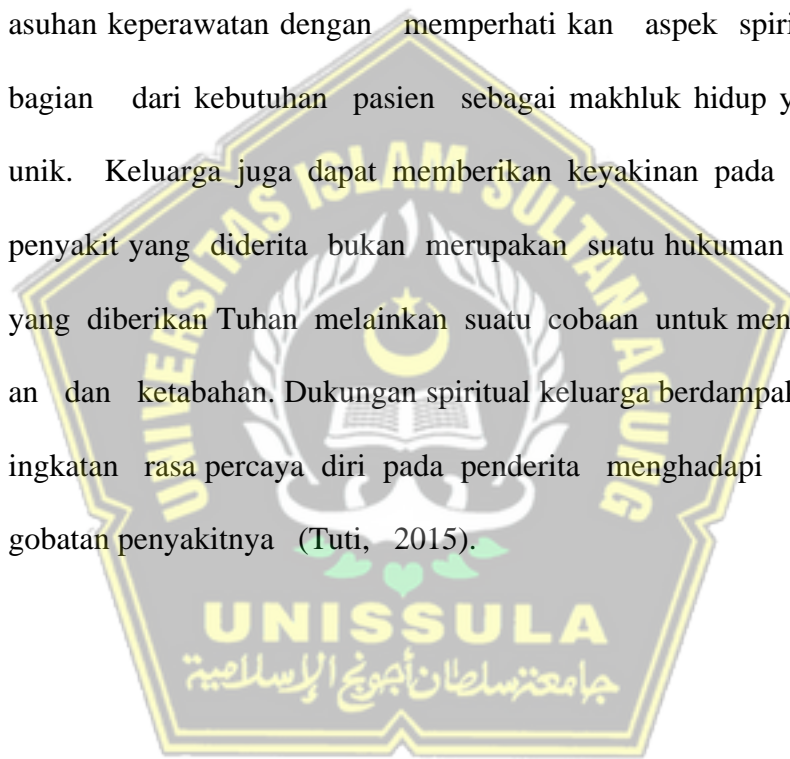
#### **4. Pengaruh dukungan keluarga terhadap kebutuhan spiritual**

Dukungan keluarga sangat diperlukan bagi pasien karena dapat membantu dalam aktivitasnya sehingga dapat membantu permasalahan yang sedang terjadi pada dirinya seperti masalah pemenuhan kebutuhan spiritual dan dukungan tersebut akan berdampak positif bagi pasien selama menghadapi proses sakit (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

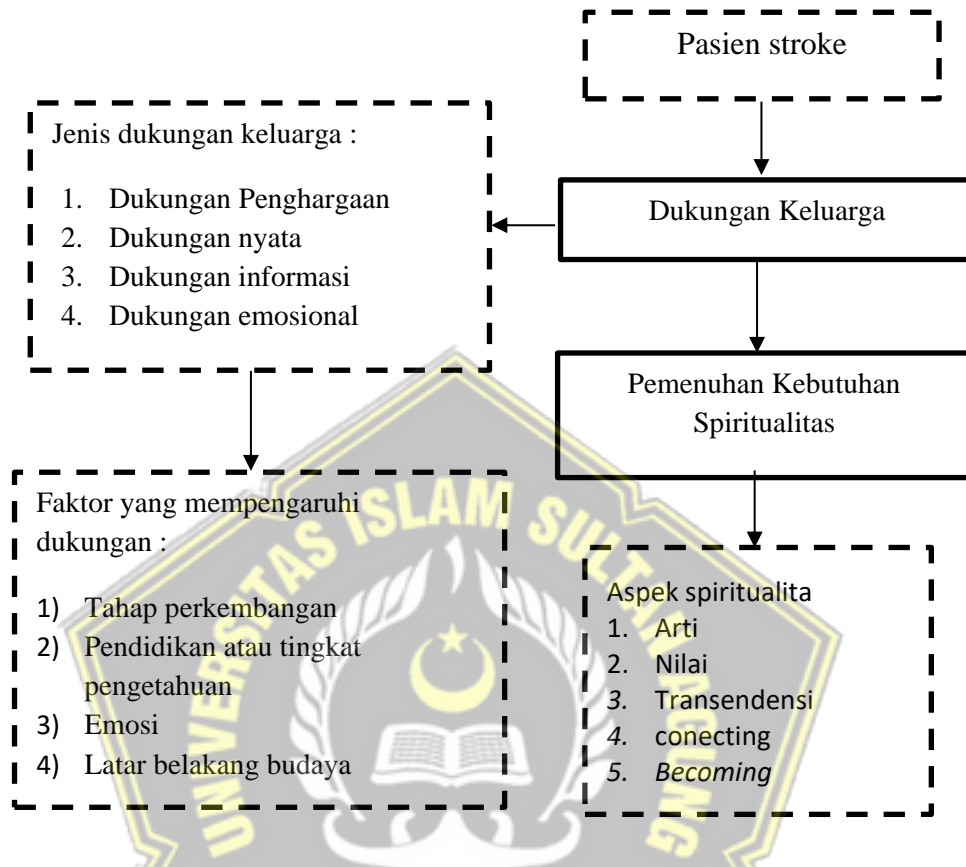
Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga. Dukungan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan spiritual yang dapat dilakukan adalah berdoa bersama untuk pasien, meyakinkan pasien dan memotivasi untuk kesembuhan mengajak rohaniawan untuk membimbing spiritual pasien. Apabila hal ini dilakukan maka berefek positif pada psikologis dan kesejahteraan fisik sehingga pasien dapat menerima kondisinya, nyaman dan memberikan rasa damai dalam menuju kematian (Sriyono, 2019).

Hasil penelitian Balboni dkk (2013), bahwa dukungan spiritual yang didapatkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien sebesar (43%) dimana dukungan spiritual juga dapat meringankan kondisi psikologis keluarga seperti takut, syok, putus asa, marah, cemas, dan depresi. Selain itu melalui dukungan spiritual yang baik akan mampu meningkatkan kualitas hidup pasien dan membantu keluarga dalam menghilangkan rasa takut dengan keadaan salah satu keluarganya

yang sedang terbaring sakit dan tidak sadarkan diri. Kebutuhan spiritual juga bertujuan untuk mempertahankan atau membalikan keyakinan dan untuk mendapatkan manfaat atau pengampunan, mencintai, menjalani hubungan penuh rasa percaya dengan tuhan. Kebutuhan spiritual sebagai bagian dari kebutuhan manusia secara utuh hanya dapat dipenuhi apa bila perawat dibekali dengan kemampuan diberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan aspek spiritual sebagai bagian dari kebutuhan pasien sebagai makhluk hidup yang utuh dan unik. Keluarga juga dapat memberikan keyakinan pada pasien bahwa penyakit yang diderita bukan merupakan suatu hukuman atau siksaan yang diberikan Tuhan melainkan suatu cobaan untuk menguji keimanan dan ketabahan. Dukungan spiritual keluarga berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita menghadapi proses pengobatan penyakitnya (Tuti, 2015).



## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

((Tomm et al., 2017), (Christine., 2010), (Martsolf & Mickley, 1998, dalam Kozier & Erb's, 2007), (Setiadi, 2007), (Misgiyanto & Susilawati, 2014), (Sriyono, 2019, (Tuti, 2015), Balboni dkk (2013) )

## C. Hipotesis

Menurut Sugiyono (2016), hipotesis diartikan sebagai jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Berdasarkan studi keputusan peneliti mengajukan hipotesis sebagai berikut.

Ha : Ada hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.

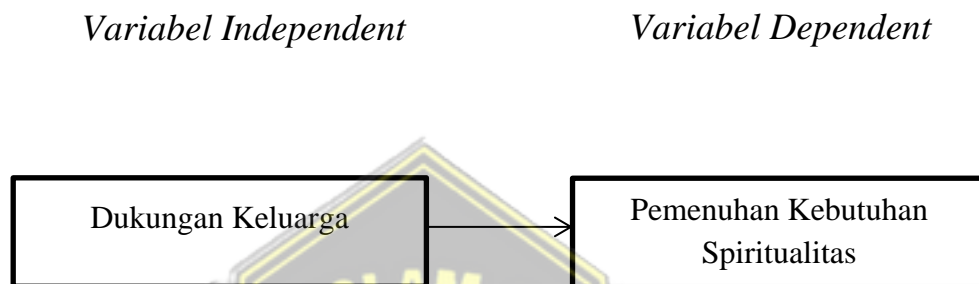
Ho : Tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.



### BAB III

#### METODE PENELITIAN

##### A. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

##### B. Variabel Penelitian

###### 1. Variabel *Independent* (Bebas)

*Variabel independen* adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel dependen (terikat), (Sugiono, 2019:16). Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah Dukungan Keluarga

###### 2. Variabel *Dependent* (Terikat)

Menurut Sugiyono (2019:39) variabel dependen sering disebut sebagai variabel output, kriteria dan konsekuen. Dalam bahasa Indonesia sering disebut sebagai variabel terikat. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas.



Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas.

### **C. Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Desain penelitian menentukan jenis uji statistik yang akan digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2016) Pada penelitian ini bertujuan memecahkan masalah, mengidentifikasi dan menganalisa berkaitan dengan hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke.

Dilihat dari tujuan tersebut desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini ialah desain penelitian Survey analitik dengan rancangan analitik *cross sectional*. Desain penelitian cross-sectional adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali (Sugiyono, 2016)..

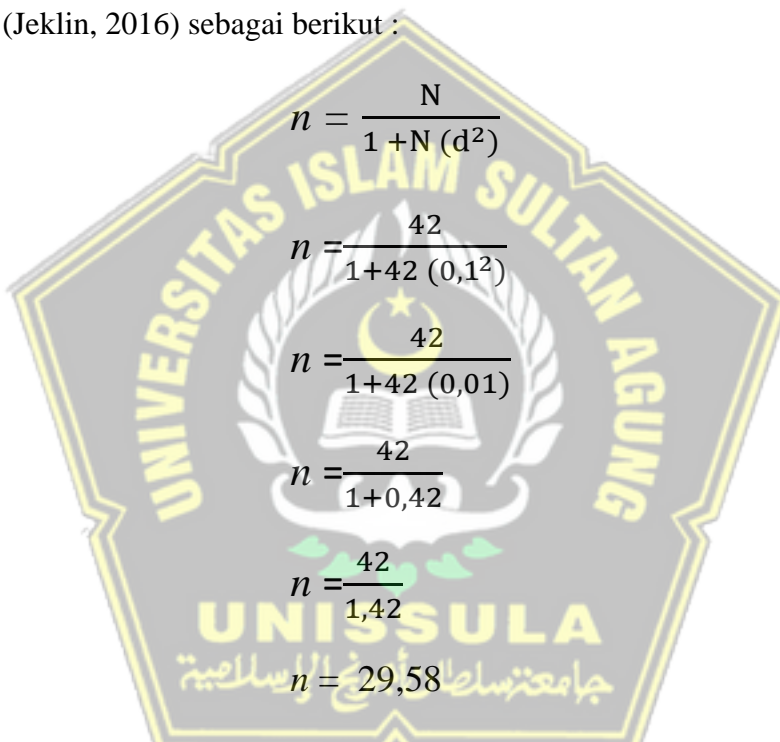
### **D. Populasi dan sampel**

#### **1. Pengertian Populasi**

Populasi adalah keseluruhan jumlah obyek atau subyek yang mempunyai karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah pasien stroke iskemik yang terdata menjalani rawat jalan dan rawat inap di Ruang Na'im Rumah Sakit Islam Banjarbaru yang berdasar data ada sebanyak 42 orang.

## 2. Pengertian Sampel

Sampel adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang dianggap mewakili keseluruhan populasi (Notoatmodjo, 2010). Karena tidak semua populasi memenuhi kriteria inklusi sampel, maka agar proporsional besar sampel penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus *Slovin* dengan batas kesalahan yang ditetapkan 10% atau 0,1 (Jeklin, 2016) sebagai berikut :


$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$
$$n = \frac{42}{1 + 42 (0,1^2)}$$
$$n = \frac{42}{1 + 42 (0,01)}$$
$$n = \frac{42}{1 + 0,42}$$
$$n = \frac{42}{1,42}$$
$$n = 29,58$$

Angka ini apabila dibulatkan keatas menjadi 30 orang

Keterangan :

n : Jumlah Sampel

N : Jumlah Populasi

d : Tingkat Kepercayaan 90% = 0,1

Kriteria inklusi sampel yaitu :

a. Pasien dapat membaca dan menulis

- b. pasien bisa berkomunikasi dengan baik.
- c. Bersedia menjadi responden

### 3. Teknik Sampling

Menurut Sugiyono (2013) Teknik *sampling* adalah teknik atau cara pengambilan sampel yang akan digunakan dalam penelitian. Teknik penentuan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling*, atau teknik penentuan sampel secara bertujuan yaitu sampel yang diambil adalah pasien di ruang Na'im yang memenuhi syarat inklusi sebanyak 30 pasien.

#### E. Tempat dan waktu penelitian

##### 1. Tempat Penelitian

Penelitian ini di lakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru ruang Na'im.

##### 2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini di lakukan pada 15 April sampai 10 Mei 2024.

#### F. Definisi Operasional dan definisi Istilah

**Tabel 3.1 Definisi Operasional**

Variable Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dukungan Keluarga	Sebuah proses yang terjadi sepanjang kehidupan, dalam semua	kuesioner	Kuesioner FNQ ( <i>Family Needs Questionnaire</i> )  Kuesioner baku FSS (Family	Hasil penelitian dengan nilai tertinggi 52 dan nilai terendah 13  Kategori : 1: Tidak mendapat	Ordinal

	tahap siklus kehidupan dukungan keluarga membuat keluarga mampu berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal untuk meningkatkan kesehatan dan adaptasi keluarga dalam kehidupan.		Sport Scale) yang dikembangkan oleh Uddin, M.A., Bhuiyan Terdiri dari 13 pernyataan Skor Selalu :4 Sering :3 Kadang-Kadang :2 Tidak Pernah :1	dukungan keluarga, jika skor 13-26 2: Mendapat dukungan keluarga jika skor 27-52	
Pemenuhan Kebutuhan Spiritual	kebutuhan spiritual manusia yaitu: arti dan tujuan hidup, perasaan misteri, pengabdian, rasa percaya dan harapan di waktu kesusahan (Hawari, 2002).	Kuesioner	Kuesioner Teori Karakteristik Spiritual Siregar (2015) Skor Ya =1 Tidak = 0	Hasil penelitian dengan nilai tertinggi 30 dan nilai terendah 0 Kategori : 1: Kebutuhan Spiritualitas tidak terpenuhi jika skor 0-15 2: kebutuhan spiritualitas terpenuhi jika skor 16-30	Ordinal

## G. Instrumen / Alat Pengumpulan Data

### a. Instrument Penelitian

Menurut Arikunto (2000:134) pada (Rusadi Ibnu, 2015) instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Alat yang digunakan

pada penelitian ini yaitu berbentuk kuesioner. Kuesioner terdiri dari sejumlah pertanyaan yang digunakan untuk mendapatkan informasi dari responden. Instrument penelitian ini terdiri dari:

1) Lembar observasi

Lembar observasi yang terdiri dari data responden meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, lama menderita stroke, penyakit penyerta. Data ini merupakan data yang dapat membantu untuk mengetahui latar belakang dari responden.

- 2) Koesioner Penelitian ini menggunakan kuesioner FNQ (Family Needs Questionnaire) untuk mengetahui dukungan keluarga pada pasien stroke oleh Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia Volume 9 No 1 Hal 143 - 152, Februari 2021, e-ISSN 2655-8106, p-ISSN2338-2090 FIKKes Universitas Muhammadiyah Semarang bekerjasama dengan PPNI Jawa Tengah 147 Kreutzer dan Marwitz yang diterjemahkan oleh Chung (Tsai et al., 2015). Kuesioner ini terdiri dari 43 pertanyaan kebutuhan dan dukungan. Kebutuhan Informasi kesehatan terdiri dari 13 soal, dukungan komunitas terdiri 4 soal, dukungan professional terdiri 4 soal, dukungan instrumental terdiri dari 9 soal, dukungan emosional terdiri dari 8 soal dan dukungan keterlibatan dalam perawatan terdiri dari 5 soal. Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas yang hasilnya 43 pertanyaan dinyatakan valid  $r$  hitung antara 0,6325- 0,9046 dengan  $r$  tabel

0,632 dan dinyatakan reliabilitas dengan nilai Cronbach sebesar 0,94.

- 3) Kuesioner baku FSS (Family Sport Scale) yang dikembangkan oleh Uddin, M.A., Bhuiyan kuesioner dukungan keluarga terdapat pada pernyataan nomor 20 yakni “saya puas dengan dukungan keluarga” dengan jumlah responden sebanyak 291 (74,8%) responden.

#### **H. Metode pengumpulan data**

Metode pengumpulan data adalah suatu metode yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data penelitian dengan menyebarkan kuesioner sebagai instrumen penelitian yang akan diteliti.

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Peneliti menerima surat penelitian dari pihak akademik, mengajukan permohonan izin penelitian dan proposal penelitian untuk dilaksanakannya penelitian.
2. Peneliti menemui pasien yang akan menjadi responden dan memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan peneliti untuk melakukan penelitian ini. Setelah calon responden setuju, calon responden diminta untuk tanda tangan disurat persetujuan untuk menjadi responden.
3. Kuesioner diberikan kepada pasien selaku responden dalam penelitian.
4. Peneliti mendampingi responden dalam mengisi lembar kuesioner yang telah diberikan.

5. Setelah lembar kuesioner sudah diisi dengan lengkap dan benar oleh responden, kuesioner dikembalikan kepada peneliti untuk dilakukan analisa data.

## I. Rencana analisis data

### 1. Pengolahan data

Langkah yang dilakukan setelah data sudah terkumpul adalah melakukan pengolahan data, proses pengolahan data yaitu:

#### a. Pemeriksaan (*editing*)

Kuesioner yang telah diberikan kepada responden diperiksa data hasil dari jawabannya selanjutnya dilakukan pengoreksian apakah sudah terjawab lengkap atau belum. Proses ini dilakukan dilapangan sehingga jika terdapat kekurangan atau ketidaksesuaian dapat segera dilengkapi. Peneliti dapat melakukan proses ini setelah menerima kuesioner yang telah terisi lengkap oleh responden.

#### b. Koding (*coding*)

Pada proses ini yaitu memberikan kode angka atau numerik untuk property pada variable pada kuesioner terhadap jawaban responden agar mempermudah dilakukannya pengolahan data.

##### 1) Dukungan keluarga

- (a) jika skor jawaban kuesioner 13-26 maka masuk kategori tidak mendapat dukungan keluarga diberi kode 1.

(b) jika skor jawaban kuesioner 27-52 maka masuk kategori mendapat dukungan keluarga diberi kode 2

2) Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas

(a) jika skor jawaban kuesioner 0-15 maka masuk kategori kebutuhan spiritualitas tidak terpenuhi diberi kode 1.

(b) jika skor jawaban kuesioner 16-30 maka masuk kategori kebutuhan spiritualitas terpenuhi diberi kode 2

c. Pengolahan (*processing*)

Pada proses ini dilakukan dengan memasukkan data jawaban dari masing- masing responden kedalam software dalam bentuk kode yang selanjutnya akan dilakukannya pengolahan data dengan menggunakan aplikasi dikomputer.

d. Tabulasi (*tabulating*)

Proses ini dilakukan dengan cara menghitung data dari setiap jawaban responden yang telah diberikan kode angka yang selanjutnya dimasukkan kedalam table.

e. Pembersihan data (*cleaning*)

Pada tahap ini peneliti melakukan pengecekan kembali data dari responden yang sudah selesai dimasukkan, cek data lengkap dan tidak terdapat kesalahan selanjutnya dilakukan koreksi.

2. Cara Analisis Data

a. Analisis Univariat



Analisis ini menggambarkan karakteristik masing-masing variabel yang di teliti dengan menggunakan distribusi frekuensi dan persentase dari tiap-tiap variabel, yaitu variabel dukungan keluarga dan variabel pemenuhan kebutuhan spiritualitas. Data di tam pilkan dalam bentuk tabel dan narasi.

Analisis univariat dapat dihitung dengan rumus :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase

f = Jumlah jawaban benar

n = Jumlah jika semua benar

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan bertujuan melihat ada atau tidaknya hubungan variabel Nilai keperawatan dengan Caring Islami. Penelitian ini menggunakan komputerisasi SPSS (*Statistic Produt Servis*). Sebelum dilakukan analisa data bivariat terlebih dahulu melakukan uji kolmogorov smirnov dan didapatkan data tidak normal. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square*.

Analisis menggunakan tabulasi silang yang bertujuan untuk mengetahui hubungan dan sejauh mana kualitas hubungan antara variabel independent dengan variabel dependent dengan uji statistik yang digunakan adalah *Chi-Square* ( $x^2$ ) dan jika tidak

memenuhi syarat, maka menggunakan *Fisher's Exact Test*. Nilai kepercayaan yang dipakai dalam uji statistik adalah 95% dengan nilai kemaknaan  $\alpha$  (0,05).

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

$$X^2 = \frac{\sum (O-E)^2}{E}$$

Keterangan

$X^2 = Chi-Square$

O = Frekuensi yang diperoleh berdasarkan data

E = Frekuensi yang diharapkan

Syarat atau aturan uji *Chi-Square* :

- 1) Bila pada 2 x 2 dijumpai nilai *Expected* (harapan) kurang dari 5, maka yang digunakan adalah *Fisher's Exact Test*.
- 2) Bila pada 2 x 2 tidak ada nilai  $E < 5$ , maka yang digunakan sebaiknya *Continuity Correction*.
- 3) Bila tabelnya lebih dari 2 x 2, misalnya 3 x 2 sebagainya, maka gunakan uji Person *Chi-Square*. Jika terdapat nilai *Expected* < 5 lebih dari 20% maka pakai uji *Kolmogorov Smirnov*.
- 4) Uji *Likelihood Ratio* dan *Linear-by-Linear Association*, biasanya digunakan untuk keperluan lebih spesifik misalnya analisis stratifikasi pada bidang epidemiologi dan juga mengetahui hubungan linear dua variabel kategori sehingga kedua jenis ini jarang digunakan.

Untuk menyimpulkan hasil uji statistik sebagai berikut :

- 1) Jika  $p \leq \alpha$  (0,05) maka  $H_0$  ditolak berarti ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.
  - 2) Jika  $p > \alpha$  0,05 maka  $H_0$  diterima berarti tidak ada hubungan antara variabel terikat dengan variabel terikat.
- c. Uji Koefisien Determinasi ( $R^2$ )

Koefisien Determinasi ( $R^2$ ) digunakan untuk mengetahui seberapa jauh kemampuan suatu model penelitian dalam menjelaskan variasi variabel dependen yang ada. Dengan demikian akan diketahui seberapa besar variabel dependen dapat diterangkan oleh variabel independen yang ada. Nilai yang mendekati angka 1 berarti variabel independen hampir atau mampu memberikan informasi yang dibutuhkan untuk memprediksi variasi dependen (Ghozali, 2017:154).

**Tabel 3.2**  
**Tabulasi interpretasi nilai R**

No	Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
1	0,800 – 1,000	Sangat Kuat
2	0,600 – 0,799	Kuat
3	0,400 – 0,599	Sedang
4	0,200 – 0,399	Rendah
5	0,000 – 0,199	Sangat Rendah

Sumber : Ghozali, 2017

## J. Etika penelitian

Dalam melakukan penelitian, penulis harus memperhatikan aspek etika, antara lain:

Secara umum, ada tiga standar etika yang berlaku untuk penelitian dan pengumpulan data: konsep manfaat, prinsip menghormati hak subjek,

dan prinsip keadilan (Sumartawan, 2019).

**1. *Informed Consent* (lembar persetujuan)**

Persetujuan antra peneliti dengan responden, yang ditandai dengan lembar persetujuan yang ditandatangani oleh responden sebagai bukti bahwa responden telah setuju untuk terlibat dalam penelitian. Lembar persetujuan diberikan sebelum penelitian dilakukan sebelum responden mengerti maksud juga tujuan dari penelitian tersebut. Namun apabila responden menolak, maka peneliti tidak dapat memaksa serta tetap menghargai responden.

**2. *Anonimity* (tanpa nama)**

Dalam penelitian ini untuk menjaga privasi responden tidak perlu mencantumkan nama lengkap saat mengisi kuesioner dan hanya mencantumkan inisial huruf depan saja. Peneliti tidak akan mencantumkan nama responden hanya inisial.

**3. *Confidentiality* (kerahasiaan)**

Menjamin sebuah kerahasiaan dari hasil penelitian dan juga data responden tidak akan disebar.

**4. Prinsip manfaat**

- a. Tanpa menyebabkan subjek menderita merupakan hal yang harus dilakukan dalam penelitian, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.
- b. Tanpa melakukan tindakan eksploitasi partisipasi subjek dalam penelitian serta harus menghindarkan dari keadaan yang

tidak menguntungkan. Subjek harus menyakini bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun.

- c. Risiko (benefits ratio) peneliti harus hati-hati dalam mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

#### 5. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

- a. Hak bersedia/menolak untuk menjadi responden (*right to self determination*) Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan ketersediannya, tanpa adanya sanksi apa pun atau akan berakibat terhadap pekerjaannya jika seorang menjadi klien.
- b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*) Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.
- c. Informed consent Subjek Penelitian harus dilakukan tanpa menghasilkan isu, terutama jika menggunakan metodologi baru (Lasmana, 2021).

#### 6. Prinsip keadilan (*right to justice*)

- a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*) Jika ternyata subjek tidak mau berpartisipasi dalam

penelitian atau ditarik darinya, mereka harus diperlakukan dengan baik selama dan setelah keterlibatan mereka dalam penelitian tanpa penderitaan.

- b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*) Subjek memiliki hak untuk meminta agar informasi yang diberikan dirahasiakan; untuk melakukan ini, anonimitas dan kerahasiaan diperlukan (*confidentiality*) (Lasmana, 2021).



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### A. Pengantar Bab

Pada Bab ini diuraikan hasil dan pembahasan mengenai pengaruh pemberian video edukasi diet Stroke terhadap pengetahuan diet Pasien Stroke di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru. Proses pengumpulan data dilaksanakan pada tanggal 2 sampai 12 Agustus Tahun 2024 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru dengan jumlah responden penelitian ini adalah 30 orang pasien stroke dan keluarganya.

#### B. Analisis Univariat

##### 1. Karakteristik Responden

###### a. Data Demografi untuk Pasien

Tabel 4.1 Karakteristik Pasien berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Agama, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Pendapatan, Lama menderita Stroke dan Hubungan keluarga dengan pasien

Variabel	N	%
<b>Umur</b>		
12 tahun-25 tahun	-	-
26 tahun-45 tahun	4	13.33%
46 tahun-65 tahun	21	70.00%
> 65 Tahun	5	16.67%
<b>Total</b>	30	100%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	11	36.67%
Perempuan	19	63.33%

<b>Total</b>	30	100%
Agama		
Islam	29	96.67%
Protestan	1	3.33%
Budha	-	-
Katolik	-	-
Hindu	-	-
<b>Total</b>	30	100%
<b>Pendidikan Terakhir</b>		
Tidak sekolah	-	-
SD	2	6.67%
<b>SMP/Sederajat</b>	5	16.67%
SMA/ Sederajat	22	73.33%
Perguruan Tinggi	2	6.67%
<b>Total</b>	30	100%
<b>Pekerjaan</b>		
Tidak Bekerja	5	16.67%
Pensiunan	3	10.00%
PNS	4	13.33%
Petani	2	6.67%
Wiraswsta	2	6.67%
Ibu Rumah Tangga	14	46.67%
<b>Total</b>	30	100%
<b>Pendapatan</b>		
< 1.000.000	9	30.00%
1.000.000-2.000.000	4	13,33%
2.000.000-4.000.000	15	50%
> 4.000.000	2	6.67%
<b>Total</b>	30	100%
<b>Lama pasien menderita penyakit stroke</b>		
<1 Bulan	8	26.67%
1 bulan-5 bulan	11	36.67%
5 bulan-1 tahun	5	16.67%
1 Tahun – 2 tahun	4	13.33%



>2 Tahun	2	6.67%
<b>Total</b>	30	100%
<b>Hubungan pasien dengan keluarga</b>		
pasien		
Suami/istri	10	33.33%
anak	11	36,67%
saudara	9	30.00%
orang tua	-	-
<b>Total</b>	30	100%

Berdasarkan Table 4.1, jumlah responden yang masuk pada kategori umur 26 tahun-45 tahun sebanyak 4 responden (13,33%) dan jumlah responden yang masuk pada kategori umur 46 tahun-65 tahun sebanyak 21 orang (70%) dan pada kategori umur > 65 tahun sebanyak 5 orang (16,67%), sehingga dapat disimpulkan mayoritas umur pasien adalah berumur 46 sampai 65 tahun.

Pada kategori jenis kelamin laki-laki sebanyak 11 responden (36,67%) dan jumlah responden yang masuk pada kategori jenis kelamin perempuan sebanyak 19 responden (86,67%), sehingga dapat disimpulkan mayoritas jenis kelamin pasien adalah perempuan.

Pada kategori Agama, sebanyak 29 responden (96,67%) dan jumlah responden yang beragama protestan sebanyak 1 responden (3,33%), sehingga dapat disimpulkan mayoritas agama pasien yang menunggui pasien adalah beragama Islam.

Pada kategori Pendidikan terakhir, sebanyak 2 responden (6,67%) mempunyai pendidikan terakhir SD, sebanyak 5 responden (16,67%)

mempunyai pendidikan terakhir SMP/Derajat, kemudian sebanyak 22 responden (73,33%) mempunyai pendidikan terakhir SMA/Sederajat dan sebanyak 2 responden (6,67%) berpendidikan Perguruan tinggi.

Pada kategori Pekerjaan, sebanyak 5 responden (16,67%) tidak bekerja, kemudian sebanyak 3 responden (10%) mempunyai pekerjaan pensiunan, kemudian sebanyak 4 responden (13,33%) mempunyai pekerjaan PNS dan sebanyak 2 responden (6,67%) sebagai petani, sebanyak 2 responden (6,67%) sebagai wiraswasta dan Ibu Rumah Tangga sebanyak 14 responden (46,67%), sehingga dapat disimpulkan mayoritas pekerjaan keluarga yang membantu pasien saat dirawat adalah Ibu rumah tangga.

Pada kategori Pendapatan, sebanyak 9 responden (30%) memiliki pendapatan < 1.000.000, sebanyak 4 responden (13,33%), memiliki pendapatan 1.000.000-2.000.000, sebanyak 15 responden (50%) memiliki pendapatan 2.000.000-4.000.000 dan sebanyak 2 responden (6,67%) memiliki pendapatan > 4.000.000, sehingga dapat disimpulkan mayoritas pasien memiliki pendapatan sebesar Rp.2.000.000- Rp.4.000.000.

Pada kategori lama pasien menderita penyakit stroke sebanyak 8 orang (26,67%) menderita stroke kurang dari 1 bulan, sebanyak 11 responden (36,67%) menderita stroke 1 bulan sampai 1 tahun, sebanyak 4 responden (13,33%) menderita stroke 1 Tahun – 2 tahun, sebanyak 2 responden (6,67%) menderita stroke lebih dari 2 tahun, dapat disimpulkan yang paling banyak adalah terkena stroke antara 1 bulan sampai 5 bulan.

Pada kategori Hubungan keluarga dengan pasien, sebanyak 10 orang pasien (33,33%) merupakan suami/istri pasien, sebanyak 11 responden (36,67%) merupakan anak pasien, sebanyak 9 responden (10%) merupakan saudara, sehingga dapat disimpulkan pasien yang paling banyak adalah yang di tunggu atau dirawat oleh anaknya.

**b. Dukungan Keluarga**

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi jawaban responden variabel Dukungan Keluarga

<b>Dukungan Keluarga</b>	n	%
Tidak Mendukung	20	66,7%
Mendukung	10	33,3%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa keluarga yang tidak mendukung sebanyak 20 responden (66,7%) sedangkan yang mendukung sebanyak 10 responden (33,3%), sehingga dapat disimpulkan bahwa dukungan keluarga yang paling banyak adalah tidak mendukung.

### c. Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi jawaban responden variabel Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas

<b>Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tidak Terpenuhi	16	53,3%
Terpenuhi	14	46,7%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Berdasarkan tabel 4.3 dapat diketahui bahwa pemenuhan kebutuhan spiritualitas yang tidak terpenuhi sebanyak 16 responden (53,3%) sedangkan yang terpenuhi sebanyak 14 responden (46,7%), sehingga dapat disimpulkan bahwa Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas yang paling banyak adalah tidak terpenuhi.

### C. Analisis Bivariat

Analisis hubungan dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru menggunakan Uji Chi Square dengan hasil sebagai berikut :

#### 1. Uji Chi Square

Tabel 4.4. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas

<b>Variabel Penelitian</b>	<b>N</b>	<b>p-value</b>	<b>R</b>
Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas	30	0,008	0,472

Dari tabel 4.4 diperoleh nilai *significancy* 0,008 yang menunjukkan jika korelasi antara Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas adalah bermakna. Nilai korelasi (R) sebesar 0,472 menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang, artinya Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru memiliki hubungan dilihat dari nilai p value 0,008 dengan koefisien korelasi R 0,472, kategori sedang dengan arah hubungan positif. Yaitu semakin baik Dukungan Keluarga maka semakin baik pula Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas pasiennya.

## 2. Tabulasi Silang (*Crosstab*)

Tabel 4.5 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas

No.	Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas	Dukungan Keluarga				Total	
		Tidak Mendukung		Mendukung		N	%
		n	%	n	%		
1	Tidak Terpenuhi	14	87.50	2	12.50	16	53,33
2	Terpenuhi	6	42.86	8	57.14	14	46,66
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>66.67</b>	<b>10</b>	<b>33.33</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4.5 menunjukkan bahwa jumlah pasien yang pemenuhan kebutuhan spiritualitas tidak terpenuhi sebanyak 16 responden (53,33%) dengan pasien yang tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 14 responden (87,50%) dan yang mendapat dukungan sebanyak 2 responden

(12,50%) sedangkan untuk pemenuhan kebutuhan spiritualitas terpenuhi sebanyak 14 responden (46,66%) dengan keluarga yang tidak mendukung sebanyak 6 responden (42,86%) dan yang mendukung sebanyak 8 responden (57,14%). berdasarkan hasil tersebut dapat diketahui bahwa pasien yang paling banyak adalah pasien yang pemenuhan kebutuhan spiritualitasnya tidak terpenuhi yang tidak mendapat dukungan keluarga.



## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengantar Bab**

Ada beberapa karakteristik respon yang dapat dikaitkan dengan diri kita, seperti Umur, Jenis Kelamin, Agama, Pendidikan Terakhir, Pekerjaan, Pendapatan, Lama menderita Stroke dan Hubungan keluarga dengan pasien hasil analisis univariat. Adapun hasil pembahasannya sebagai hasil dari hal tersebut:

#### **B. Interpretasi dan diskusi hasil**

##### **1. Karakteristik responden**

###### **a. Umur**

Berdasarkan penelitian didapatkan responden yang paling dominan adalah dengan umur 46 tahun-65 tahun.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Kristiyawati (2008) bahwa analisis hubungan antara umur dengan kejadian stroke menunjukkan bahwa responden yang berusia  $\geq 55$  tahun sejumlah 38 orang (61,3%) faktor risikonya diketahui sebelum terkena serangan stroke dan sebanyak 24 orang (38,7%) faktor risikonya saat terjadi serangan stroke.

Umur adalah usia suatu individu dihitung sejak tanggal dilahirkan hingga waktu sekarang, dimana kematangan seseorang dalam berpikir dilihat dari semakin cukupnya usia individu. Proses perkembangan mental dalam berpikir seiring berjalannya usia memiliki perbedaan pada usia muda

dan usia lanjut usia, sehingga dengan bertambahnya usia suatu individu mempengaruhi daya ingatnya (Nursalam, (2001), Singgih, (1998) dan Abu Ahmadi (2001) dalam Hanifah, (2010)). Oleh karena itu, umur yang lebih tua cenderung mengalami penurunan kualitas daya ingat, khususnya dalam perawatan diri dalam menjaga kesehatannya.

Berdasarkan penelitian Bariroh, et al., (2016)., kelompok umur yang memiliki kualitas hidup yang buruk pada penderita stroke yaitu pada kelompok umur lansia ( $\geq 55$  tahun), dikarenakan berkurangnya elastisitas pembuluh darah sehingga terdapat penumpukan plak pada pembuluh darah. Umur merupakan sebuah satuan dalam bentuk waktu untuk melihat keberadaan suatu makhluk hidup. Pada penelitian tentang kualitas hidup pasien pascastroke menunjukkan bahwa salah satu faktor yang memiliki hubungan dengan kualitas hidup pasien adalah umur. Hal ini menunjukkan bahwa umur merupakan salah satu variabel yang harus diteliti lebih lanjut kaitannya dengan kualitas hidup (Rahmi, 2014 dalam Creamona, 2017).

Berdasarkan pembagiannya, umur atau usia dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu usia tua atau lansia dan usia muda atau produktif.

#### 1) Usia Lanjut Usia atau Tua

Usia lanjut adalah suatu keadaan makhluk hidup yang telah mengalami penuaan dari segi ukuran dan fungsi tubuh disertai kemunduran diri seiring berjalannya waktu. (WHO, 2009). Manusia sudah pasti akan masuk ke dalam kategori lansia atau mengalami penuaan hingga



penurunan fungsi dan produktivitas jika dikaruniai umur yang panjang, namun proses penuaan dapat dihambat kejadiannya. Berdasarkan kelompok pembagian usia menurut WHO, membagi menjadi empat kelompok, yaitu (Bandiyah, 2009)

- a) usia pertengahan (middle age) yaitu kelompok usia 45-49 tahun,
- b) lanjut usia (elderly) yaitu kelompok umur 60-74 tahun,
- c) lanjut usia tua yaitu kelompok umur 75-90 tahun
- d) usia sangat tua atau di atas 90 tahun

## 2) Usia produktif atau muda

Dalam penggolongan usia pada penduduk terbagi menjadi beberapa kelompok, salah satunya yaitu kelompok usia produktif. Kelompok usia produktif adalah penduduk yang termasuk dalam rentang kelompok umur 15-64 tahun dan dianggap memiliki kemampuan untuk melakukan aktivitas yang menghasilkan sebuah barang berupa jasa ataupun produk. Singkatnya, manusia pada kelompok usia produktif dapat melakukan sebuah pekerjaan. Sebaliknya jika telah lebih dari 64 tahun, maka termasuk dalam kelompok usia non-produktif atau lanjut usia (Sukmaningrum dan Imron, 2017).

b. Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang dominan adalah dengan jenis kelamin perempuan.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Dewi (2023) bahwa keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU dominan perempuan sebanyak 47 responden. Perempuan cenderung terdiri dari sifat keibuan, telaten, perhatian, akibatnya, pasien cenderung lebih nyaman ketika dipamerkan oleh orang yang berbeda. (Sugimin, 2017). Namun demikian, kegiatan ini mengungkapkan dirinya sebagai sarana perawatan pribadi bagi anggotanya untuk memberikan tingkat kesehatan yang sehat dan beragam. Orang yang berbeda selama ini dapat diharapkan dan dengancara yang lebih efisien, serta memiliki risiko yang konstruktif. (Sahrah, 2012).

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Kristiyawati (2008) bahwa analisis hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian stroke menunjukkan responden yang berjenis kelamin perempuan sebanyak 31 orang (54,4%) faktor risikonya diketahui sebelum terkena serangan stroke dan 26 orang (45,6%) timbulnya faktor risiko saat terjadi serangan stroke. Sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki 15 orang (53,6%) faktor risikonya sebelum serangan stroke dan 13 orang (46,4%) faktor risikonya saat terjadi serangan stroke. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p$  value = 0,000, maka dapat disimpulkan ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kejadian stroke.

Gender atau jenis kelamin adalah perbedaan kedudukan yaitu laki-laki dan perempuan yang dibedakan berdasarkan alat reproduksi yang dimiliki secara anatomi dan biologi, sehingga biasanya diistilahkan dengan istilah seks atau sex (Mubarak, 2009 dalam Aguswina Butar-Butar, 2013). Hungu dalam menyebutkan bahwa jenis kelamin merupakan perbedaan secara biologis antara laki-laki dan perempuan, yaitu laki-laki yang memproduksi sperma dan perempuan memproduksi sel telur, sehingga dengan adanya fungsi tersebut memberikan perbedaan antara laki-laki dan perempuan (Aguswina Butar-Butar, 2013).

Definisi jenis kelamin lainnya yaitu perbedaan yang ditinjau dari sisi biologis, yaitu laki-laki yang memproduksi sperma dan perempuan memproduksi sel telur serta memiliki kemampuan untuk mengandung (hamil), menstruasi, dan menyusui sehingga kedua jenis kelamin tersebut dibedakan berdasarkan kemampuannya dan tidak dapat dipertukarkan satu sama lain (Hungu, 2007 dalam Creamona, 2017)

#### c. Agama

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang dominan adalah memiliki agama, karena merupakan rumah sakit islam maka sebanyak 29 pasien (96,67%) memeluk agama Islam.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitain Rosyada (2023) bahwa agama responden yang menunggu dan merawat pasien yaitu dengan keseluruhan 83 responden beragama islam. Ilmu agama bermanfaat bagi Anda

dan juga orang lain karena mendukung proses penyembuhan untuk diri sendiri maupun orang lain.

Menurut penelitian Dewi (2023), perasaan damai dan tenang dapat membantu meningkatkan perawatan pasien di ICU tanpa mempengaruhi kondisi pasien. Selain menggunakan keyakinan spiritual atau agama, penyakit tidak hanya menggunakan obat saja. Pasien di unit perawatan intensif (ICU) tidak memiliki diagnosis fisiologis, begitu pula psikologis. Psikologi adalah cara yang baik untuk membantu orang mengatasi stres, kecemasan, dan emosi negatif lainnya. Terapi spiritual atau agama dapat membantu seseorang memahami dirinya sendiri dan belajar lebih banyak tentang Tuhan di hari-hari berikutnya. Islam mengajarkan bahwa jika seseorang terluka dan kesulitan mendapatkan pertolongan, ia akan mendapatkannya dari Allah SWT. (Puspidalia, 2015).

Hasil ini juga sesuai dengan penelitian Rosyada (2023) didapatkan terdapat hubungan antara kebutuhan spiritual dengan kualitas hidup pasien lansia dengan nilai p value sebesar 0,000 ( $<0,05$ ). Pada penelitian ini didapatkan 42 responden (100%) memiliki kebutuhan spiritual yang baik, hal ini dikarenakan responden berjenis kelamin perempuan aktif dalam pengajian Muslimat yang dilakukan setiap minggunya dan responden yang berjenis kelamin laki-laki rutin beribadah di masjid melaksanakan sholat subuh. Data diatas sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan adanya hubungan antara kebutuhan spiritual dengan kualitas hidup lansia,

kemudian pemenuhan kebutuhan spiritual melalui kegiatan yang lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta dengan beribadah, membaca Al-Qur'an, dan menjalin hubungan yang baik dengan sesama manusia dan lingkungan secara signifikan dapat meningkatkan kualitas hidup para pasien lansia.

#### d. Pendidikan Terakhir

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien yang dominan adalah memilikipendidikan terakhir SMA/Sederajat.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Dewi (2023) bahwa tingkat pendidikan untuk sebagian besar responden adalah SMA/SMK sebanyak 37 orang, tingkat pendidikan responden dapat berpengaruh pada pemahaman akan kemampuan berfikir dimana faktor terpenting yang mempengaruhi produktivitas adalah pendidikan. Dalam hal memberikan bantuan kepada pasien dan keluarga pasien, pendidikan berkelanjutan adalah salah satu langkah terpenting.( Saputra 2015). Pengetahuan keluargahanyalah sebagian kecil dari keseluruhan pengetahuan mereka, tetapi mereka masih perlu mempelajari informasi dan memanfaatkan pengetahuan yang mereka peroleh dengan baik. Tujuan pendidikan adalah memaksimalkan potensi manusia melalui pengajaran dan penguasaan.

Penelitian yang dilakukan oleh Ningtyas (2013), Menurut penelitian, pendidikan merupakan faktor yang signifikan dalam pengembangan harga diri, dan kesadaran diri, dengan SMA mampu melakukan kesadaran diri sendiri. Kemajuan pendidikan siswa akan dipengaruhi oleh tindakan. Ketika

seseorang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi, mereka perlu belajar dengan cara tertentu dan mempelajari informasi yang relevan. (Yunitasari 2012).

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian kristiyawati (2008) bahwa analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian stroke menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan responden cukup bervariasi. Hal ini dibuktikan dengan data yang diperoleh yaitu responden yang faktor risikonya muncul sebelum terkena serangan stroke dan responden yang faktor risikonya muncul saat serangan stroke tidak hanya berpendidikan tinggi namun juga berpendidikan menengah dan dasar. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,077$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kejadian stroke.

Pendidikan adalah upaya pemberian kegiatan pembelajaran kepada masyarakat terkait dengan teori dan praktik dalam pemecahan masalah dan meningkatkan kesehatannya yang didasarkan pada pengetahuan melalui proses pembelajaran sehingga dapat ditanamkan baik-baik di dalam diri individu (Notoatmodjo, 2010).

Tingkat pendidikan adalah tahap pendidikan berkelanjutan yang diklasifikasikan berdasarkan jenjang perkembangan peserta didik serta tingkat kesulitan dan kompleksitas bahan atau materi yang diajarkan di segala tingkatan pendidikan. (Ihsan, 2006).

#### e. Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan pasien yang dominan adalah ibu rumah tangga.

Berdasarkan hasil penelitian Rosyada (2023) penelitian didapatkan hasil pekerjaan responden yang menjaga pasien di ruang ICU yang paling dominan adalah Ibu Rumah Tangga sebanyak 21 orang. Hasil ini disebabkan Ibu Rumah Tangga saat ini tugasnya sangat berat, karena selain mengurus anak dan kebersihan rumah terkadang masih memikirkan penggunaan uang belanja yang terbatas namun semua tugas harus diselesaikan setiap hari tanpa mendapat upah apalagi kalau ibu rumah tangga yang single parent selain tidak ada teman atau keluarga atau suami yang memmberikan bantuan finansial menyebabkan dirinya harus mencari pekerjaan yang bisa mendapatkan uang untuk keperluan dan sekolah anaknya.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian kristiyawati (2008), bahwa analisis hubungan antara pekerjaan dengan kejadian stroke menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga, dan pekerja seperti wiraswasta dan pegawai negeri. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,087$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kejadian stroke.

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS), status pekerjaan adalah jenis kedudukan seseorang dalam melakukan pekerjaan di perusahaan atau unit kerja. Molai pada tahun 2001 menyebutkan bahwa status pekerjaan terbagi menjadi 7 kategori, yaitu (BPS, 2020) : 1) Berusaha sendiri, 2) Berusaha

dibantu buruh tidak tetap/buruh tak dibayar, 3) Berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar, 4) Buruh/karyawan/pegawai, 5) Pekerja bebas di pertanian, 6) Majikan, 7) Pekerja bebas di nonpertanian dan 8) Pekerja keluarga/tak dibayar

f. Pendapatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendapatan pasien yang dominan adalah Rp.2.000.000- Rp.4.000.000 atau pendapatan seseorang yang bekerja.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian kristiyawati (2008) bahwa analisis hubungan antara sosial ekonomi dengan kejadian stroke menunjukkan bahwa responden yang memiliki sosial ekonomi cukup yang faktor risikonya terjadi sebelum terkena serangan stroke dan faktor risiko saat terjadi serangan stroke jumlahnya hampir sama yaitu 32 orang (52,5%) dan 29 orang (47,5%). Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,061$  maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang signifikan antara sosial ekonomi dengan kejadian stroke.

g. Lama Pasien menderita Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Lama Pasien menderita Stroke yang paling dominan adalah 1 bulan sampai 5 bulan.

Lama menderita yaitu seseorang terkena penyakit dihitung dari kali pertama terkena penyakit hingga saat ini. Pasien yang menderita stroke memiliki waktu yang bervariasi mengenai lama menderita penyakit stroke.



Lama menderita penyakit stroke juga mempengaruhi kondisi pasien dalam menerima keadaan sakitnya serta pengalaman yang telah didapatkan semasa terkena sakit hingga pulih dibandingkan dengan pasien yang baru terdiagnosis penyakit dalam kurun waktu yang pendek (Hayulita, Sari dan Depresi, 2014).

Lama merawat merupakan keseluruhan waktu yang digunakan keluarga untuk merawat penderita stroke. Keluarga yang merawat penderita stroke dikatakan sebagai caregiver atau pengasuh utama saat minimal telah merawat penderita stroke selama 4 bulan (Gertrude et al., 2019). Penyakit stroke membutuhkan waktu perawatan yang cukup lama, paling banyak antara 1-5 tahun. Durasi lama merawat dikategorikan berdasar dua komponen utama, yaitu jumlah jam dalam memberikan perawatan harian, serta yang kedua adalah total merawat yang dihitung dalam minggu, bulan, ataupun tahun.

Perawatan yang diberikan pada penderita stroke bersifat kontinu dan akan diberikan secara terus menerus. Tidak jarang seseorang harus memiliki kemampuan ganda selain sebagai keluarga yang merawat, tetapi juga tetap menjalankan tugas pokoknya sebagai individu. Hal-hal tersebut dapat menjadikan beban bagi keluarga yang merawat penderita stroke (Badaru et al., 2019).

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara lama merawat dengan sikap keluarga dalam merawat penderita

stroke. Hal ini sesuai dengan hipotesis yang ditetapkan peneliti bahwa terdapat hubungan antara lama merawat dengan sikap keluarga dalam merawat penderita stroke. Diketahui responden yang merawat selama <1 tahun mayoritas sebesar 87,5 % memiliki sikap positif dan hanya 12,5 % yang bersikap negatif. Responden yang merawat dalam kurun waktu 1 sampai 5 tahun menunjukkan 55,0% memiliki sikap positif dan 45,0% memiliki sikap negatif. Sedangkan keseluruhan responden yang merawat >5 tahun seluruhnya memiliki sikap negatif. Merawat penderita stroke akan menyita waktu seseorang dalam setiap harinya, dan berlangsung cukup lama. Apabila seseorang mulai merasa lelah karena banyak menghabiskan waktunya untuk orang lain, akan memungkinkan untuk mempengaruhi keadaan dalam diri seseorang dan menimbulkan beban (Badaru et al., 2019).

Beban yang dirasakan keluarga yang merawat dipengaruhi oleh rasa kelelahan, masalah lain yang timbul, dan strategi adaptasi penerimaan diri dalam dirinya. Durasi merawat yang panjang memerlukan pembagian beban agar tidak menimbulkan beban berat pada salah satu keluarga yang merawat (Gbiri et al., 2015). Beban sendiri merupakan salah satu aspek yang mempengaruhi emosional seseorang, saat seseorang merasakan beban hal itu akan berpengaruh pada kondisi emosionalnya yang akan menurun. Saat keadaan emosional seseorang tersebut terganggu, maka akan berpengaruh pula pada sikap yang terbentuk di dalam dirinya (Azwar, 2011) (Karp & Tanarugsachock, 2000).

h. Status Hubungan Pasien dengan keluarga

Hasil penelitian Dewi (2023) menunjukkan bahwa dari 83 responden, mayoritas merupakan mayoritas, menurut temuan penelitian adalah istri/suami sebanyak 37 orang. Peran keluarga dilayani oleh suami dan istri dengan cara masing-masing. Sebagai anggota keluarga pemimpin, Suami melakukan tugas-tugas seperti nafkah, pelindung, dan memberikan rasa nyaman pada setiap anggota keluarga, serta pengurus rumah tangga, dan pengasuh.

Ini berfungsi sebagai sistem perlindungan diri bagi individu. Selama waktu ini, orang-orang yang tidak terlalu tertarik dengan informasi dan kemungkinan besar mereka akan dapat mengingat orang-orang dan hal-hal yang mereka lewatkan. Satu lagi contoh saling percaya yang bisa menjadi hubungan yang baik berbeda dengan sebelumnya, dan selanjutnya, tidak ada. (Pradana 2014).

f. Lama Perawatan

Didapat kan hasil responden yang telah menjalani perawatan selama 6 hari. Perawatan pasien di ICU paling terpendek yaitu hanya 2 haridan perawatan terpanjang yaitu 20 hari. Unit perawatan intensif (ICU) adalah sistem yang dirancang untuk mengobati penyakit. Unit perawatan intensif (ICU) digunakan untuk merawat pasien yang sakit parah yang membutuhkan perhatian medis untuk pulih. Dokter spesialis, dokter jaga, dan perawat jawab dapat bertahan hingga 24 jam di ICU. Untuk mengidentifikasi orang

yang lebih tahu tentang kondisi tersebut tersebut, selang untuk pasien akan disambungkan ke berbagai alat kesehatan melalui selang dan kabel.(Hadisman 2019).

h. Agama

Berdasarkan hasil penelitian di dapatkan agama responden yang menunggu pasien yaitu dengan keseluruhan 83 responden beragama islam. Ilmu agama bermanfaat bagi Anda dan juga orang lain karena mendukung proses penyembuhan untuk diri sendiri maupun orang lain. Perasaan damai dan tenang dapat membantu meningkatkan perawatan pasien di ICU tanpa mempengaruhi kondisi pasien. Selain menggunakan keyakinan spiritual atau agama, penyakit tidak hanya menggunakan obat saja. Pasien di unit perawatan intensif (ICU) tidak memiliki diagnosis fisiologis, begitu pula psikologis. Psikologi adalah cara yang baik untuk membantu orang mengatasi stres, kecemasan, dan emosi negatif lainnya. Terapi spiritual atau agama dapat membantu seseorang memahami dirinya sendiri dan belajar lebih banyak tentang Tuhan di hari-hari berikutnya. Islam mengajarkan bahwa jika seseorang terluka dan kesulitan mendapatkan pertolongan, ia akan mendapatkannya dari Allah SWT. (Puspitalia, 2015).

i. Dukungan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan spiritual

Berdasarkan hasil dukungan keluarga kepada pasien yaitu baik sebanyak 57 orang. Yang dimaksud dengan "dukungan keluarga" adalah suatu pelayanan yang diberikan oleh suatu keluarga kepada seorang ang-

gota keluarga. Karena pelayanan ini diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga, maka disebut dukungan keluarga karena diberikan oleh keluarga kepada anggota keluarga kepada anggota keluarga. (Helnilawati, 2013). Sistem pendukung dapat diturunkan dari pengembangan spiritual. Pasien (ICU) mengalami kebangkitan spiritual yang bukan bagian dari proses perawatan pasien. Jangkauan spiritual ini terdiri dari tiga kategori: upaya yang dilakukan, harapan, dan lingkungan waktu ibadah. (Alfi Rusdianti 2019).

Tujuannya adalah untuk mempromosikan spiritualitas pada orang-orang, seperti berbagi informasi pribadi dengan orang lain, melindungi privasi seseorang, dan mengizinkan teman dan keluarga untuk berkomunikasi satu sama lain. (Young & Koopsen, 2005). Hasilnya, ia dapat berfungsi sebagai tanda spiritual dengan memberikan dukungan emosional, mendorong orang lain untuk melakukan perbuatan baik, menginspirasi mereka untuk melakukan perbuatan baik, dan memotivasi mereka untuk melakukan perbuatan baik. Itu juga dapat berfungsi sebagai sauh rohani dengan memperkuat hubungan ketika mereka membutuhkannya. Perkembangan spiritual seseorang dapat memotivasi mereka untuk mengejar tujuan yang berhubungan dengan ibadah sesuai dengan prinsip-prinsip utama.

Keluarga merupakan kesatuan unit yang terdiri dari banyak orang yang terbentuk melalui perkawinan, ikatan darah, tindakan adopsi, dan sebagainya (APA Dictionary dalam Istifarani (2016)). Dukungan keluarga

adalah segala bentuk dukungan yaitu emosional, informasional, instrumental dan segala sikap dan tindakan suatu keluarga dalam menerima anggota keluarganya (Friedman, 2010). Munarsih juga mendefinisikan bahwa dukungan keluarga adalah pemberian dukungan berupa bantuan pertolongan kepada anggota keluarga yang membutuhkan sebagai sikap, tindakan dan penerimaan anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merupakan bagian yang takkan terpisahkan di dalam lingkup keluarga (Murniasih dan Rahmawati, 2007).

Dukungan keluarga dinilai menjadi sumber pertolongan bagi pasien yang sangat praktis dalam mendukung masa perawatan pasien. Orang yang telah mengalami stroke atau pasca stroke umumnya mengalami gangguan fungsional pada anggota gerak tubuh sehingga mengharuskan untuk rehabilitasi, sehingga membutuhkan bantuan keluarga di sekitarnya. Oleh karena itu, dengan adanya dukungan keluarga pada pasien pasca stroke selama melakukan terapi atau rehabilitasi dapat membantu percepatan proses perawatan sehingga penderita stroke akan lebih mandiri dalam melakukan aktivitas (Karunia, 2016).

Bentuk dukungan keluarga berupa rasa kasih sayang kepada pasien stroke sehingga dapat memberi motivasi dan semangat kepada pasien, memberitahu kondisi terkini terkait penyakitnya dan cara memulihkan serta biaya yang diperlukan, waktu dan tenaga pengobatan dan perawatan anggota keluarga yang sakit (Yenni, 2011).

Dukungan keluarga juga merupakan salah satu faktor yang berisiko terhadap kualitas hidup penderita hipertensi, yang mana hipertensi merupakan salah satu faktor risiko utama penyebab stroke, dan memiliki keterkaitan satu sama lain (Yunus, Maria dan Russeng, 2018).

### **C. Keterbatasan penelitian**

Penelitian ini keterbatasannya yaitu waktu pengambilan data tidak bisa dilakukan setiap hari, bahkan jika setiap hari keluarga yang sama seperti hari sebelumnya. Sehingga dengan keterbatasan waktu pengambilan dilakukan seminggu sekali dan membutuhkan waktu sekitar 1 bulan lebih untuk membagikan kuesioner, kepada keluarga pasien di ruang Na'im sebanyak 30 responden. Sebelum mengambil data juga melakukan pengajuan uji etik dan surat peneliti kurang lebih 2 minggu, untuk melaksanakan tugas tersebut, saya menggunakan waktu yang cukup lama, kemudian Penelitian hanya dilakukan di ruang Na'im sehingga hasil tidak dapat mengidentifikasi secara umum dan menyeluruh di Ruang lainnya dan teknik yang digunakan dalam pengambilan terbatas dalam bentuk kuesioner (angket) dengan subjektifitas responen sehingga kejujuran responden adalah kunci pokok dalam kebenaran diri responden.

### **D. Implikasi**

Pentingnya dukungan keluarga memenuhi kebutuhan spiritual pasien stroke yang dirawat di Ruang Na'im guna merawat, memperingatkan dan membimbing pada pasien, motivasi pasien mengenai amalan spiritual pasien dapat menghasilkan pengetahuan, tujuan, dan harapan dalam hidup.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian bahwa responden yang paling dominan adalah yang masuk dalam kategori pemenuhan kebutuhan spiritualitas yang tidak terpenuhi sebanyak 16 responden (53,33%) dengan pasien yang tidak mendapat dukungan keluarga sebanyak 14 responden (87,50%) dan yang mendapat dukungan sebanyak 2 responden (12,50%). Berdasarkan hasil uji nilai *Pvalue* ( $0,008 < 0,05$ ) dengan nilai korelasi spearman sebesar 0,472 yang menunjukkan bahwa arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang, sehingga  $H_1$  diterima dan  $H_0$  ditolak yang artinya terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien stroke di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru.

#### B. Saran

Saran adalah suatu pendapat atau anjuran mengenai suatu masalah supaya menjadi hal yang baik sehingga berdasarkan hasil dari kesimpulan yang didapatkan dari penyusunan skripsi ini, peneliti menyampaikan saran sebagai berikut :

##### 1. Bagi Insitusi (Rumah Sakit)

Pihak Rumah Sakit Islam Sultan Agung Banjarbaru tetap mempertahankan dan meningkatkan nilai-nilai Islami dalam penerapan asuhan



keperawatannya dalam pemenuhan kebutuhan spiritualitas pasien sehingga dapat meningkatkan motivasi pasien untuk dapat bertahan dirawat hingga sembuh.

## 2. Bagi Perawat

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi perawat dan manajemen rumah sakit agar dapat meningkatkan kemampuan dalam memberikan atau memenuhi kebutuhan spiritual pasien sehingga dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

## 3. Peneliti lain

Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya dilakukan penelitian dengan variabel lain diluar penelitian ini yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien



## DAFTAR PUSTAKA

- Dewi Nur'aini, R. (2020). Penerapan Metode Studi Kasus Yin Dalam Penelitian Arsitektur Dan Perilaku. In *92 INERSIA* (Vol. 1).
- Dewi, Rahma Tiara. (2023) .*Gambaran Dukungan Keluarga dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien di intensive care unit*. Program Studi Ilmu Keperawatan Univeristas Sultan Agung Semarang. Fakultas ilmu keperawatan universitas indonesia
- Komunikasi Hasil Pemikiran dan Penelitian, J., Zilfah Adnan, I., & Andika Eka Putra, D. (2015). Pengaruh Majalah Indonesia Gemstone Terhadap Opini Publik Tentang Batu Akik. *Jurnal Komunikasi*, 2.
- Kristiyawati, Sri Puguh (2008). *Analisis faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian stroke di rumah sakit panti wilasa citarum semarang*. Program pascasarjana kekhususan keperawatan medikal bedah
- Rosyada, Y. A., Faizin, C., & Noviasari, N. A. (2023). Hubungan Dukungan Keluarga dan Kebutuhan Spiritual dengan Kualitas Hidup Pasien Lansia. *Muhammadiyah Journal of Geriatric*, 4(1), 73. <https://doi.org/10.24853/mujg.4.1.73-80>
- Setiari, T. D., & Sudjud, R. W. (n.d.). *Sindroma Guillain-Barre dengan Hospital Acquired Pneumonia di Unit Perawatan Intensif*.
- Subekti, K. E., & Dewi, S. (n.d.). Dukungan keluarga berhubungan dengan tingkat kualitas hidup lansia. In *JKJ: Persatuan Perawat Nasional Indonesia* (Vol. 10).
- Utomo, W., Sarjana Keperawatan, P., Keperawatan, F., Riau Jalan Pattimura No, U., & Pekanbaru Riau Kode, G. G. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas Pada Pasien Stroke: *Literature Review Open Acces. Jurnal Medika Hutama*, 04(01). <http://jurnalmedikahutama.com>
- Utomo, W., Sarjana Keperawatan, P., Keperawatan, F., Riau Jalan Pattimura No, U., & Pekanbaru Riau Kode, G. G. (2022). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas Pada Pasien Stroke: *Literature Review Open Acces. Jurnal Medika Hutama*, 04(01). <http://jurnalmedikahutama.com>

Wardhani, I. O., & Martini, S. (n.d.). *Hubungan Antara Karakteristik Pasien Stroke Dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi The Relationship between Stroke Patients Characteristics and Family Support with Compliance Rehabilitation.*

Yassir Amrina Rosyada, Chamim Faizin, Nina Anggraeni Noviasari, 2023. *Hubungan Dukungan Keluarga dan Kebutuhan Spiritual dengan Kualitas Hidup Pasien Lansia.* Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Semarang, Indonesia

