



**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE YANG MENGALAMI  
GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

**Skripsi**

**Untuk memenuhi persyaratan mencapai Sarjana Keperawatan**

Oleh :

**Angelita Hardiyanti Rukmana**

**NIM 30902100026**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2025**

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, Januari 2025

Mengetahui,  
Wakil Dekan I

Peneliti,

  
Dr. Hi. Sri Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep.Mat  
NIDN. 06-0906-7504

  
Angella Rizkiyana Kurniana  
NIM 30902100026

**UNISSULA**

جامعة سلطان أبو جوح الإسلامية

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Skripsi berjudul :  
**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE YANG MENGALAMI  
GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Angelita Hardiyanti Rukmana

NIM : 30902100026

Telah disahkan dan disetujui oleh pembimbing pada :

Pembimbing I,

Tanggal : 20 Januari 2025



Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.Kep.MB  
NIDN. 0627083403

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:  
**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN  
KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE YANG MENGALAMI  
GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

Disusun Oleh:

Nama : Angelita Hardiyanti Rukmana  
NIM : 30902100026

Telah dipertahankan di depan dewan penguji tanggal 22 Januari 2025 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Penguji I,

  
Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyani, M.Kep., Sp.KMB  
NIDN. 0602037603

Penguji II,

  
Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep., Sp.KMB  
NIDN. 0627088403

Mengetahui  
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

  
Dr. Iwan Ardian, S.KM., S.Kep., M.Kep  
NIDN. 06-2208-7403

**PROGAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
Skripsi, Januari 2025

### **ABSTRAK**

Angelita Hardiyanti Rukmana

#### **HUBUNGAN ANTARA TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN STROKE YANG MENGALAMI GANGGUAN MOBILITAS FISIK**

77 hal +9 tabel+xiii+7 lampiran

**Latar Belakang:** Stroke merupakan salah satu penyebab utama kecacatan di dunia, dengan dampak signifikan pada kualitas hidup pasien. Selain gangguan fisik dan kognitif, kebutuhan spiritual pasien stroke menjadi salah satu aspek penting yang sering diabaikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi hubungan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di RSI Sultan Agung, Semarang.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan korelasional. Sebanyak 88 responden dipilih melalui teknik simple random sampling. Tingkat spiritualitas diukur menggunakan **Daily Spiritual Experience Scale (DSES)**, sedangkan kualitas hidup dinilai menggunakan **WHOQOL-BREF**. Analisis data dilakukan menggunakan uji Korelasi Spearman.

**Hasil:** Mayoritas responden memiliki tingkat spiritualitas sedang (44,32%) dan kualitas hidup baik (31,82%). Analisis menunjukkan tidak ada hubungan signifikan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke (koefisien korelasi = 0,134;  $p = 0,212$ ).

**Simpulan:** Penelitian ini mengindikasikan bahwa tingkat spiritualitas tidak memiliki hubungan signifikan dengan kualitas hidup pasien stroke. Namun, pendekatan holistik yang melibatkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual tetap diperlukan untuk meningkatkan kesejahteraan pasien.

**Kata Kunci:** Stroke, kualitas hidup, tingkat spiritualitas, gangguan mobilitas fisik, WHOQOL-BREF, DSES.

**Daftar Pustaka :** 44 ( 2018-2024)

**NURSING STUDY PROGRAM**  
**FACULTY OF NURSING**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
*Thesis, Januari 2024*

### **ABSTRACT**

*Angelita Hardiyanti Rukmana*

**RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUALITY LEVEL AND QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENTS WITH PHYSICAL MOBILITY IMPAIRMENT**

*77 pages +9 tables+xiii+7 appendices*

**Background:** Stroke is one of the leading causes of disability in the world, with a significant impact on the quality of life of patients. In addition to physical and cognitive disorders, the spiritual needs of stroke patients are an important aspect that is often overlooked. This study aims to begin the relationship between the level of spirituality and quality of life of stroke patients with physical mobility disorders at RSI Sultan Agung, Semarang.

**Method:** This study used a quantitative descriptive design with a correlational approach. A total of 88 respondents were selected through a simple random sampling technique. The level of spirituality was measured using the Daily Spiritual Experience Scale (DSES), while quality of life was measured using the WHOQOL-BREF. Data analysis was carried out using the Spearman Correlation test.

**Results:** most respondents had a moderate level of spirituality (44.32%) and good quality of life (31.82%). The analysis showed no significant relationship between the level of spirituality and the quality of life of stroke patients (correlation coefficient = 0.091;  $p = 0.397$ ).

**Conclusion:** This study shows that the level of spirituality has no significant relationship with the quality of life of stroke patients. However, a holistic approach involving physical, psychological, social, and spiritual aspects is still needed to improve patient welfare.

**Keywords:** Stroke, quality of life, level of spirituality, impaired physical mobility, WHOQOL-BREF, DSES.

**Bibliography:** 44 (2018-2024)

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb.

Segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan antara Tingkat Spiritualitas Dengan Kualitas Hidup Pasien Stroke Yang Mengalami Gangguan Mobilitas Fisik ” dengan baik. Shalawat serta salam senantiasa dilimpahkan kepada junjungan kita, Nabi Muhammad SAW. Dalam penyusunan penelitian ini, penulis menyadari sepenuhnya bahwa penulis telah banyak memperoleh bimbingan dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak, sehingga penyusunan skripsi ini dapat diselesaikan sesuai dengan apa yang penulis rencanakan. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH.,M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Dr. Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang
3. Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyarningsih, M.Kep., Sp.KMB selaku Kaprodi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak Ns. Mohammad Arifin Noor, M.Kep.,Sp.Kep.MB selaku pembimbing yang telah dengan sabar meluangkan waktu dan tenaganya dalam memberikan bimbingan, ilmu dan saran yang sangat berharga dalam penyusunan skripsi ini.

5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Akademika Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis selama menempuh studi
6. Untuk Bapak dan Ibu tercinta, terima kasih atas segala doa yang tak pernah putus, cinta yang tulus, kasih sayang yang hangat, serta semangat dan perhatian yang selalu kalian berikan. Kalian adalah alasan utama aku mampu berdiri hingga di titik ini. Tanpa kalian, perjalanan ini takkan pernah terasa seindah ini.
7. Untuk teman-teman tercinta, anak-anak hebat yang penuh semangat, semoga kita bisa menggapai semua cita-cita yang kita impikan. Terima kasih kepada Kak Alfina yang selalu bersedia direpotkan dan menjadi tempatku berbagi cerita, serta untuk semua teman yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, yang tak henti-hentinya saling mendoakan, membantu, mendukung, dan menyemangati. Perjalanan ini terasa lebih ringan karena kalian selalu ada untuk berjuang bersama.
8. Untuk biasku tercinta, Lee Haechan, Mark Lee, Yoon Keeho, serta semua bias lainnya yang tidak dapat saya sebutkan satu per satu, terima kasih telah menjadi penyemangat dalam perjalanan ini. Kehadiran kalian, baik dalam suka maupun duka, selalu memberikan hiburan dan motivasi yang begitu berarti. Kalian adalah cahaya kecil yang membuat hari-hari saya lebih cerah.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu atas segala dukungan, semangat, ilmu dan pengalaman yang diberikan.

Penulis menyadari bahwa ulasan ini masih jauh dari sempurna saat ditulis, oleh karena itu kritik dan saran diharapkan guna mencapai hasil yang lebih baik. Semoga ulasan ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan dapat menambah wawasan pembaca pada umumnya.

Semarang, 22 Januari 2025

Penulis,



Angelita Hardiyanti Rukmana

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PERSETUJUAN.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
ABSTRAK .....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
1. Bagi Pasien .....	6
2. Bagi Peneliti .....	6
3. Bagi Rumah Sakit.....	6
4. Bagi Perawat.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	7
A. Tinjauan Teori .....	7
1. Kualitas Hidup.....	7
2. Kesehatan Jasmani .....	8
3. Psikologis .....	9
4. Tingkat kemandirian.....	10
5. Hubungan Sosial .....	11
6. Lingkungan.....	11
7. Spiritualitas.....	11
8. Factor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup.....	11

9. Gambaran Kualitas Hidup.....	13
B. Stroke.....	13
1. Definisi Stroke.....	13
2. Etiologi.....	14
3. Aneurisma Intrakranial.....	15
4. Klasifikasi.....	16
5. Manifestasi klinis.....	16
6. Patofisiologi.....	17
C. Gangguan Mobilitas Fisik.....	18
1. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik.....	18
2. Etiologi.....	19
3. Jenis Mobilitas.....	20
4. Factor yang mempengaruhi Mobilitas.....	21
5. Manifestasi Klinis.....	22
D. Tingkat Spiritualitas.....	23
1. Spiritualitas.....	23
2. Karakteristik Spiritualitas.....	23
3. Aspek Spiritualitas.....	24
4. Tingkatan Spiritualitas.....	25
5. Spiritualitas penderita Stroke.....	27
E. Kerangka Teori.....	29
F. Hipotesis.....	30
BAB III METODE PENELITIAN.....	31
A. Kerangka Konsep.....	31
B. Jenis dan Desain Penelitian.....	31
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	32
D. Teknik <i>Sampling</i> .....	32
E. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian.....	33
1. Sampel.....	33
F. Tempat dan waktu penelitian.....	35
1. Tempat.....	35
2. Waktu.....	35
G. Definisi Operasional.....	35
H. Instrumen Penelitian.....	36

1. Kuesioner karakteristik responden .....	36
2. Kuesioner tingkat spiritual <i>Daily Spiritual Experience Scale (DSES)</i> pada pasien stroke.....	36
3. Kuesioner WHOQOL-BREF pada pasien stroke .....	36
I. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	37
1. Uji Validitas .....	37
2. Uji Reliabilitas.....	38
J. Metode Pengumpulan Data .....	38
1. Tahap Persiapan .....	38
2. Tahap pelaksanaan .....	39
K. Analisa Data .....	39
1. Pengolahan Data.....	39
2. Analisa Data.....	40
L. Etika Penelitian.....	41
BAB IV HASIL PENELITIAN .....	43
A. Analisa Univariat.....	43
1. Karakteristik responden.....	43
2. Variabel penelitian .....	46
B. Analisa Bivariat .....	46
BAB V PEMBAHASAN .....	48
A. Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	48
1. Hasil karakteristik responden .....	48
2. Hasil univariat .....	56
3. Hasil Bivariat.....	61
B. Implikasi untuk keperawatan.....	63
BAB VI PENUTUP .....	65
A. Kesimpulan.....	65
B. Saran .....	65
DAFTAR PUSTAKA .....	67
LAMPIRAN.....	74

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional .....	35
Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober – Desember 2024 (n=88).....	43
Tabel 4.2 Distribusi frekuensi lama menderita stroke pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober-Desember 2024 (n=88).....	44
Tabel 4.3 Distribusi frekuensi jenis kelamin responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan oktober -desember tahun 2024 (n=88).....	44
Tabel 4.4 Distribusi pendidikan terakhir responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada Oktober – Desember tahun 2024 (n=88).....	44
Tabel 4.4 Distribusi frekuensi pekerjaan responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober-Desember tahun 2024 (n=88).....	45
Tabel 4.5 distribusi frekuensi berdasarkan tingkat spiritualitas di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober – Deseber tahun 2024 (n=88).....	46
Tabel 4.7 distribusi frekuensi berdasarkan tingkat spiritualitas di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober – Deseber tahun 2024 (n=88).....	46

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka Teori.....	29
Gambar 3.1. Kerangka Konsep.....	31



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Permohonan Responden
- Lampiran 2. Persetujuan Menjadi Responde
- Lampiran 3. Surat Permohonan Izin Survey
- Lampiran 4. Surat Balasan Izin Survei
- Lampiran 5. Kuesioner
- Lampiran 6. Hasil olah data dengan SPSS
- Lampiran 7. Jadwal penelitian



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Stroke mempengaruhi kualitas hidup pasien (*Quality of Life*). karena berkaitan dengan konsekuensi kognitif, fisik dan fungsional seperti keterbatasan gerakan, gangguan bahasa dan depresi. Meskipun stroke menyebabkan gangguan fungsional yang luas, metode penilaian obyektif sering gagal untuk menilai secara subyektif dampak gangguan tersebut terhadap kualitas hidup kesehatan.

Stroke bukanlah penyakit menular karena kasusnya terus meningkat. Berdasarkan data survei Kesehatan Dasar tahun 2020, prevalensi penderita darah tinggi sebesar 37% pada penduduk berusia 15 tahun ke atas. Sesuai PMK Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal, indikasi setiap pasien darah tinggi berbeda-beda. Pelayanan kesehatan sudah memenuhi standar. Jika dilihat berdasarkan jenis kelamin, jumlah penduduk yang menerima pelayanan kesehatan penderita hipertensi pada tahun 2022 adalah perempuan, jumlah ini lebih banyak 161.877 (56%) dibandingkan laki-laki yang berjumlah 129.033 jiwa. (44%) (Dinkes Kota Semarang, 2022).

Permasalahan yang muncul di Indonesia adalah kelangkaan diagnosis faktor risiko stroke dan kurangnya kesadaran untuk munculnya gejala stroke. Penelitian menunjukkan hal itu berbagai faktor risiko stroke (misalnya: tekanan darah tinggi dan kadar kolesterol tekanan darah tinggi)

tidak dikenali dan tidak diobati menurut. Penderita stroke seringkali tidak menyadari faktor risikonya yang mengikutinya.

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung dan kanker, serta menjadi penyebab utama kecacatan. Di Indonesia, stroke menduduki peringkat pertama penyebab kematian di rumah sakit (Riskesdas, 2013). Data WHO (2011) menunjukkan stroke dan penyakit tidak menular lainnya menyumbang 63% dari total kematian global.

Survey di RSI Sultan Agung Semarang menemukan prevalensi hipertensi dengan gangguan mobilitas fisik 21,43%, stroke ringan 42,86%, dan prehipertensi 35,71%. Pasien stroke sering mengalami penurunan kualitas hidup, yang dapat ditingkatkan melalui pendekatan spiritualitas, mencakup hubungan dengan diri sendiri, orang lain, dan Tuhan.

Didefinisikan oleh konferensi konsensus internasional untuk menghasilkan definisi spiritualitas yang disepakati melalui studi Delphi, spiritualitas adalah cara seseorang mencari dan mengungkapkan makna dan tujuan serta mengalami keterhubungan dengan momen, diri sendiri, orang lain, alam, dan apa yang penting atau penting. suci; Spiritualitas diungkapkan melalui keyakinan, praktik, nilai-nilai dan tradisi. Orang yang menghadapi penyakit stadium lanjut memiliki kebutuhan spiritual yang meningkat sehingga memerlukan perawatan spiritual, sebuah dimensi perawatan paliatif. Pelayanan dan dukungan spiritual sering kali dilaporkan sebagai dimensi yang paling diabaikan. Kebutuhan rohani sama pentingnya dengan kebutuhan materi bagi manusia.

Lebih khusus lagi, kebutuhan Rohani: mencakup makna dan tujuan hidup, serta kepatuhan pada keyakinan, nilai, praktik, dan tradisi yang mendukung kesejahteraan. Kesehatan rohani menjadi landasan penting yang menyatukan dimensi fisik, mental, dan sosial dalam menghadapi penyakit. Strategi adaptasi keagamaan membantu meningkatkan spiritualitas, menjaga harga diri, memberikan makna hidup, serta menciptakan kenyamanan dan harapan psikologis (Suyanto et al., 2022).

Mobilitas adalah faktor esensial dalam penilaian kesehatan dan asuhan keperawatan, terutama bagi individu dengan keterbatasan gerak (Abdu dkk., 2022). Mobilitas fisik adalah kemampuan bergerak bebas untuk mencapai tujuan, baik secara mandiri maupun dengan bantuan. Gangguan mobilitas ditandai oleh kelemahan otot, kekakuan sendi, dan keterbatasan gerak, yang dapat disebabkan oleh kelemahan fisik, kekakuan, atau masalah psikologis. Penanganan mencakup penyesuaian posisi, latihan rentang gerak, dan penggunaan alat bantu seperti kursi roda atau gips..

Mobilitas dalam keperawatan merujuk pada kemampuan pasien untuk bergerak secara mandiri atau dengan bantuan peralatan melintasi berbagai lingkungan, mulai dari rumah hingga ke wilayah yang lebih luas. Mobilisasi dini pada pasien stroke menjadi elemen penting rehabilitasi untuk mencegah komplikasi akibat imobilitas. Aktivitas ini mencakup duduk, berdiri, dan berjalan yang dilakukan segera setelah stroke, beberapa kali sehari, guna meningkatkan keterampilan fungsional dan mengurangi risiko luka tekan (Ahnaf Dwi Cahyani, 2023).

Spiritualitas berperan penting bagi penderita stroke untuk menerima kondisi mereka, mengambil hikmah, bersabar, berpikir positif, serta meningkatkan kedekatan dengan Tuhan. Menurut Mahdalena dkk. (2015), perawat memiliki peran dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien stroke, seperti memberikan bahan bacaan spiritual, melibatkan tokoh agama, serta memfasilitasi meditasi dan doa untuk mendukung pemulihan pasien. (Kusnadi, 2020).

#### **B. Rumusan Masalah**

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi hubungan antara spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di poli rawat jalan Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2024/20. Kualitas hidup pasien stroke seringkali dipengaruhi oleh hambatan fisik, psikologis, sosial, serta faktor-faktor seperti tekanan darah tinggi dan mobilitas yang terganggu.

Spiritualitas, yang mencakup pencarian makna hidup dan keterhubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan yang sakral, berperan penting dalam mendukung coping adaptif pasien. Kesehatan spiritual dapat menyatukan dimensi fisik, mental, dan sosial, sehingga mendukung pemulihan dan kesejahteraan pasien. Namun, kebutuhan spiritual sering diabaikan dalam pelayanan kesehatan. Penelitian menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual, termasuk dukungan psikoterapi keagamaan, dapat membantu pasien menerima kondisi mereka, berpikir positif, dan memiliki sikap optimis dalam menghadapi penyakit.

Mobilisasi fisik juga menjadi faktor penting dalam meningkatkan fungsi tubuh dan mencegah komplikasi pasca-stroke. Mobilisasi dini, seperti duduk, berdiri, dan berjalan, dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mendorong kemandirian dan mengurangi risiko akibat imobilitas.

Berdasarkan paparan di atas, penelitian ini berupaya menjawab apakah terdapat hubungan yang signifikan antara spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan Tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pasien stroke yang mengalami mobilitas fisik.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui karakteristik Responden.
- b. Mengetahui tingkat spiritualitas pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.
- c. Mengetahui Kualitas Hidup pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.
- d. Menganalisis keeratan hubungan tingkat spiritualitas dengan Kualitas Hidup pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.

**Commented [L1]:** Mau menggunakan QOL ATAU KUALITAS HIDUP?

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Bagi Pasien**

Penelitian ini mengkaji faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien stroke, termasuk kaitan antara gangguan mobilitas fisik dan spiritualitas, untuk meningkatkan perhatian pada aspek ini dalam perawatan.

### **2. Bagi Peneliti**

Penelitian ini menyoroti pentingnya spiritualitas dan mobilitas dalam kualitas hidup pasien stroke serta menjadi dasar bagi pengembangan intervensi perawatan dan penelitian lanjutan.

### **3. Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini menyediakan informasi untuk perencanaan perawatan holistik pasien stroke dengan menekankan aspek spiritual dan mobilitas guna meningkatkan kualitas hidup.

### **4. Bagi Perawat**

Penelitian ini dapat memberikan pemahaman tentang pentingnya evaluasi spiritualitas dan mobilitas dalam perencanaan asuhan keperawatan pasien stroke, untuk mendukung perawatan yang lebih komprehensif dan terpadu.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Kualitas Hidup**

###### **a. Definisi Kualitas Hidup**

Kualitas hidup adalah kemampuan individu untuk menjalani kehidupan sesuai dengan tujuan, harapan, dan standar pribadi yang mencerminkan persepsi individu terhadap kesejahteraan mereka. Konsep ini melibatkan interaksi antara komponen makro seperti pendapatan, pekerjaan, perumahan, pendidikan, dan kondisi lingkungan, serta komponen mikro yang mencakup persepsi pribadi, pengalaman hidup, nilai-nilai, kebahagiaan, dan kepuasan hidup. Kualitas hidup sering diukur menggunakan SF-36 Health Survey, yang menilai delapan dimensi utama: fungsi fisik, peran fisik, nyeri tubuh, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental. Dimensi-dimensi tersebut dikelompokkan menjadi dua komponen utama, yaitu kesehatan fisik (PCS) dan kesehatan mental (MCS), dengan skor lebih tinggi mencerminkan kualitas hidup yang lebih baik. Pengukuran ini juga melibatkan evaluasi status kesehatan individu dalam setahun terakhir untuk memberikan gambaran menyeluruh tentang kesejahteraan fisik dan mental. (Liu dkk., 2023)

Kualitas hidup terkait Kesehatan pasca-stroke menjadi isu penting, dengan kualitas hidup pasien lebih baik pada mereka yang menerima rehabilitasi tambahan di rumah sakit dibandingkan hanya rawat inap. Empat domain SIS meningkat, sementara skor EQ-5D menurun signifikan setelah 12 bulan tindak lanjut pada pasien dengan rehabilitasi tambahan. (Rancic *et al.*, 2020)

b. Domain Kualitas Hidup

Struktur WHOQOL-100 mencakup enam domain kualitas hidup dan 24 aspek penting yang diidentifikasi oleh para ahli. Penilaian ini terdiri dari 100 item, termasuk empat item untuk setiap dimensi dan empat item umum yang mencakup kualitas hidup serta kesehatan subjektif. Semua item dinilai menggunakan skala lima poin (1-5).

**2. Kesehatan Jasmani**

Ranah kesehatan jasmani mempunyai beberapa aspek sebagai berikut:

a. Aktivitas Kehidupan Sehari-hari

Kegiatan rutin harian seperti makan, mandi, berpakaian, dan bekerja yang mencerminkan tingkat kemandirian seseorang.

b. Ketergantungan pada Bahan Obat dan Batu Obat

Kebutuhan rutin akan obat-obatan atau terapi untuk mengelola kondisi kesehatan, baik karena penyakit kronis atau gangguan kesehatan tertentu.

c. Energi dan Kelelahan

Kapasitas fisik dan mental untuk beraktivitas. Kelelahan berkepanjangan dapat menunjukkan masalah kesehatan atau kurangnya istirahat.

d. Mobilitas

Kemampuan bergerak bebas tanpa bantuan. Gangguan mobilitas bisa terjadi karena cedera atau kondisi kesehatan seperti radang sendi.

e. Rasa Sakit dan Ketidaknyamanan

Sensasi fisik tidak menyenangkan atau perasaan tidak nyaman yang memengaruhi kualitas hidup, sering kali memerlukan manajemen medis.

f. Tidur dan Istirahat

Proses penting untuk pemulihan fisik dan mental. Kurang tidur dapat menyebabkan kelelahan dan masalah konsentrasi.

g. Kapasitas Kerja

Kemampuan menjalankan tugas fisik atau mental secara efektif, dipengaruhi oleh kesehatan, stamina, dan lingkungan kerja.

**3. Psikologis**

Ranah psikologis mempunyai beberapa aspek sebagai berikut:

a. Bentuk dan Penampilan Tubuh

Mengacu pada kondisi fisik seseorang, yang memengaruhi

persepsi diri dan kepercayaan diri.

b. Perasaan Positif dan Negatif

Spektrum emosi seperti kebahagiaan atau kecemasan yang memengaruhi kesejahteraan mental.

c. Harga Diri

Penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri, termasuk rasa percaya diri dan penghargaan diri.

d. Spiritualitas Agama atau Keyakinan Pribadi

Keyakinan atau praktik spiritual yang memberi makna hidup dan mendukung keseimbangan emosional.

e. Berpikir, Belajar, Konsentrasi, dan Memori

Kemampuan kognitif untuk memahami, mengingat, dan fokus, yang penting dalam belajar dan pengambilan keputusan.

**4. Tingkat kemandirian**

a. Mobilitas

Kemampuan seseorang untuk bergerak dan berpindah tempat secara mandiri atau dengan bantuan.

b. Aktivitas Kehidupan Sehari-hari

Tugas rutin harian seperti makan, mandi, dan berpakaian yang menunjukkan kemandirian.

c. Ketergantungan terhadap Bahan Obat dan Alat Bantu Kesehatan

Kebutuhan akan obat-obatan atau alat bantu seperti kursi roda untuk mendukung aktivitas harian.

d. Kapasitas Kerja

Kemampuan fisik dan mental untuk bekerja secara efisien, dipengaruhi oleh kesehatan dan stamina.

**5. Hubungan Sosial**

- a. Hubungan pribadi, Dukungan sosial dan Kegiatan sosial

**6. Lingkungan**

- a. Sumber Keuangan

Pendapatan atau aset yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup, seperti gaji, tabungan, atau bantuan finansial.

- b. Kebebasan, Keamanan, dan Kenyamanan Fisik

Kemampuan untuk hidup tanpa batasan, dilindungi dari ancaman, serta memiliki kondisi fisik yang nyaman.

- c. Jaminan Kesehatan dan Sosial; Aksesibilitas dan Kualitas

Dukungan berupa akses ke layanan kesehatan dan perlindungan sosial yang berkualitas dan mudah dijangkau.

- d. Lingkungan Rumah

Kondisi fisik dan sosial di sekitar tempat tinggal yang memengaruhi kenyamanan dan kesejahteraan.

**7. Spiritualitas**

- a. Agama /keyakinan pribadi (satu sisi)

**8. Factor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup**

- a. Jenis Kelamin

Hasil penelitian hubungan faktor gender dengan kualitas

hidup dipengaruhi oleh usia harapan hidup, di mana perempuan cenderung memiliki usia harapan hidup lebih panjang dibanding laki-laki.

b. Usia

Para peneliti berpendapat Kualitas hidup meningkat seiring dengan keberhasilan pembangunan dan pelayanan kesehatan yang lebih baik, yang mendukung peningkatan angka harapan hidup.

c. Pendidikan

Pendidikan memainkan peran penting dalam pengembangan sumber daya manusia. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi berkontribusi pada produktivitas, inovasi, dan peningkatan kualitas hidup.

d. Pekerjaan

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa Individu yang bekerja cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan mereka yang tidak bekerja, karena pekerjaan memberikan dukungan ekonomi dan sosial.

e. Status Pernikahan

Peneliti menunjukkan bahwa Individu yang menikah memiliki kualitas hidup lebih tinggi dibandingkan yang belum menikah, bercerai, atau kehilangan pasangan, karena dukungan emosional dan sosial dari pasangan.

f. Ekonomi

Kesejahteraan finansial dipengaruhi oleh perilaku finansial, literasi keuangan, dan kemampuan mengelola tekanan finansial.

## 9. Gambaran Kualitas Hidup

a. Pasien Stroke

Penelitian mengenai kualitas hidup 40 pasien pasca stroke di RSUD Prof. H. Aloei Saboe Kota Gorontalo menunjukkan hasil sebagai berikut: mayoritas pasien berada dalam kategori kualitas hidup tinggi (55%), diikuti dengan kategori kualitas hidup sedang (40%), dan sedikit pasien yang memiliki kualitas hidup buruk (5%).

Kualitas hidup pasien pasca stroke dapat dipengaruhi secara positif dengan mengurangi risiko jatuh dan meningkatkan kesehatan emosional selama rehabilitasi rawat inap neurologis. Kualitas hidup tidak hanya dipengaruhi oleh defisit fungsional, namun juga oleh persepsi diri pasien terhadap kesehatan mereka. Oleh karena itu, penting untuk mengukur kesehatan pasien dari berbagai aspek dalam upaya meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. (Kusnadi, 2020)

## B. Stroke

### 1. Definisi Stroke

Stroke adalah kondisi defisit neurologis yang terjadi akibat gangguan sirkulasi darah di otak, seperti perdarahan atau

penyumbatan, yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian. Gejalanya muncul tiba-tiba dan tergantung pada area otak yang terpengaruh, seperti hemiparesis, hemiplegia, kebutaan mendadak, atau afasia.

Stroke hemoragik terjadi akibat pecahnya pembuluh darah di otak, yang dibagi menjadi dua jenis: perdarahan intraserebral (ICS) yang terjadi di dalam jaringan otak, dan perdarahan subarachnoid (SAH) yang terjadi di luar pembuluh darah otak dan menyebabkan perdarahan di sekitar permukaan otak. (Haiga dkk, 2022).

Stroke hemoragik terjadi ketika pembuluh darah di otak bocor atau pecah, mengakibatkan darah menggenang atau merusak jaringan otak di sekitarnya. Perkembangan stroke hemoragik sering kali terkait dengan hasil yang lebih buruk, karena perdarahan yang cepat dapat menyebabkan gangguan kesadaran dan disfungsi neurologis mendalam. Oleh karena itu, diagnosis dan pengobatan dini sangat penting untuk mencegah kerusakan lebih lanjut pada otak. (Unnithan, A. K. A. 2023)

## 2. Etiologi

Poin berikut ini merupakan faktor risiko penting yang dapat menyebabkan stroke hemoragik menurut Unnithan, A. K. A., MDas, J., & Mehta, P. 2023.

- a. Merokok, konsumsi alkohol dalam jumlah sedang atau berat, dan alkoholisme kronis merupakan faktor risiko yang penting.

- b. Penyakit hati kronis juga meningkatkan kemungkinan terjadinya ICH akibat koagulopati dan trombositopenia.
- c. Penurunan kolesterol low-density lipoprotein dan rendahnya trigliserida juga merupakan faktor risiko.
- d. Risiko ICH lebih tinggi dengan terapi antiplatelet ganda dibandingkan dengan monoterapi.
- e. ke. Cerebral microbleeds (CMBs) yang berhubungan dengan hipertensi, diabetes, dan merokok meningkatkan risiko ICH.
- f. Usia tua dan jenis kelamin laki-laki. Insiden ICH meningkat setelah usia 55 tahun. Risiko relatif setelah usia 70 tahun
- g. Tumor yang lebih rentan mengalami perdarahan adalah glioblastoma, limfoma, metastasis, meningioma, adenoma hipofisis, dan hemangioblastoma.
- h. Stroke hemoragik juga dapat disebabkan oleh aneurisma, hipertensi, amiloidosis, koagulopati, penggunaan terapi antikoagulan, dan malformasi arteriovenosa. Salah satu penyebab paling umum dari stroke hemoragik adalah pecahnya aneurisma intrakranial.

### 3. Aneurisma Intrakranial

Aneurisma adalah pembengkakan pada arteri yang bisa disebabkan oleh cacat bawaan atau degenerasi dinding pembuluh darah. Aneurisma umumnya terjadi pada arteri besar, seperti yang ada di lingkaran Willis. Ketika aneurisma pecah, darah dilepaskan dengan

tekanan tinggi ke dalam ruang subarachnoid dan menyebar ke seluruh otak serta sumsum tulang belakang melalui cairan serebrospinal. Bentuk aneurisma yang paling umum di otak adalah aneurisma intraseluler, yang sering terjadi di area persimpangan antara arteri komunikans anterior dan arteri serebral anterior, serta di percabangan arteri karotis interna. (O'Donnell ME 2018)

#### 4. Klasifikasi

Stroke Hemoragik terbagi menjadi 2 tipe yaitu perdarahan intraserebral dan perdarahan Subarachnoid

- a. Perdarahan intraserebral (ICH) Merupakan perdarahan spontan yang terjadi tanpa trauma, dimana darah masuk ke parenkim otak dan membentuk hematoma. Hematoma ini meningkatkan tekanan intrakranial, memberi tekanan pada jaringan otak sekitarnya, dan menyebabkan defisit neurologis. (Karlina, N. 2023)
- b. Subarachnoid hemorrhage (SAH) Merupakan kondisi akut yang terjadi akibat pendarahan di luar pembuluh darah otak, di mana pembuluh darah di sekitar permukaan otak pecah. SAH sering terjadi setelah pecahnya aneurisma intrakranial, yang mendorong darah ke ruang subarachnoid, mengganggu perfusi dan fungsi otak. (Wulandari, D. A 2021)

#### 5. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala stroke hemoragik antara lain sakit kepala hebat yang datang secara mendadak, penurunan kesadaran yang dapat

berupa kebingungan hingga pingsan, serta kejang. Pasien juga sering mengalami mual dan muntah saat serangan terjadi, disertai dengan vertigo. Emosi pasien cenderung meningkat sebelum serangan, dan gejala lain yang muncul adalah paresis atau kelemahan pada salah satu atau kedua anggota badan atau wajah, gangguan penglihatan, serta masalah pada bicara dan kekakuan leher. Serangan biasanya terjadi saat pasien sedang beraktivitas.

Selain itu, tanda-tanda meningismus seperti tanda Kernig, yang menyebabkan nyeri saat meluruskan lutut setelah paha ditekuk 90°, dan tanda Brudzinski, di mana fleksi pinggul terjadi secara tidak sengaja saat leher pasien ditekuk, juga dapat terlihat pada pasien stroke hemoragik. (Unnithan, A. K. A. 2023)

## 6. Patofisiologi

Stroke hemoragik melibatkan pecahnya pembuluh darah otak dan terdiri dari dua jenis utama: perdarahan intrakranial (ICH) yang terjadi di parenkim otak, dan perdarahan subarachnoid (SAH) yang terkait dengan aneurisma. ICH biasanya melibatkan arteri kecil yang menembus parenkim serebral, sementara SAH sering terkait dengan aneurisma pada sirkulasi anterior, terutama di arteri komunikans anterior. Hematoma yang terbentuk mengganggu neuron dan glia, memicu peradangan, edema, dan kerusakan sel. Pertumbuhan hematoma terjadi dalam 3-12 jam pertama, dan edema meningkat dalam 24 jam pertama, mencapai puncaknya pada hari ke-5 hingga ke-

6. Perluasan hematoma, perdarahan intraventrikular, dan edema perihematoma memperburuk kerusakan, sementara pada hematoma serebelar, hidrosefalus dapat terjadi akibat kompresi ventrikel keempat. (Basyir, I.F. 2021).

### C. Gangguan Mobilitas Fisik

#### 1. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik

Gangguan Gerakan Fisik adalah keterbatasan gerakan fisik mandiri pada satu atau lebih ekstremitas. Kondisi ini mungkin terjadi akibat adanya kelainan otak yang mengganggu aliran darah ke otak sehingga menyebabkan penurunan oksigen dan nutrisi ke otak serta menimbulkan lesi atau infark. Terjadinya infark pada otak akan mempengaruhi kontrol motorik neuron dan jalur medial atau ventral terlibat dalam kontrol otot. (SDKI - Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia, 2023)

Gangguan motorik yang diakibatkannya menyebabkan keterbatasan pergerakan pada tubuh, yang meningkatkan risiko komplikasi seperti kelemahan otot dan kontraktur jika tidak ditangani dengan tepat. Pasien stroke hemoragik sering mengalami gangguan mobilitas fisik, termasuk ketidakmampuan bergerak secara mandiri, tirah baring, dan hilangnya fungsi motorik (Fitriani *et al.*, 2022).

Mobilitas yang terganggu dapat disebabkan oleh adaptasi tubuh terhadap kondisi lingkungan, dengan rentang gerak terbatas. Hal ini menjadi perhatian dalam asuhan keperawatan, mengingat pasien

stroke memerlukan penanganan khusus untuk memulihkan atau mempertahankan kemampuan gerak fisiknya. (Wijayanti, 2021)

Gangguan Gerakan Fisik adalah kondisi di mana seseorang mengalami keterbatasan dalam melakukan pergerakan mandiri pada satu atau lebih ekstremitas, yang bisa disebabkan oleh cedera, penyakit, atau kondisi medis tertentu. Kondisi ini dapat mengganggu fungsi metabolisme normal, memperlambat laju metabolisme, serta mengganggu metabolisme karbohidrat, lipid, dan protein. Selain itu, gangguan ini juga dapat menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit cairan, gangguan kalsium, dan masalah pencernaan seperti penurunan gerakan peristaltik dan potensi impaksi.

## **2. Etiologi**

Gangguan mobilitas fisik disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kerusakan struktur tulang, perubahan metabolisme, kurangnya aktivitas fisik, penurunan kontrol otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks massa kekurangan atau kelebihan tubuh, usia, efek agen farmakologis, program pembatasan pergerakan, nyeri, dan kurangnya paparan informasi (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Menurut Tejo Saksono dkk. (2022), gangguan gerak pada pasien stroke disebabkan oleh kelemahan otot, penurunan kekuatan otot,

ketidakmampuan bergerak akibat kerusakan sistem saraf di otak, serta kekakuan pada otot dan persendian yang mengganggu postur tubuh. Beberapa faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik termasuk kerusakan struktur tulang, perubahan metabolisme, penurunan kontrol otot, kekuatan otot, serta kondisi seperti kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal atau neuromuscular. Faktor lain yang berperan adalah indeks massa tubuh tinggi, efek farmakologis, pembatasan pergerakan, rasa sakit, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan bergerak, dan gangguan sensorik-persepsi.

### 3. Jenis Mobilitas

Mobilitas penuh adalah kemampuan untuk bergerak secara bebas dan menjalani kehidupan sehari-hari tanpa hambatan, yang didukung oleh fungsi saraf motorik dan sensorik yang memungkinkan kontrol penuh atas tubuh.

- a. Mobilitas parsial adalah merujuk pada keterbatasan gerak yang disebabkan gangguan saraf motorik dan sensorik. Terdiri dari dua jenis: sementara, akibat trauma reversibel seperti dislokasi sendi, dan permanen, akibat kerusakan saraf permanen seperti hemiplegia, paraplegia, atau polio.
- b. Imobilisasi fisik adalah pembatasan gerak untuk mencegah komplikasi pada pasien yang tidak mampu mengubah posisi tubuh, seperti pada pasien hemiplegia, yang berisiko mengalami luka tekan.

- c. Ketidakaktifan mental adalah kondisi di mana daya berpikir seseorang terbatas, yang sering terjadi pada pasien dengan kerusakan otak akibat penyakit.
- d. Imobilitas sosial adalah merujuk pada hambatan dalam interaksi sosial yang dialami oleh individu karena kondisi sakit, yang mempengaruhi perannya dalam kehidupan bermasyarakat..

#### **4. Factor yang mempengaruhi Mobilitas**

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilitas antara lain mobilitas mencakup gaya hidup, usia, dan status perkembangan. Gaya hidup yang tidak sehat, seperti pola makan buruk, kurang olahraga, dan terbatasnya ruang gerak, dapat berdampak pada mobilitas seseorang. Seiring bertambahnya usia, penurunan kekuatan tubuh dapat mengurangi kemampuan untuk bergerak, meskipun pada masa muda seseorang cenderung memiliki energi yang lebih untuk bergerak.

Ketidakkampuan mobilitas fisik juga dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti kerusakan saraf (misalnya kelumpuhan) atau gangguan muskuloskeletal, seperti dislokasi sendi dan tulang.

Kekuatan otot, yang mengacu pada kemampuan otot untuk menahan beban eksternal dan internal, memainkan peran penting dalam aktivitas fisik. Setiap gerakan tubuh melibatkan peningkatan ketegangan otot sebagai respons terhadap sinyal motorik. Semakin banyak serabut otot yang diaktifkan, semakin besar gaya yang dihasilkan, yang memungkinkan tubuh menahan berbagai beban. Otot

yang kuat tidak hanya membuat aktivitas sehari-hari lebih efisien, tetapi juga dapat memperbaiki bentuk tubuh dan meningkatkan mobilitas.

Namun, otot yang tidak dilatih, seperti akibat kecelakaan, dapat melemah karena atrofi serat otot, yang berpotensi menyebabkan kelumpuhan otot jika tidak ditangani. Kekuatan total otot berhubungan langsung dengan kemampuan sistem saraf dalam mengaktifkan serat otot untuk kontraksi, sehingga semakin banyak serat yang terlibat, semakin besar gaya yang dihasilkan. (Agusrianto & Rantesigi, 2020)

## 5. Manifestasi Klinis

### a. Tanda dan Gejala Mayor

Tanda dan gejala utama secara subyektif seperti dapat dilihat dari keluhan subyektif seperti kesulitan atau kekakuan saat menggerakkan ekstremitas, serta secara obyektif berupa penurunan kekuatan otot dan penurunan rentang gerak (ROM).

### b. Tanda dan Gejala Minor

Tanda dan gejala minor yang dapat diperiksa secara subyektif antara lain seperti nyeri saat bergerak, keengganan untuk bergerak, dan rasa takut saat bergerak. Secara obyektif, dapat dilihat dari sendi yang kaku, gerakan yang tidak terkoordinasi, gerakan yang terbatas, serta kelemahan fisik.

## **D. Tingkat Spiritualitas**

### **1. Spiritualitas**

Spiritualitas dapat dipahami sebagai cara seseorang mencari tujuan dan makna hidup, melibatkan hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan. Pada masa dewasa madya (40-60 tahun), individu sering kali merenungkan kembali arah dan tujuan hidup mereka, menjadikannya masa transformasi spiritual. Tingkat spiritualitas dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti latar belakang budaya, tahap perkembangan, keluarga, dan pengalaman hidup (San & Sudarmiati, 2021).

Dalam konteks kesehatan, spiritualitas memiliki peranan penting, bukan hanya terkait dengan agama atau tempat suci, tetapi juga mengenai keharmonisan dengan orang lain, lingkungan, dan Tuhan. Hal ini mencakup penghormatan terhadap kematian serta aktualisasi diri. Saat menghadapi masalah, seseorang sering kali mempertanyakan nilai moral, tujuan hidup, dan sumber makna hidup mereka.

### **2. Karakteristik Spiritualitas**

Menurut Wulan dalam (Bini' Matillah *et al.*, 2018) spiritualitas memiliki karakter khusus yaitu:

- a. Hubungan dengan Tuhan Hubungan dengan Tuhan terlihat dari keyakinan agama seseorang, seperti cara menjalankan perintah agama, berdoa, bermeditasi, dan menunaikan kewajiban agama,

serta menyatu dengan alam sebagai bentuk pengabdian.

- b. Hubungan dengan Diri Sendiri: berkaitan dengan sejauh mana seseorang memahami dirinya, termasuk pengetahuan tentang siapa dirinya, kemampuannya, serta sikap terhadap diri sendiri, kehidupan, masa depan, dan keselarasan dengan lingkungan. .
- c. Hubungan dengan orang lain Hubungan ini mencakup kemampuan seseorang untuk berinteraksi, menjalin hubungan harmonis, dan berbagi dengan orang lain secara positif.
- d. Hubungan dengan alam Hubungan dengan alam mencakup upaya menjaga dan memahami lingkungan, seperti tumbuhan, hewan, dan iklim, serta cara manusia menghargai dan melestarikan lingkungan alam tersebut..

### 3. Aspek Spiritualitas

Spiritualitas mencakup lima aspek utama: keyakinan, praktik keagamaan, pengetahuan agama, pengalaman, dan konsekuensi. Dimensi keyakinan berkaitan dengan keyakinan terhadap Tuhan, takdir, surga, neraka, dan ajaran agama lainnya, serta sejauh mana seseorang menerima dan mempercayai dogma agamanya. Dimensi pengamalan keagamaan mengacu pada sejauh mana seseorang melaksanakan kewajiban ibadah seperti shalat, puasa, dan ritual lainnya sesuai dengan ajaran agamanya. Dimensi pengalaman menggambarkan perasaan dan pengalaman seseorang dalam berhubungan dengan Tuhan serta kedalaman dalam beragama.

Dimensi pengetahuan mencakup pemahaman terhadap ajaran agama yang terdapat dalam kitab suci serta aplikasinya dalam kehidupan sehari-hari. Dimensi konsekuensial menunjukkan bagaimana ajaran agama mempengaruhi perilaku dan tindakan seseorang dalam kehidupan. Pendidikan dan pelatihan spiritualitas dapat meningkatkan kepekaan moral, terutama bagi mahasiswa keperawatan, dalam menghadapi tantangan etika dan pelayanan Kesehatan (Jalili *et al.*, 2020).Aspek-aspek spiritual dalam jurnal Desti Azania,(2021):

- a. Emosi yang berfokus pada perasaan bahagia dan gembira yang didapat seseorang ketika terlibat dalam pengalaman beribadah.
- b. Kepercayaan terhadap kehidupan yang utuh di alam semesta, dikenal dengan istilah universalisme.
- c. Adanya **Keterikatan** yang muncul dari realitas kemanusiaan yang merasuki suatu kelompok tertentu, menunjukkan adanya ikatan spiritual antar individu dalam suatu kelompok.

#### 4. Tingkatan Spiritualitas

Spiritualitas manusia ada tujuh tingkatan, mulai dari egois hingga murni spiritual, yang dinilai langsung oleh Allah SWT dan bukan oleh manusia sebagai berikut:

- a. Nafs Ammarah

Pada titik ini nafsu seseorang sepenuhnya didominasi oleh godaan setan. Individu kehilangan kendali atas moral dan cinta, sehingga menunjukkan sifat-sifat seperti kebencian, kemarahan,

keserakahan, nafsu, dan kebencian yang mendominasi pemikiran dan logika manusia

b. Nafs Lawwamah

Orang pada tahap ini mulai menyadari kesalahan yang telah diperbuat dan mampu membedakan antara benar dan salah. Meskipun muncul penyesalan, kemampuan untuk mengubah gaya hidup belum sepenuhnya terwujud. Sebagai langkah awal, individu mulai menunaikan kewajiban agama seperti shalat, puasa, dan bersedekah..

c. Nafs Mulhimanteknik

Pada titik ini ditandai dengan kemunculan cita-cita moral dan pengabdian yang tulus. Ibadah dilakukan dengan penuh cinta dan kasih sayang. Meskipun keinginan dan ego masih ada, motivasi spiritual mulai menguat, menandai awal perjalanan tasawuf..

d. Nafs Muthma' innah

Pada tahap ini, seseorang merasakan kedamaian sejati. Kekacauan batin yang dirasakan sebelumnya mulai sirna, dan individu melepaskan keterikatan duniawi. Ketenangan jiwa tercapai melalui kesabaran dan ketakwaan dalam menghadapi kesulitan..

e. Nafs Radhiyah

mencapai kebahagiaan sejati meskipun menghadapi cobaan dan kesulitan. Ketenangan batin dicapai melalui keyakinan bahwa

segala hal berasal dari Allah, dan kesulitan dianggap sebagai cara Allah menguatkan iman.

f. Nafs Mardhiyah

Pada tahap ini individu menerima segala ujian hidup dengan rasa syukur dan cinta kepada Allah. Keadaan bahagia di sini tidak berorientasi pada hal-hal duniawi, tetapi berakar pada kepasrahan total kepada Allah. Hanya sedikit orang yang mencapai tahap ini karena membutuhkan ketakwaan dan sabar yang luar biasa.

g. nafs safiyah

Orang yang mencapai tahap akhir ini telah mengalami transendensi diri sepenuhnya. di mana individu mengalami transendensi diri sepenuhnya. Tidak ada lagi ego atau keterpisahan; hanya ada kesatuan dengan Tuhan. Individu menyadari kebenaran hakiki bahwa tidak ada Tuhan selain Allah, dan keterpisahan manusia hanyalah ilusi (Manning, 2021)

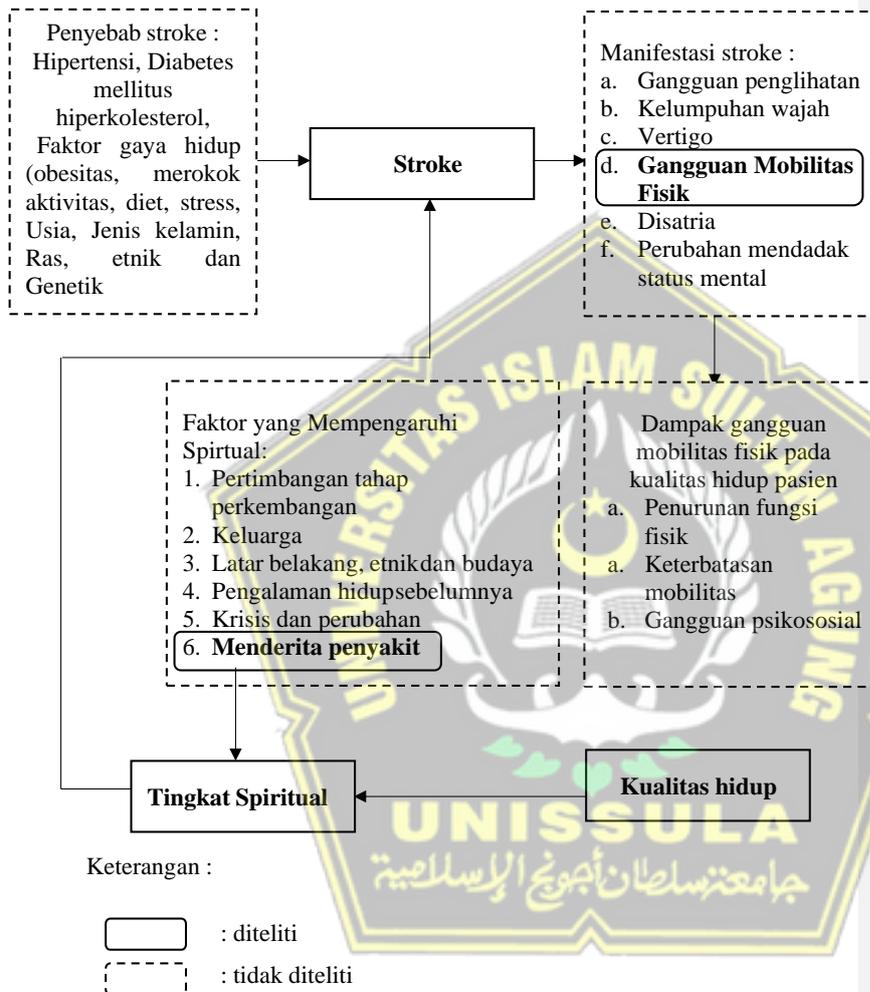
**5. Spiritualitas penderita Stroke**

Spiritualitas pada pasien stroke berfokus sangat penting dalam mendukung penerimaan diri terhadap kondisi penyakit yang dialami. Terdapat empat strategi utama untuk membantu pasien dengan kelumpuhan spiritual: merasa terhubung dengan Tuhan, memperkuat kepercayaan kepada Tuhan, menemukan dukungan spiritual, dan mencari makna serta tujuan hidup.

Motivasi spiritual diberikan untuk memperkuat harapan sembuh, yang menjadi bagian dari dukungan sosial yang penting. Peran orang-orang di sekitar pasien sangat krusial, dengan memberikan dukungan penuh, mengingatkan mereka untuk tetap berpikir positif, berdoa, dan mendekati diri kepada Allah SWT, agar tetap merasakan kedamaian selama masa sakit. Pengaruh spiritualitas ini sangat berperan, terutama saat pasien menghadapi rasa sakit atau kehilangan, karena dapat memengaruhi kemampuan mereka dalam proses penyembuhan dan pemulihan. (Setiawan, 2020; Sirbini & Azizah, 2021)



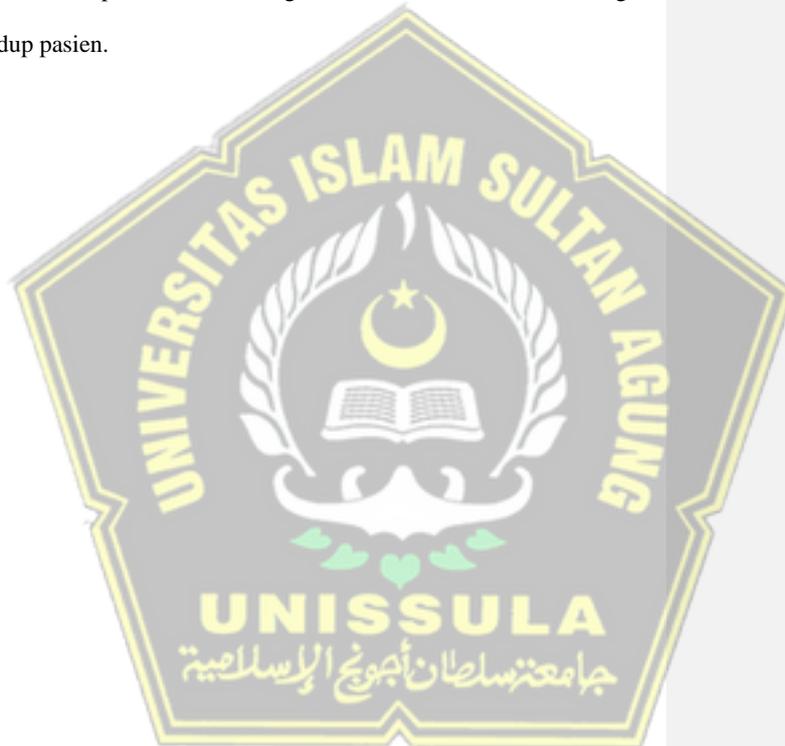
### E. Kerangka Teori



**Gambar 2.1.** Kerangka Teori  
Sumber : Wijaya 2021

**F. Hipotesis**

Hipotesis nol ( $H_0$ ): Tidak terdapat hubungan antara tingkat spiritualitas pasien stroke dengan mobilitas fisik terbatas dengan kualitas hidup pasien. Hipotesis alternatif ( $H_a$ ): Terdapat hubungan positif antara tingkat spiritualitas pasien stroke dengan mobilitas fisik terbatas dengan kualitas hidup pasien.



### BAB III

#### METODE PENELITIAN

##### A. Kerangka Konsep

Menurut Sugiyono (Haeruddin *et al.*, 2022), Kerangka konseptual merupakan pernyataan teoritis yang menjelaskan hubungan antara variabel terikat dengan variabel bebas yang akan diamati dan diukur melalui penelitian. Kerangka konseptual penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pasien stroke dengan keterbatasan mobilitas fisik. Berikut kerangka konseptualnya :



Gambar 3.1. Kerangka Konsep

##### B. Jenis dan Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif, yang bertujuan untuk menjelaskan dan menafsirkan fenomena, kondisi, hubungan, pendapat, proses, hasil, atau tren tertentu (Linarwati, Fathoni, & Minarsih, 2016).

Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menjawab pertanyaan secara spesifik dan empiris, dengan pendekatan objektif, rasional, dan sistematis. Data yang dikumpulkan dalam bentuk numerik kemudian dianalisis menggunakan metode statistik (Masturoh & Anggita, 2018).

### C. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi mencakup keseluruhan objek atau subjek yang menjadi fokus penelitian, yaitu 112 pasien di RSI Sultan Agung Semarang selama periode Oktober hingga Desember 2024 (Sulistiyowati, 2017). Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih untuk mewakili karakteristiknya. Pemilihan sampel yang tepat sangat penting untuk memastikan hasil yang valid dan representatif, serta agar hasil penelitian dapat digeneralisasi. (Sulistiyowati, 2017).

### D. Teknik *Sampling*

Penelitian ini menggunakan teknik *probability sampling* dengan metode *simple random sampling*, di mana setiap anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk dipilih. Teknik ini dipilih agar sampel dapat diambil secara acak dan mewakili populasi secara objektif. Berdasarkan pedoman pengambilan sampel, apabila populasi lebih dari 100, maka sampel yang diambil adalah 30%. Dengan populasi sebanyak 112 pasien, jumlah sampel yang ditetapkan adalah 88 pasien.

Simple Random Sampling adalah teknik pengambilan sampel di mana setiap anggota populasi memiliki peluang yang sama untuk terpilih secara acak, tanpa mempertimbangkan karakteristik tertentu. Metode ini bertujuan untuk mendapatkan sampel yang representatif sehingga hasil penelitian dapat digeneralisasikan ke seluruh populasi. Proses pemilihannya dapat dilakukan menggunakan tabel bilangan acak, undian, atau alat bantu lainnya. Teknik ini paling efektif jika populasi bersifat homogen dan

memiliki ukuran yang tidak terlalu besar. Namun, diperlukan daftar lengkap anggota populasi agar setiap individu memiliki kesempatan yang sama untuk dipilih (Sugiyono, 2019).

## E. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian

### 1. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dijadikan responden untuk memberikan informasi. Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan pertimbangan tertentu, termasuk tindakan penolakan responden. Dengan prosedur ini, peneliti memastikan bahwa sampel yang dipilih dapat dimanfaatkan untuk mencapai tujuan penelitian. Selain itu, pengendalian terhadap variabel yang tidak terkonsentrasi dilakukan agar tidak memengaruhi variabel bebas. Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus Slovin:

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

Keterangan :

N : Besar populasi

n : Besar sampel

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

$$n = \frac{112}{1 + 112 \times (0,05)^2}$$

$$n = \frac{112}{1 + 112 \times 0,0025}$$

$$n = \frac{112}{1 + 0,28}$$

$$n = \frac{112}{1,28} = 87,5$$

Berdasarkan perhitungan menggunakan rumus Slovin, jumlah keseluruhan responden yang harus diambil sebagai sampel dari populasi 112 pasien dengan derajat ketepatan 0,05 adalah 88 responden.

Adapun kriteria sampling dalam penelitian ini:

a. Kriteria Inklusi

Ketentuan bagi subyek penelitian yang dapat berpartisipasi dalam sampel penelitian dengan terpenuhinya syarat sebagai sampel (Masturoh & Anggita, 2019).

- 1) Pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik yang diperiksa di RSI Sultan Agung Semarang.
- 2) Responden yang mampu berinteraksi dengan peneliti.
- 3) Pasien yang tidak mengalami gangguan kognitif berat.
- 4) Pasien yang tidak mengalami gangguan membaca.

b. Kriteria Eksklusi

Ketentuan bagi subyek penelitian yang tidak dapat berpartisipasi penelitian (Masturoh & Anggita, 2019).

- 1) Responden memiliki riwayat selain stroke
- 2) Responden yang membatalkan/mengundurkan diri.
- 3) Responden yang tidak bersedia.

## F. Tempat dan waktu penelitian

### 1. Tempat

Penelitian dilakuka di RSI Sultan Agung Semarang.

### 2. Waktu

Pengumpulan data dilakukan pada bulan Oktober sampai Desember 2024.

## G. Definisi Operasional

Tabel 3.1. Definisi Operasional

Variable	Definisi operasional	Alat ukur	Kategori	Skala
Tingkat spiritual pada pasien stroke	hubungan dengan Tuhan, keyakinan, dan praktik spiritual yang mendukung tujuan hidup, kepuasan, serta penerimaan kondisi, termasuk aspek psikologis dan sosial	Kuesioner yang telah menggunakan Daily Spiritual Experiment Scale (DSES) sebanyak 15 pertanyaan	1= tidak pernah 2=satu kali dalam satu waktu 3= beberapa hari 4=hamper setiap hari 5 =setiap hari 6 =beberapa kali sehari	Ordinal
Kualitas hidup penderita paska stroke	mencerminkan kenyamanan holistik dan pemanfaatan hidup optimal, diukur melalui empat dimensi serta karakteristik responden.responden seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan lama menderita stroke.	Menggunakan kuesioner tentang kualitas hidup yaitu the World Health Organization Quality of Life (WHOQoL BREF) yang sudah baku terdiri dari 26 pertanyaan dengan penilaian :	Nilai skor maksimal adalah 100. Berdasarkan jawaban : 1. 0-25 = kurang 2. 26-50 = cukup 3. 51-75 = baik 4. 76-100 = sangat baik (Anastasi&Urbani, 1997) dalam (Nofitri,2009)	Ordinal

## H. Instrumen Penelitian

Untuk mengumpulkan data, instrumen penelitian digunakan (Masturoh & Anggita, 2018). Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari kuesoiner yang terdiri dari:

### 1. Kuesioner karakteristik responden.

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

### 2. Kuesioner tingkat spiritual *Daily Spiritual Experience Scale (DSES)* pada pasien stroke

Kuesioner tingkat spiritual pada pasien stroke diukur dengan menggunakan sebuah instrumen yang terdiri dari 16 item untuk mengevaluasi pengalaman individu terhadap elemen transenden dalam kehidupan sehari-hari, seperti rasa syukur, kekaguman, rahmat, dan kedamaian batin. Sebanyak 15 item diukur dengan skala 1-6, dari "tidak pernah" hingga "sering dalam sehari," serta satu item tambahan yang menilai kedekatan dengan Tuhan menggunakan skala 1-4. Skor total berkisar antara 15 hingga 90, dengan skor tinggi menunjukkan spiritualitas yang lebih tinggi. DSES memiliki tingkat reliabilitas yang baik dengan rerata koefisien sebesar 0,92.

### 3. Kuesioner WHOQOL-BREF pada pasien stroke

WHOQOL-BREF adalah instrumen penelitian yang dikembangkan oleh WHO pada 1998 untuk mengukur kualitas hidup

seseorang dalam empat dimensi: kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Instrumen ini terdiri dari 26 pertanyaan yang dapat diisi secara mandiri atau melalui wawancara jika pasien memiliki keterbatasan. Skor penilaian menggunakan skala Likert, dengan rentang nilai dari 0 hingga 100, di mana skor tinggi mencerminkan kualitas hidup yang lebih baik..

## **I. Uji Validitas dan Reliabilitas**

### **1. Uji Validitas**

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat mengukur variabel yang seharusnya diukur (Notoadmodjo, 2010). Instrumen dikatakan valid jika dapat mengukur variabel yang diinginkan secara tepat dan menghasilkan data yang sesuai. Dalam penelitian ini, uji validitas untuk instrumen *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) dan *WHOQOL-BREF* versi Bahasa Indonesia dilakukan di lokasi yang berbeda dari tempat penelitian, yaitu di RS Sultan Agung Semarang. Skala DSES yang digunakan untuk mengukur tingkat spiritualitas telah diuji validitasnya oleh Nur Maulany Din El Fath dan Dr. Ahmad terhadap 43 responden. Hasilnya menunjukkan bahwa semua 16 item pertanyaan pada skala ini dinyatakan valid. Sementara itu, uji validitas kuesioner tingkat pengetahuan dilakukan pada 30 pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis. Dari 20 item pertanyaan, 17 item dinyatakan valid, sementara 3 item (nomor 3, 6, dan 20) dikeluarkan (Iii &

Penelitian, 2015).(Iii & Penelitian, 2019).

## 2. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya atau diandalkan (Notoadmodjo, 2010). Uji reliabilitas untuk kuesioner DSES dan WHOQOL-BREF versi Bahasa Indonesia dilakukan di RS Sultan Agung Semarang. Proses ini melibatkan pengisian kuesioner oleh 20 responden yang memenuhi kriteria inklusi, namun tidak menjadi responden utama penelitian (Notoadmodjo, 2012). Data hasil pengisian kuesioner kemudian diolah menggunakan rumus koefisien Cronbach Alpha, menghasilkan nilai 0,970, yang menunjukkan bahwa semua 16 pernyataan dinyatakan reliabel. Instrumen dianggap reliabel jika nilai  $\alpha \geq 0,6$ , dan tidak reliabel jika nilai  $\alpha \leq 0,6$  (Riyanto, 2011). Berdasarkan hasil tersebut, instrumen penelitian DSES dan WHOQOL-BREF dinyatakan memiliki reliabilitas tinggi..

## J. Metode Pengumpulan Data

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

### 1. Tahap Persiapan

Hal yang perlu di persiapkan peneliti:

- a) Mendapatkan surat survey danmelksanakan studi penelitian
- b) Mengurus surat pengantar penelitian di prodi Fakultas Ilmu

Keperawatan UNISSULA.

- c) Memperoleh izin untuk melaksanakan penelitian di RSI Sultan Agung Semarang.

## 2. Tahap pelaksanaan

- a) Sebelum pengambilan data, peneliti harus menjelaskan mengenai manfaat, tujuan serta prosedur penelitian kepada responden.
- b) Untuk responden yang menyetujui ikut dalam penelitian dan memenuhi ketentuan eksklusi dan inklusi oleh peneliti, responden diminta menandatangani *informed consent*.
- c) Membagikan lembar kuesioner, meminta responden mengisi kuesioner, mengecek kembali lembar kuesioner yang telah diisi responden.
- d) Hasil dicatat oleh peneliti.

## K. Analisa Data

### 1. Pengolahan Data

- a) Editing :

Proses memeriksa dan memperbaiki data atau teks untuk memastikan keakuratan, konsistensi, dan kelengkapan sebelum analisis lebih lanjut.

- b) Pengkodean

Proses mengubah data mentah menjadi bentuk yang lebih terstruktur atau sesuai kategori tertentu untuk memudahkan analisis.

## c) Tabulasi

Penyusunan data ke dalam tabel atau format yang terorganisir untuk mempermudah interpretasi dan analisis.

## d) Cleaning

Proses pembersihan data dengan menghilangkan kesalahan, duplikasi, atau inkonsistensi agar data siap untuk analisis lebih lanjut.

## 2. Analisa Data

### a. Analisis univariat

Dilaksanakan dan digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase setiap variabel dalam penelitian, seperti tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke. Data demografis seperti usia, jenis kelamin, dan durasi stroke juga dianalisis menggunakan statistik deskriptif untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel (Riwidikdo, 2014)..

Variable	Analisa data
Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, Agama, Lama stroke, Keluarga yang mendampingi	Distribusi frekuensi
Tingkat Spiritual pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik	Median, Minimum, Maksimum
Kualitas hidup pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik	Median, Minimum, Maksimum

### b. Analisis bivariat

melibatkan penggunaan tabel silang untuk menunjukkan hubungan antara dua variabel. Hubungan asimetris terjadi ketika variabel independen memengaruhi variabel dependen, yang

diinterpretasikan menggunakan persentase baris dan kolom. Hubungan simetris terjadi ketika kedua variabel saling memengaruhi, dengan interpretasi menggunakan persentase total. Uji statistik yang digunakan adalah Koefisien Korelasi Spearman untuk mengukur kekuatan dan arah hubungan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien.

Variable	Analisa data
Hubungan tingkat spiritual dengan kualitas hidup pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik	Korelasi Spearman (r)

#### L. Etika Penelitian

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

##### 1. *Informed Consent*

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

##### 2. *Anonimity*

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

##### 3. *Confidentiality*

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



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang pada bulan Oktober sampai dengan Desember 2024. Bab ini memaparkan tentang hasil penelitian tentang hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pasien stroke dengan gangguan gerak fisik. Hasil pengumpulan data primer yang diperoleh Dengan pengisian kuesioner oleh 88 responden. Alat pencarian yang Digunakan untuk menentukan variabel spiritualitas menggunakan kuesioner. *Daily spiritual experience scale (DSES)* dan kemudian untuk variabel Kualitas hidup menggunakan *WHO Quality Of Life (WHOQOL brref-100)*. Hasil penelitian dianalisis dan disajikan berdasarkan analisis. Univariat dan bivariat, sebagai berikut:

#### A. Analisa Univariat

##### 1. Karakteristik responden

###### a. Usia

**Tabel 4.1 Distribusi frekuensi responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober – Desember 2024 (n=88)**

Klasifikasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
30- 35 tahun	21	23,9%
36-45 tahun	32	36,4%
>60 tahun	35	39,7%
Total	88	100.0

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa responden yang berusia 30-35 tahun terdapat sebanyak 21 orang dengan persentase 23,9% (minoritas), responden yang berusia 36-45 tahun sebanyak 32 orang dengan persentase 36,4%, responden yang berusia >60 tahun terdapat sebanyak 35 orang dengan persentase 39,7% (minoritas).

### b. Lama menderita stroke

**Tabel 4.2 Distribusi frekuensi lama menderita stroke pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober-Desember 2024 (n=88)**

Klasifikasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
1-3 tahun	28	31,9%
4-6 tahun	26	29,6%
7-10 tahun	34	38,5%
Total	88	100.0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa responden yang mengalami stroke 1-3 tahun sebanyak 28 orang dengan presentase 31,9%, responden yang mengalami stroke 4-6 tahun sebanyak 26 orang dengan presentase 29,6% (minoritas), kemudian responden yang mengalami stroke 7-10 tahun sebanyak 34 orang dengan presentase 38,5% (mayoritas).

### c. Jenis kelamin

**Tabel 4.3 Distribusi frekuensi jenis kelamin responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan oktober - desember tahun 2024 (n=88)**

Klasifikasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Laki-laki	50	56,8 %
Perempuan	38	43,2 %
Total	88	100.0

Tabel 4.3 menunjukkan responden terbanyak adalah Laki-laki dengan jumlah 50 orang ( 56,8%) dibandingkan dengan Perempuan sebanyak 38 orang (43,2%)

### d. Pendidikan terakhir

**Tabel 4.4 Distribusi pendidikan terakhir responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada Oktober – Desember tahun 2024 (n=88)**

Klasifikasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Diploma	20	22,7%
Sarjana	7	8,0 %
SD	27	30,7%
SMP	14	15,9 %
SMA	20	22,7 %
Total	88	100.00

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa responden dengan pendidikan SD sebanyak 27 orang dengan presentase 30,7% (mayoritas), responden dengan pendidikan terakhir SMP sebanyak 14 orang dengan presentase 15,9%, responden dengan pendidikan SMA sebanyak 20 orang dengan presentase 22,7 %, responden dengan pendidikan diploma sebanyak 20 orang dengan presentase 22,7%, kemudian responden dengan pendidikan terakhir sarjana sebanyak 7 orang dengan presentase 8,0% (minoritas).

#### e. Pekerjaan

**Tabel 4.4 Distribusi frekuensi pekerjaan responden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober-Desember tahun 2024 (n=88)**

Klasifikasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Pegawai negeri	20	22,7%
Pensiunan	18	20,5%
Tidak bekerja	29	33,0%
Wirausaha	21	23,9%
Total	88	100,0

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa responden Pegawai Negeri sebanyak 20 orang dengan presentase 22,7%, Pensiunan sebanyak 18 orang dengan presentase 20,5% (minoritas), Tidak Bekerja sebanyak 29 orang dengan presentase 33,0% (mayoritas), kemudia Wirausaha sebanyak 21 orang dengan presentase 23,9%.

## 2. Variabel penelitian

### a. Tingkat spiritualitas

**Tabel 4.5** distribusi frekuensi berdasarkan tingkat spiritualitas di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober – Desember tahun 2024 (n=88)

Klasifikasi	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Rendah	17	19,32%
Sedang	39	44,32%
Tinggi	32	36,36%
Total	88	100.0

Tabel 4.6 distribusi frekuensi responden diatas menunjukkan bahwa responden dengan tingkat spiritualitas tinggi sebanyak 32 orang dengan presentase (36,36%), responden dengan tingkat spiritualitas sedang sebanyak 39 orang dengan presentase (44,32%), kemudian responden tingkat spirualitas rendah sebanyak 17 orang dengan presentase (19,32%)

### b. Kualitas Hidup

**Tabel 4.7** distribusi frekuensi berdasarkan tingkat spiritualitas di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober – Desember tahun 2024 (n=88)

Klasifikasi	Frekuensi	Presentasi (%)
Kurang	12	13.64%
Cukup	25	28,41%
Baik	28	31,82%
Sangat baik	23	26,14%
Total	88	100.0

## B. Analisa Bivariat

1. Korelasi Spearman Hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pasien stroke Tabel 4.7 distribusi frekuensi berdasarkan Hubungan tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pasien stroke di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang bulan Oktober-Desember 2024 (n=88).

	Tingkat Spiritualitas	Kualitas Hidup	P (value)	r (koefisiensi korelasi)
Spiritualitas	1.000	0,134	0,212	0,134
Sig. (2-tailed)		0,212		
Kualitas Hidup	0.134	1,000		
Sig. (2-tailed)	0.212			
N	88	88		

Tabel diatas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara Tingkat Spiritualitas dan Kualitas hidup dengan koefisiensi korelasi sebesar 0,134 dan nilai signifikasi (p-value) 0,134 yang lebih besar dari 0,05 sehingga dapat di simpulkan bahwa keduanya tidak memiliki hubungan yang berarti. Dengan kata lain, meskipun terdapat hubungan positif yang sangat kecil antara Tingkat Spiritualitas dan Kualita Hidup. Hubungan itu tidak cukup kuat untuk di anggap signifikan. Tabel ini juga menunjukkan bahwa tingkat pengalaman spiritual yang sedang cenderung berhubungan dengan kualitas hidup yang lebih baik bagi sebagian besar responden.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini memaparkan pembahasan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dengan jumlah responden sebanyak 88 orang. Pembahasan ini membahas tentang karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan lama menderita stroke, serta hubungan antara Tingkat spiritualitas dengan Kualitas Hidup pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

#### **A. Interpretasi dan Diskusi Hasil**

##### **1. Hasil karakteristik responden**

###### **a. Usia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata usia penderita stroke berada di rentang 36-45 tahun (36,4%), dengan kelompok usia tertinggi 46-60 tahun (39,7%). Rata-rata usia penderita stroke adalah 51,86 tahun, yang menunjukkan bahwa risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia. (Syukriyah & Fauzi, 2024).

Data ini sejalan dengan penelitian lain yang menunjukkan prevalensi stroke lebih tinggi pada kelompok usia 55-64 tahun, mencapai 33,3%, mengindikasikan bahwa risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia.

Penelitian terbaru di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Jakarta menemukan bahwa rata-rata usia penderita stroke ringan adalah 59 tahun, berdasarkan analisis terhadap 1.509 pasien. Penemuan ini

konsisten dengan laporan bahwa stroke cenderung menyerang individu yang lebih tua, meskipun dapat terjadi pada usia muda.

Namun, temuan ini juga menunjukkan bahwa stroke tidak terbatas pada usia lanjut, karena tetap dapat terjadi pada individu yang lebih muda. Dengan demikian, upaya pencegahan dan penanganan stroke perlu difokuskan pada kelompok usia yang lebih luas, dengan perhatian khusus pada faktor risiko yang meningkat seiring bertambahnya usia.

Data yang Anda sampaikan menunjukkan bahwa risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia, dengan prevalensi tertinggi pada kelompok usia 46-60 tahun dan rata-rata usia penderita stroke sekitar 51,86 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian lain yang menunjukkan prevalensi stroke lebih tinggi pada kelompok usia 55-64 tahun, mencapai 33,3%. Selain itu, penelitian di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Jakarta menemukan bahwa rata-rata usia penderita stroke ringan adalah 59 tahun.

Temuan-temuan ini konsisten dengan literatur medis yang menyatakan bahwa risiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia. Menurut American Stroke Association, risiko stroke meningkat dua kali lipat setiap dekade setelah usia 55 tahun. (Dharmawita, 2015)

Selain itu, data dari Centers for Disease Control and Prevention (CDC) menunjukkan bahwa sekitar dua pertiga dari semua pasien stroke berusia 65 tahun atau lebih. (Zukhri et al., 2024)

Namun, penting untuk dicatat bahwa stroke tidak hanya terjadi pada usia lanjut. Studi menunjukkan bahwa sekitar 10-15% dari semua stroke iskemik terjadi pada individu berusia 18 hingga 50 tahun. (Numberi et al., 2024)

Faktor risiko seperti hipertensi, diabetes, obesitas, dan gaya hidup tidak sehat dapat berkontribusi pada kejadian stroke pada usia yang lebih muda. Oleh karena itu, upaya pencegahan dan penanganan stroke harus mencakup berbagai kelompok usia, dengan fokus pada modifikasi faktor risiko yang dapat dikendalikan. Edukasi mengenai gaya hidup sehat, deteksi dini, dan manajemen faktor risiko seperti tekanan darah tinggi dan diabetes sangat penting dalam mengurangi insiden stroke di semua kelompok usia. (Jannah, 2023)

b. Jenis kelamin

Mayoritas responden stroke adalah laki-laki (56,8%). Faktor gaya hidup, stres, dan menunda pemeriksaan kesehatan menjadikan laki-laki lebih rentan terhadap stroke. Setelah menopause, risiko stroke pada perempuan meningkat akibat penurunan hormon estrogen, sementara laki-laki memiliki risiko lebih tinggi di usia produktif karena hormon testosteron yang meningkatkan kadar LDL. (Eka et al., 2017)

Faktor gaya hidup yang tidak sehat, stres, dan kebiasaan menunda pemeriksaan kesehatan membuat laki-laki lebih rentan terhadap stroke. Setelah menopause, risiko stroke pada perempuan meningkat akibat penurunan hormon estrogen, yang sebelumnya berperan melindungi

pembuluh darah. Sementara itu, laki-laki memiliki risiko lebih tinggi di usia produktif karena hormon testosteron yang dapat meningkatkan kadar LDL, berkontribusi pada risiko kardiovaskular yang lebih besar. (Numberi et al., 2024).

Hal ini menegaskan perlunya pendekatan pencegahan yang spesifik berdasarkan jenis kelamin untuk mengurangi risiko stroke.

Penelitian menunjukkan bahwa prevalensi stroke lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Data dari Riskesdas 2018 mengindikasikan bahwa prevalensi stroke pada laki-laki sebesar 12,3%, sementara pada perempuan sebesar 9% (Ananda Muhamad Tri Utama, 2022)

Faktor gaya hidup seperti merokok, konsumsi alkohol, pola makan tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik lebih sering ditemukan pada laki-laki, yang meningkatkan risiko stroke.

Setelah menopause, penurunan kadar estrogen pada perempuan mengurangi efek protektif terhadap sistem kardiovaskular, sehingga risiko stroke meningkat. Estrogen diketahui memiliki peran dalam menjaga elastisitas pembuluh darah dan mengendalikan kadar kolesterol (Dinkes Kota Semarang, 2022)

Di sisi lain, hormon testosteron pada laki-laki dapat mempengaruhi profil lipid, termasuk peningkatan kadar LDL (kolesterol jahat), yang berkontribusi pada risiko kardiovaskular. Oleh karena itu, strategi pencegahan stroke perlu mempertimbangkan perbedaan gender. Pada

laki-laki, fokus dapat diarahkan pada modifikasi gaya hidup, seperti berhenti merokok, mengurangi konsumsi alkohol, dan meningkatkan aktivitas fisik. Sementara pada perempuan, terutama pascamenopause, perhatian khusus terhadap faktor risiko kardiovaskular dan pengelolaan kesehatan hormonal menjadi penting. (Rozaki, 2023)

c. Pendidikan terakhir

Penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pendidikan terakhir SD (30,7%). Tingkat pendidikan memengaruhi kualitas hidup pasca-stroke, di mana pendidikan yang lebih tinggi berkaitan dengan pemahaman kesehatan yang lebih baik dan penerapan pola hidup sehat (Aditama & Muntamah, 2024). Penelitian menemukan bahwa pasien stroke dengan pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik, karena mereka lebih mampu memahami instruksi medis dan menerapkan gaya hidup sehat. Demikian pula, Davayansyah dan Rusman (2023) melaporkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi berhubungan dengan kepatuhan yang lebih baik terhadap program rehabilitasi, yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien stroke.

Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan berperan penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien stroke melalui peningkatan literasi kesehatan dan kemampuan untuk mengikuti perawatan.

Selain itu, literatur lain mendukung temuan ini. Penelitian oleh

Noghani et al. (2007) menunjukkan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif pasien pasca-stroke. Individu dengan pendidikan lebih tinggi memiliki akses yang lebih baik terhadap informasi kesehatan dan layanan medis, serta lebih proaktif dalam pengelolaan kesehatan mereka. Hal ini sejalan dengan temuan Moons et al. (2004) dan Baxter (1998) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang memengaruhi kualitas hidup subjektif. (Ananda Muhamad Tri Utama, 2022)

Selain itu, penelitian oleh (Wardhani & Martini, 2015) menemukan bahwa terdapat hubungan antara karakteristik pasien stroke, termasuk tingkat pendidikan, dengan kepatuhan menjalani rehabilitasi. Pasien dengan pendidikan lebih tinggi menunjukkan kepatuhan yang lebih baik dalam mengikuti program rehabilitasi, yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup mereka.

Secara keseluruhan, temuan-temuan ini menekankan pentingnya pendidikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien stroke. Pendidikan yang lebih tinggi tidak hanya meningkatkan literasi kesehatan, tetapi juga kemampuan untuk mengikuti perawatan dan rehabilitasi secara efektif. Oleh karena itu, intervensi yang berfokus pada peningkatan pengetahuan dan kesadaran kesehatan, terutama bagi mereka dengan tingkat pendidikan rendah, sangat diperlukan untuk mengoptimalkan pemulihan dan kualitas hidup pasca-stroke. (Adolph,

2016)

d. Pekerjaan

Penelitian ini menunjukkan bahwa Sebagian besar responden (33,0%) sudah tidak bekerja. Status pekerjaan berpengaruh terhadap kualitas hidup, di mana pasien yang masih bekerja memiliki kualitas hidup lebih baik. Kehilangan pekerjaan dapat menyebabkan tekanan finansial dan penurunan kualitas hidup.

(Utama & Nainggolan, 2022) menemukan bahwa pasien stroke yang tidak bekerja cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan mereka yang masih bekerja. Demikian pula, Zukhri et al. (2024) melaporkan bahwa kehilangan pekerjaan setelah stroke berhubungan dengan peningkatan tekanan finansial, yang berdampak negatif pada kualitas hidup pasien.

Temuan ini menekankan pentingnya dukungan sosial dan finansial untuk meningkatkan kualitas hidup pasien stroke, terutama mereka yang sudah tidak bekerja. Dukungan tersebut dapat berupa bantuan finansial, program rehabilitasi yang komprehensif, serta pelatihan keterampilan untuk membantu pasien kembali ke dunia kerja atau beradaptasi dengan kondisi baru mereka.(Azzubaidi et al., 2024)

Selain itu, penelitian lain juga mendukung temuan ini. Studi oleh Kurnia Silvi Nandita (2023) menunjukkan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan kualitas hidup pasien stroke di RSUD Padangsidempuan. Dukungan keluarga yang baik

dapat membantu pasien dalam proses pemulihan dan meningkatkan kualitas hidup mereka. (Sumarsan, 2021)

Secara keseluruhan, intervensi yang berfokus pada peningkatan dukungan sosial dan finansial sangat diperlukan untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien stroke, khususnya bagi mereka yang kehilangan pekerjaan akibat kondisi tersebut. (Nandita, 2023)

e. Lama menderita Stroke

Hasil penelitian menunjukkan bahwa Sebagian besar responden (38,5%) telah didiagnosis menderita stroke selama 7-10 tahun. Pasien yang telah lama menderita stroke cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik karena adaptasi psikologis dan fisik. Dukungan motivasi sangat penting untuk mempercepat pemulihan (Jam'an Amany, 2021)

Pasien yang telah lama menderita stroke cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik karena adaptasi psikologis dan fisik. Sebuah studi menemukan bahwa responden dengan waktu pasca-stroke yang lebih lama memiliki kualitas hidup yang lebih baik, karena mereka telah memasuki fase penerimaan dan adaptasi terhadap kondisi mereka.

Dukungan motivasi dari keluarga sangat penting untuk mempercepat pemulihan pasien stroke. Keluarga berperan dalam memberikan dukungan emosional dan motivasi, yang dapat membantu

pasien dalam proses rehabilitasi dan meningkatkan kualitas hidup mereka.(Zukhri et al., 2024)

Selain itu, dukungan keluarga memainkan peran penting dalam pemulihan dan kualitas hidup pasien stroke. Dukungan keluarga yang baik dapat membantu pasien dalam proses rehabilitasi, memberikan motivasi, dan membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari. Penelitian oleh (Nandita, 2023) menemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga dan kualitas hidup pasien stroke berulang di RSUD Padangsidempuan. Dukungan keluarga yang memadai dapat meningkatkan semangat dan motivasi pasien untuk menjalani terapi dan aktivitas rehabilitasi lainnya, yang pada akhirnya berdampak positif pada kualitas hidup mereka.

Temuan ini menekankan pentingnya lingkungan sosial dan dukungan keluarga dalam pemulihan jangka panjang pasien stroke. Intervensi yang melibatkan keluarga dalam proses rehabilitasi dan memberikan edukasi mengenai peran mereka dalam mendukung pasien sangat diperlukan. (Diajukan et al., 2021) Dengan demikian, kualitas hidup pasien stroke dapat ditingkatkan melalui adaptasi yang efektif dan dukungan keluarga yang optimal.(Maulidiyah, 2021)

## **2. Hasil univariat**

### **a. Tingkat Spiritualitas**

Dari hasil penelitian terhadap 88 responden, sebanyak 39 pasien stroke (44,32%) berada pada tingkat spiritualitas sedang. Hal ini mencerminkan adanya peningkatan dalam dimensi spiritualitas mereka, yang mencakup hubungan yang mendalam dengan Tuhan serta pemahaman terhadap diri dan lingkungan sosial. Dimensi ini tercermin dalam perilaku simpati, keramahan, dan penghormatan terhadap sesama, yang mendukung terciptanya hubungan sosial yang harmonis (Husni, Romadhoni, & Rukiyati, 2018).

Lebih lanjut, kebutuhan spiritual manusia merupakan aspek penting dalam keharmonisan hidup, yang melibatkan pencarian makna, tujuan, serta pemahaman terhadap penderitaan dan kematian. Dimensi ini berfokus pada kebutuhan akan harapan, keyakinan terhadap diri sendiri, dan hubungan yang erat dengan Tuhan. Baihaki (2021) menjelaskan lima dasar kebutuhan spiritual, yaitu kemampuan merasakan misteri kehidupan, memperkuat rasa percaya diri, menjalankan pengabdian, menemukan harapan dalam situasi sulit, serta menentukan arah dan tujuan hidup.

Dalam konteks pasien stroke, spiritualitas berperan sebagai faktor signifikan yang tidak hanya membantu mereka menghadapi kondisi kesehatan yang menantang, tetapi juga dapat meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Dengan spiritualitas yang lebih baik, pasien dapat menemukan harapan, tujuan, dan makna dalam situasi sulit yang mereka hadapi. (Ananda Muhamad Tri Utama, 2022)

Kebutuhan spiritual merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia, melibatkan pencarian makna, tujuan, serta pemahaman terhadap penderitaan dan kematian. Pemenuhan kebutuhan spiritual dapat membantu individu menemukan harapan dan makna dalam situasi sulit, seperti yang dialami oleh pasien stroke. (Mauliddiyah, 2021)

Dalam konteks pasien stroke, spiritualitas berperan signifikan dalam membantu mereka menghadapi kondisi kesehatan yang menantang dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Studi lain menunjukkan bahwa kesejahteraan spiritual berkorelasi positif dengan kualitas hidup pasien stroke, di mana dukungan spiritual membantu pasien dalam proses pemulihan dan adaptasi terhadap kondisi mereka. (Mulyani et al., 2018)

Temuan (*Spiritual Needs of Older Adults Living with Dementia: An Integrative Review*, 2023) menekankan pentingnya pemenuhan kebutuhan spiritual dalam perawatan pasien stroke. Intervensi yang mendukung pengembangan spiritualitas, seperti bimbingan rohani dan dukungan sosial, dapat berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan pasien secara keseluruhan.

#### b. Kualitas Hidup

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 28 orang responden

memiliki kualitas hidup yang baik. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Zukhri et al., 2024), yang juga mengungkapkan bahwa mayoritas pasien pasca stroke memiliki kualitas hidup yang baik. Penilaian kualitas hidup didasarkan pada berbagai domain yang mencakup kondisi fisik, psikologis, dan sosial pasien.

Beberapa aspek yang paling terganggu pada responden meliputi energi, kemampuan kognitif, mobilitas, peran dalam keluarga, kepribadian, dan suasana hati. Gangguan pada aspek energi mengindikasikan kelelahan tinggi, sedangkan masalah pada mobilitas dan kognitif mempengaruhi kemampuan pasien untuk bergerak dan berpikir dengan optimal. Gangguan dalam peran keluarga, kepribadian, dan suasana hati menunjukkan dampak stroke pada hubungan sosial dan kondisi emosional pasien.

Namun, penelitian ini juga menemukan bahwa beberapa aspek lainnya, seperti perawatan diri, fungsi ekstremitas, dan penglihatan, menunjukkan hasil yang lebih baik. Sebagian besar pasien masih mampu merawat diri sendiri, memiliki fungsi ekstremitas yang baik, dan tidak mengalami gangguan signifikan pada penglihatan.

Temuan ini sesuai dengan penelitian Brillianti (2021), yang menemukan gangguan pada energi, mobilitas, pekerjaan, peran dalam keluarga, dan peran sosial, sementara aspek seperti mood, kepribadian, perawatan diri, dan fungsi ekstremitas atas menunjukkan stabilitas. Aspek bahasa dan penglihatan juga tidak banyak terganggu.

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan variasi dampak stroke terhadap berbagai aspek kehidupan pasien. Meskipun beberapa domain menunjukkan hasil positif, penting untuk mendukung pemulihan aspek yang terganggu, seperti energi, mobilitas, dan hubungan sosial, untuk meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke. (Setyawati, 2023) Pendekatan yang terintegrasi dalam rehabilitasi dapat membantu memperbaiki aspek-aspek yang terganggu dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

Aspek-aspek yang paling terganggu pada responden, seperti energi, kemampuan kognitif, mobilitas, peran dalam keluarga, kepribadian, dan suasana hati, juga telah diidentifikasi dalam penelitian lain. Misalnya, penelitian oleh Izzati et al. (2024) menunjukkan bahwa pasien pasca stroke iskemik yang mendapatkan fisioterapi masih mengalami gangguan pada mobilitas dan fungsi kognitif.

Namun, beberapa aspek seperti perawatan diri, fungsi ekstremitas, dan penglihatan menunjukkan hasil yang lebih baik. Hal ini konsisten dengan temuan oleh Hidayat (2019), yang menyatakan bahwa self-management yang baik berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup pada pasien pasca stroke, termasuk dalam aspek perawatan diri. (Hidayat, 2019)

Secara keseluruhan, hasil penelitian oleh (Karunia, 2016) variasi dampak stroke terhadap berbagai aspek kehidupan pasien. Meskipun beberapa domain menunjukkan hasil positif, penting untuk mendukung

pemulihan aspek yang terganggu, seperti energi, mobilitas, dan hubungan sosial, untuk meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke. Pendekatan rehabilitasi yang terintegrasi, termasuk manajemen stres, edukasi, olahraga, dan dukungan keluarga, dapat membantu memperbaiki aspek-aspek yang terganggu dan meningkatkan kualitas hidup pasien pasca stroke.

### 3. Hasil Bivariat

#### a. Hubungan Tingkat spiritualitas dengan Kualitas Hidup

tidak ada hubungan signifikan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke diterima. Dengan nilai koefisien korelasi sebesar 0,134 dan nilai signifikansi  $p=0,212$ , yang lebih besar dari tingkat signifikansi 0,05, disimpulkan bahwa tidak terdapat korelasi yang berarti antara kedua variabel tersebut. Ini menunjukkan bahwa tingkat spiritualitas tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap kualitas hidup pasien stroke dalam penelitian ini.

Meskipun terdapat korelasi positif yang sangat kecil antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup, hubungan ini tidak cukup kuat untuk dianggap signifikan dalam konteks data yang digunakan. (Kusnadi, 2020) Oleh karena itu, tidak ada bukti yang cukup untuk menyatakan bahwa kedua variabel ini memiliki hubungan yang bermakna.

Penelitian sebelumnya, seperti oleh Dharma et al. (2020) dan Erawan et al. (n.d.), menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat spiritualitas

pasien, semakin baik kualitas hidup pasien tersebut. Namun, hasil penelitian ini tidak menemukan hubungan signifikan antara kedua variabel tersebut.

Perbedaan hasil penelitian mungkin disebabkan oleh faktor metodologi, sampel, atau konteks yang berbeda. Oleh karena itu, penelitian lebih lanjut dengan desain yang lebih komprehensif diperlukan untuk memahami hubungan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke secara lebih mendalam. Keterbatasan penelitian.

Selain itu, faktor-faktor lain seperti dukungan keluarga, status fungsional, dan kondisi kesehatan mental juga dapat berperan dalam menentukan kualitas hidup pasien stroke. Penelitian oleh Siprianus Abdu et al. (2022) mengidentifikasi bahwa faktor-faktor seperti status pekerjaan dan dukungan sosial memiliki pengaruh signifikan terhadap kualitas hidup pasien pasca stroke.

Keterbatasan dalam penelitian Anda, seperti ukuran sampel yang kecil, kurangnya kontrol terhadap variabel perancu, atau keterbatasan dalam instrumen pengukuran, dapat mempengaruhi validitas dan reliabilitas temuan. Oleh karena itu, disarankan untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan desain yang lebih komprehensif dan mempertimbangkan berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien stroke. (Fish, 2020)

Penelitian lebih lanjut dengan desain yang lebih mendalam dan

cakupan yang lebih luas diperlukan untuk mengeksplorasi hubungan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke secara lebih menyeluruh. Hal ini mencakup penggunaan metode yang lebih canggih, pengendalian variabel perancu, serta analisis longitudinal untuk memahami hubungan kausalitas secara lebih baik.

b. Keterbatasan penelitian

Terletak pada karakteristik responden yang sebagian besar memiliki tingkat pendidikan terakhir SD. Kondisi ini mempengaruhi cara pengisian kuesioner, yang dapat memengaruhi kualitas data yang diperoleh. Beberapa respon dari partisipan belum sepenuhnya sesuai dengan harapan, karena faktor komunikasi dan keterbatasan pemahaman terhadap pertanyaan. Oleh karena itu, penting bagi peneliti untuk lebih selektif dalam memilih bahasa dan cara penyampaian pertanyaan agar informasi yang dikumpulkan lebih akurat dan relevan.

**B. Implikasi untuk keperawatan**

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan tidak adanya hubungan signifikan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik, perawat perlu mempertimbangkan pendekatan perawatan yang lebih komprehensif dan holistik. Meskipun spiritualitas dapat memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan pasien, faktor-faktor lain seperti kondisi fisik, dukungan sosial, dan kesehatan psikologis mungkin lebih berpengaruh dalam menentukan kualitas hidup pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik.

Perawat harus melakukan pendekatan holistik yang mencakup perhatian terhadap aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien. Meskipun tingkat spiritualitas tidak menunjukkan hubungan signifikan dengan kualitas hidup, dukungan spiritual tetap penting untuk memberikan ketenangan dan motivasi. Dukungan sosial dan psikologis juga krusial untuk mencegah isolasi serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Fokus utama perawat harus pada rehabilitasi fisik dan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan mobilitas dan kemandirian pasien. Selain itu, evaluasi faktor non-spiritual seperti gangguan fisik dan dukungan keluarga juga perlu dilakukan untuk merancang program rehabilitasi yang efektif, dengan mengutamakan kesejahteraan fisik dan psikologis pasien stroke.



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara tingkat spiritualitas dengan kualitas hidup pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di Rumah Sakit Islam Sultan Agung, Semarang. Dari 88 responden, mayoritas berusia di atas 60 tahun (39,7%), laki-laki (56,8%), berpendidikan terakhir SD (30,7%), tidak bekerja (33%), dan telah menderita stroke selama 7-10 tahun (38,5%). Sebagian besar responden memiliki tingkat spiritualitas sedang (44,32%), yang mencerminkan hubungan dengan Tuhan dan keseimbangan emosional, serta kualitas hidup yang baik (31,82%) meskipun terdapat gangguan pada energi, mobilitas, dan hubungan sosial. Analisis statistik menunjukkan tidak adanya hubungan signifikan antara tingkat spiritualitas dan kualitas hidup pasien stroke (koefisien korelasi 0,091;  $p > 0,05$ ). Hal ini mengindikasikan bahwa spiritualitas, meskipun penting, tidak secara langsung memengaruhi kualitas hidup pasien dalam penelitian ini.

#### **B. Saran**

##### **1. Untuk peneliti**

- a. Melakukan penelitian lanjutan dengan desain yang lebih komprehensif, melibatkan jumlah responden yang lebih besar dan mempertimbangkan variabel lain yang memengaruhi kualitas hidup pasien stroke, seperti dukungan keluarga dan kondisi psikologis.

- b. Mengembangkan metode pengumpulan data yang lebih sesuai dengan tingkat pendidikan responden, seperti wawancara terstruktur atau penggunaan media visual.

## **2. Institusi Pendidikan**

- a. Menyediakan program edukasi yang menekankan pentingnya gaya hidup sehat dan pencegahan faktor risiko stroke sejak dini.
- b. Mengintegrasikan materi tentang pentingnya dukungan spiritual dalam kurikulum untuk mahasiswa keperawatan dan profesi kesehatan lainnya.

## **3. Masyarakat**

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan fisik dan mental untuk mencegah stroke, melalui kampanye kesehatan dan kegiatan komunitas.
- b. Mendorong terbentuknya kelompok dukungan bagi pasien stroke dan keluarganya untuk berbagi pengalaman dan saling memberikan semangat.

## **4. Pelayanan Kesehatan**

- a. Mengembangkan program rehabilitasi yang lebih terjangkau dengan fokus pada mobilitas dan kemandirian.
- b. Memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk pendekatan holistik dalam perawatan stroke.

## DAFTAR PUSTAKA

- Azzubaidi, S. B. S., Rachman, M. E., & Hamado, N. (2024). Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(2), 2511–2517.
- Dharmawita. (2015). Angka Kejadian Stroke Berdasarkan Usia Dan Jenis Kelamin Pada Stoke Hemoragik Dan Non-Hemoragik. *Jurnal Medika Malahayati*, 2(4), 157–163.
- Diajukan, S. I., Salah, S., Syarat, S., Memperoleh, U., Sarjana, G., & Masyarakat, K. (2021). *Skripsi Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke Di Rsud Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021 Viky Indra Mahendra B. K011171524*.
- Dinkes Kota Semarang. (2022). Profil Kesehatan 2022 Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Dinas Kesehatan Kota Semarang*, 6(1), 1–6.
- Eka, I., Wicaksana, P., Wati, A. P., Muhartomo, H., & Index, B. (2017). Perbedaan jenis kelamin sebagai faktor risiko terhadap keluaran klinis pasien stroke iskemik. 6(2), 655–662.
- Fish, B. (2020). *No Title*. 2507(February), 1–9. Hidayat, S. (2019). Hubungan Self-Management dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraen Malang. *Repository Universitas Brawijaya*, 2(1), 1–9.
- Iii, B. A. B., & Penelitian, A. D. (2015). *BAB III kuesioner dses*. 67–95.
- Jannah, L. (2023). *Hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah pada pasien hipertensi di rumah sakit islam sultan agung semarang*.
- Kusnadi, F. N. (2020). Open Acces Acces. *Jurnal Bagus*, 02(01), 402–406.
- Mulyani, T., Widiyanti, E., & Mirwanti, R. (2018). Spiritual Well-Being Of Post-Stroke Patients In Neurological Polyclinic of Al Ihsan Regional Public Hospital, West Java Province. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 4(1), 42. <https://doi.org/10.17509/jpki.v4i1.12341>
- Munawarah. (2018). *Kuesioner Tersebut Secara Lengkap Sesuai Dengan Pengalaman Yang*. 82–132.
- Nandita, K. S. (2023). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Berulang Di RSUD Kota Padangsidimpuan*. 47.
- Numberi, T. J., Wonatorey, N. R., & Iswanto, D. (2024). *Profil Pasien Stroke Berdasarkan Faktor Demografi dan Sosioekonomi di RSUD Dok II Kota*

*Jayapura*. 4(4), 2329–2340.

- Rozaki, F. (2023). *Gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di rumah sakit islam sultan agung semarang*.
- Setyawati, R. (2023). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Tingkat Kepuasan Konsumen. *INOVASI: Jurnal Ekonomi, Keuangan Dan Manajemen*, 19(1), 57–63.  
<https://journal.feb.unmul.ac.id/index.php/INOVASI/article/view/12660/2345>
- Spiritual Needs of Older Adults Living with Dementia: An Integrative Review*. (2023). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10178032/>
- Sulistiyowati, W. (2017). Buku Ajar Statistika Dasar. *Buku Ajar Statistika Dasar*, 14(1), 15–31. <https://doi.org/10.21070/2017/978-979-3401-73-7>
- Sumarsan. (2021). Pengaruh Pajak Restoran Dan Pajak Hotel Terhadap Pendapatan Asli Daerah Kota Padangsidempuan Periode 2018-2020. *Jurnal Akuntansi*, 51(1), 1–15.
- Wardhani, I. O., & Martini, S. (2015). The Relationship between Stroke Patients Characteristics and Family Support with Compliance Rehabilitation. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(1), 24. <https://doi.org/10.20473/jbe.v3i12015.24-34>
- Zukhri, S., Lanang, M., Teknologi, K. D., & Klaten, U. M. (2024). GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASCA STROKE PADA PENDERITA STROKE DI DESA JIWOWETAN KECAMATAN. 19(1), 15–22.
- A. (2021). Assessment of the stroke-specific quality-of-life scale in kfhu, khobar a prospective cross-sectional study. *Neurosciences*, 26(2), 171–178.  
<https://doi.org/10.17712/nsj.2021.2.20200126>
- A. K., Alhwiesh, A. A., Gari, D. M., Khuda, I. K. M. Q., & Vallabados, C.
- Abdu, S., Satti, Y. C., Payung, F., & Soputan, H. A. (2022). Analisis Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke Berdasarkan Karakteristik. *Jurnal Keperawatan Florence Nightingale*, 5(2), 50–59.  
<https://doi.org/10.52774/jkfn.v5i2.107>
- Ahnaf Dwi Cahyani, J. (2023). *Penerapan Range Of Motion (ROM) pasif dalam pemenuhan kebutuhan Mobilitas Fisik pada pasien Stroke Non Hmoragik di Ruang Alamanda I Rsud Sleman*. 5–33.
- Alotaibi, S. M., Alotaibi, H. M., Alolyani, A. M., Abu Dali, F. A., Alshammari,
- Aminah, P. L. (2023). *Spiritualitas Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner ( Pjk ) Spiritualitas Pada Pasien Penyakit Jantung*.

- Amrinsani, F., Arief, Z., & Gunawan, A. I. (2019). Identifikasi Sinyal Elektromiografi Otot Vastus Medialis dan Erector Spinae dalam Transisi Gerakan untuk Kontrol Robot Kaki. *Inovtek Polbeng*, 9(2), 219. <https://doi.org/10.35314/ip.v9i2.1011>
- Darsini, & Cahyono, E. A. (2023). Kualitas Hidup Pasien Hemodialisis Selama Pandemi Covid-19 ; Studi Klinis Di Ruang Hemodialisa, Rumah Sakit Gatoel Kota Mojokerto. *Jurnal Keperawatan*, 26–46.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2021). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2018 - 2023 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Renstra*.
- Dinkes Kota Semarang. (2022). Profil Kesehatan 2022 Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Dinas Kesehatan Kota Semarang*, 6(1), 1–6.
- Ekawati, Mukharomah Roni and , Wachidah Yuniartika, S.Kep., Ns., M. K. (2013). *Asuhan Keperawatan Jiwa pada Nn. S dengan Perubahan Persepsi Sensori Halusinasi Pendengaran di Ruang Sumbodro Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta*.
- Ghența, M., Matei, A., Mladen-Macovei, L., & Stănescu, S. (2022). Quality of Life of Older Persons: The Role and Challenges of Social Services Providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14). <https://doi.org/10.3390/ijerph19148573>
- González-Santos, J., Rodríguez-Fernández, P., Pardo-Hernández, R., González-Bernal, J. J., Fernández-Solana, J., & Santamaría-Peláez, M. (2023). A Cross-Sectional Study: Determining Factors of Functional Independence and Quality of Life of Patients One Month after Having Suffered a Stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20020995>
- Jannah, L. (2023). *Hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah pada pasien hipertensi di rumah sakit islam sultan agung semarang*.
- Kuncoro, & Mudrajad. (2021). Metode Kuantitatif. In *Metode Kuantitatif* (Issue 1940310019).
- Kusnadi, F. N. (2020). Open Acces Acces. *Jurnal Bagus*, 02(01), 402–406.
- Kwakkel, G., Stinear, C., Essers, B., Munoz-Novoa, M., Branscheidt, M., Cabanas-Valdés, R., Lakičević, S., Lampropoulou, S., Luft, A. R., Marque, P., Moore, S. A., Solomon, J. M., Swinnen, E., Turolla, A., Alt Murphy, M., & Verheyden, G. (2023). Motor rehabilitation after stroke: European Stroke
- Liu, H., Gan, Q., Tan, J., Sun, X., Liu, Y., & Wan, C. (2023). The association

- between quality of life and subjective wellbeing among older adults based on canonical correlation analysis. *Frontiers in Public Health*, 11(September), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1235276>
- Mokhatri-Hesari, P., & Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: Review of reviews from 2008 to 2018. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x>
- Mussardo, G. (2019). Tahap Pengkajian Dalam Proses Keperawatan. *Statistical Field Theor*, 53(9), 1689–1699.
- Organisation (ESO) consensus-based definition and guiding framework. *European Stroke Journal*. <https://doi.org/10.1177/23969873231191304> Adolph, R. (2016). *No Title No Title No Title*, 5, 1–23.
- Azzubaidi, S. B. S., Rachman, M. E., & Hamado, N. (2024). Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(2), 2511–2517.
- Dharmawita. (2015). Angka Kejadian Stroke Berdasarkan Usia Dan Jenis Kelamin Pada Stoke Hemoragik Dan Non-Hemoragik. *Jurnal Medika Malahayati*, 2(4), 157–163.
- Diajukan, S. I., Salah, S., Syarat, S., Memperoleh, U., Sarjana, G., & Masyarakat, K. (2021). *Skripsi Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke Di Rsud Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021 Viky Indra Mahendra B. K011171524*.
- Dinkes Kota Semarang. (2022). Profil Kesehatan 2022 Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Dinas Kesehatan Kota Semarang*, 6(1), 1–6.
- Eka, I., Wicaksana, P., Wati, A. P., Muhartomo, H., & Index, B. (2017). *Perbedaan jenis kelamin sebagai faktor risiko terhadap keluaran klinis pasien stroke iskemik*. 6(2), 655–662.
- Hidayat, S. (2019). Hubungan Self-Management dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang. *Repository Universitas Brawijaya*, 2(1), 1–9.
- Iii, B. A. B., & Penelitian, A. D. (2015). *BAB III kuesioner dses*. 67–95.
- Jannah, L. (2023). *Hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah pada pasien hipertensi di rumah sakit islam sultan agung semarang*.
- Kusnadi, F. N. (2020). Open Acces Acces. *Jurnal Bagus*, 02(01), 402–406.
- Mulyani, T., Widiyanti, E., & Mirwanti, R. (2018). Spiritual Well-Being Of Post-

- Stroke Patients In Neurological Polyclinic of Al Ihsan Regional Public Hospital, West Java Province. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 4(1), 42. <https://doi.org/10.17509/jpki.v4i1.12341>
- Munawarah. (2018). *Kuesioner Tersebut Secara Lengkap Sesuai Dengan Pengalaman Yang*. 82–132.
- Nandita, K. S. (2023). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Berulang Di RSUD Kota Padangsidempuan*. 47.
- Numberi, T. J., Wonatorey, N. R., & Iswanto, D. (2024). *Profil Pasien Stroke Berdasarkan Faktor Demografi dan Sosioekonomi di RSUD Dok II Kota Jayapura*. 4(4), 2329–2340.
- Rozaki, F. (2023). *Gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di rumah sakit islam sultan agung semarang*.
- Setyawati, R. (2023). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Tingkat Kepuasan Konsumen. *INOVASI: Jurnal Ekonomi, Keuangan Dan Manajemen*, 19(1), 57–63. <https://journal.feb.unmul.ac.id/index.php/INOVASI/article/view/12660/2345>
- Spiritual Needs of Older Adults Living with Dementia: An Integrative Review*. (2023). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10178032/>
- Sulistiyowati, W. (2017). Buku Ajar Statistika Dasar. *Buku Ajar Statistika Dasar*, 14(1), 15–31. <https://doi.org/10.21070/2017/978-979-3401-73-7>
- Sumarsan. (2021). Pengaruh Pajak Restoran Dan Pajak Hotel Terhadap Pendapatan Asli Daerah Kota Padangsidempuan Periode 2018-2020. *Jurnal Akuntansi*, 51(1), 1–15.
- Wardhani, I. O., & Martini, S. (2015). The Relationship between Stroke Patients Characteristics and Family Support with Compliance Rehabilitation. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(1), 24. <https://doi.org/10.20473/jbe.v3i12015.24-34>
- Zukhri, S., Lanang, M., Teknologi, K. D., & Klaten, U. M. (2024). *GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASCA STROKE PADA PENDERITA STROKE DI DESA JIWOWETAN KECAMATAN*. 19(1), 15–22.
- SDKI - Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia*. (2023). Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia. <https://snars.web.id/sdki/category/lingkungan/>
- Spiritual Needs of Older Adults Living with Dementia: An Integrative Review*. (2023). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10178032/>
- Suyanto, S., Nobby, M., Nurkholik, H., & Noor, M. A. (2022). Lama menderita

berpengaruh terhadap tingkat spiritualitas pasien stroke. *Penelitian Dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan*, 8(1), 43–50.

- Utama, Y. A., & Nainggolan, S. S. (2022). Karakteristik Kualitas Hidup Pasien Stroke. *Jurnal Kesehatan Lentera'Aisyiyah*, 5(1), 539–550. <https://jurnal.politasumbar.ac.id/index.php/jl/article/view/131>
- WHO. (2004). Presentación de los instrumentos de WHOQOL. *World Health Organization*, 1–15. [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)
- Adolph, R. (2016). *No Title No Title No Title*. 5, 1–23.
- Azzubaidi, S. B. S., Rachman, M. E., & Hamado, N. (2024). Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pada Pasien Pasca Stroke. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(2), 2511–2517.
- Dharmawita. (2015). Angka Kejadian Stroke Berdasarkan Usia Dan Jenis Kelamin Pada Stoke Hemoragik Dan Non-Hemoragik. *Jurnal Medika Malahayati*, 2(4), 157–163.
- Diajukan, S. I., Salah, S., Syarat, S., Memperoleh, U., Sarjana, G., & Masyarakat, K. (2021). *Skripsi Determinan Kualitas Hidup Penderita Stroke Di Rsud Labuang Baji Kota Makassar Tahun 2021 Viky Indra Mahendra B. K011171524*.
- Dinkes Kota Semarang. (2022). Profil Kesehatan 2022 Dinas Kesehatan Kota Semarang. *Dinas Kesehatan Kota Semarang*, 6(1), 1–6.
- Eka, I., Wicaksana, P., Wati, A. P., Muhartomo, H., & Index, B. (2017). *Perbedaan jenis kelamin sebagai faktor risiko terhadap keluaran klinis pasien stroke iskemik*. 6(2), 655–662.
- Hidayat, S. (2019). Hubungann Self-Management dengan Kualitas Hidup Pasien Paska Stroke di Poli Neurologi Rumah Sakit Tk.II dr. Soepraoen Malang. *Repository Universitas Brawijaya*, 2(1), 1–9.
- Iii, B. A. B., & Penelitian, A. D. (2015). *BAB III kuesioner dses*. 67–95.
- Jannah, L. (2023). *Hubungan antara tingkat spiritualitas dengan tekanan darah pada pasien hipertensi di rumah sakit islam sultan agung semarang*.
- Kusnadi, F. N. (2020). Open Acces Acces. *Jurnal Bagus*, 02(01), 402–406.
- Mulyani, T., Widiandi, E., & Mirwanti, R. (2018). Spiritual Well-Being Of Post-Stroke Patients In Neurological Polyclinic of Al Ihsan Regional Public Hospital, West Java Province. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 4(1), 42. <https://doi.org/10.17509/jpki.v4i1.12341>

- Munawarah. (2018). *Kuesioner Tersebut Secara Lengkap Sesuai Dengan Pengalaman Yang*. 82–132.
- Nandita, K. S. (2023). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke Berulang Di RSUD Kota Padangsidempuan*. 47.
- Numberi, T. J., Wonatorey, N. R., & Iswanto, D. (2024). *Profil Pasien Stroke Berdasarkan Faktor Demografi dan Sosioekonomi di RSUD Dok II Kota Jayapura*. 4(4), 2329–2340.
- Rozaki, F. (2023). *Gambaran tingkat spiritualitas pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik di rumah sakit islam sultan agung semarang*.
- Setyawati, R. (2023). Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Tingkat Kepuasan Konsumen. *INOVASI: Jurnal Ekonomi, Keuangan Dan Manajemen*, 19(1), 57–63.  
<https://journal.feb.unmul.ac.id/index.php/INOVASI/article/view/12660/2345>
- Spiritual Needs of Older Adults Living with Dementia: An Integrative Review*. (2023). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10178032/>
- Sulistiyowati, W. (2017). Buku Ajar Statistika Dasar. *Buku Ajar Statistika Dasar*, 14(1), 15–31. <https://doi.org/10.21070/2017/978-979-3401-73-7>
- Sumarsan. (2021). Pengaruh Pajak Restoran Dan Pajak Hotel Terhadap Pendapatan Asli Daerah Kota Padangsidempuan Periode 2018-2020. *Jurnal Akuntansi*, 51(1), 1–15.
- Wardhani, I. O., & Martini, S. (2015). The Relationship between Stroke Patients Characteristics and Family Support with Compliance Rehabilitation. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 3(1), 24. <https://doi.org/10.20473/jbe.v3i12015.24-34>
- Zukhri, S., Lanang, M., Teknologi, K. D., & Klaten, U. M. (2024). GAMBARAN KUALITAS HIDUP PASCA STROKE PADA PENDERITA STROKE DI DESA JIWOWETAN KECAMATAN. 19(1), 15–22.