



**GAMBARAN RESILIENSI DAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA
PASIEN PENYAKIT KRONIS DI RUANG POLI KLINIK PENYAKIT
DALAM RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Skripsi

NAMA : Ananta Nico Saputra

NIM : 30902200034

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

2025

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi berjudul:

**GAMBARAN RESILIENSI DAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA
PASIEN PENYAKIT KRONIS DI RUANG POLI KLINIK PENYAKIT
DALAM RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Ananta Nico Saputra

NIM : 30902200034

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada:

Tanggal :

Pembimbing 1

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep,Sp.KMB
NUPTK. 6639754655230112

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

GAMBARAN RESILIENSI DAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA
PASIEN PENYAKIT KROMS

Disusun oleh:

Nama : Ananta Nico Saputra
NIM : 30902200034

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 20 Januari 2026 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I,

Dr. Ns. Indah Sri Wahyuningsih, M.Kep
NUPTK. 0247766667231063

Penguji II,

Dr. Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep., Sp.KMB
NUPTK. 6639754655230112



Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Dr. Iwan Ardian, SKM, S.Kep., M.Kep
NUPTK: 1154752653130093

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul:

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

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

Semarang, 20 Januari 2026

Mengetahui,
Wakil Dekan I

Peneliti,




Dr. Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat
NUPTK. 9941753654230092

Ananta Nico Saputra
NIM : 30902200034

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Skripsi, 20 November 2025**

ABSTRAK

Ananta Nico Saputra

**GAMBARAN RESILIENSI DAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA
PASIEN PENYAKIT KRONIS DI RUANG POLI KLINIK PENYAKIT
DALAM RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

124 halaman + 9 tabel + xv (jumlah hal depan) + lampiran

Latar Belakang : Penyakit kronis merupakan kondisi kesehatan jangka panjang yang tidak hanya berdampak pada aspek fisik, tetapi juga menimbulkan masalah psikologis dan spiritual bagi penderitanya. Pasien penyakit kronis sering mengalami stres, kecemasan, dan perubahan kualitas hidup sehingga membutuhkan kemampuan adaptasi yang baik (resiliensi) serta dukungan spiritual yang memadai. Resiliensi dan spiritualitas menjadi faktor penting dalam membantu pasien menghadapi tekanan akibat penyakit yang diderita. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran resiliensi dan tingkat spiritualitas pada pasien penyakit kronis di Ruang Poli Klinik Penyakit Dalam RSI Sultan Agung Semarang

Metode : Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Sampel penelitian berjumlah 94 responden yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Instrumen yang digunakan adalah Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) untuk mengukur resiliensi dan Daily Spiritual

Experience Scale (DSES) untuk mengukur tingkat spiritualitas. Analisis data dilakukan secara univariat untuk menggambarkan distribusi karakteristik responden, tingkat resiliensi, dan tingkat spiritualitas.

Hasil : penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia 50–58 tahun (39,4%) dan berjenis kelamin laki-laki (61,7%). Berdasarkan jenis penyakit, responden terbanyak menderita diabetes melitus dan stroke. Tingkat resiliensi responden sebagian besar berada pada kategori sedang hingga tinggi, dengan resiliensi sedang sebesar 46,8% dan resiliensi tinggi sebesar 51,1%. Tingkat spiritualitas responden sebagian besar berada pada kategori sedang (46,8%), diikuti kategori rendah (29,8%) dan tinggi (23,4%).

Kesimpulan : penelitian ini menunjukkan bahwa pasien penyakit kronis di Poli Klinik Penyakit Dalam RSI Sultan Agung Semarang umumnya memiliki resiliensi dan spiritualitas pada tingkat sedang hingga tinggi. Hasil ini diharapkan dapat menjadi dasar bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk memberikan asuhan keperawatan yang holistik dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien penyakit kronis.

Kata Kunci : penyakit kronis, resiliensi, spiritualitas, pasien penyakit kronis

**NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING SCIENCE
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY, SEMARANG
Undergraduate Thesis, 20 November 2025
ABSTRACT**

Ananta Nico Saputra

**DESCRIPTION OF RESILIENCE AND LEVEL OF SPIRITUALITY
AMONG CHRONIC DISEASE PATIENTS IN THE INTERNAL MEDICINE
OUTPATIENT CLINIC OF SULTAN AGUNG ISLAMIC HOSPITAL,
SEMARANG**

124 pages + 9 tables + xv (preliminary pages) + appendices

Background: Chronic disease is a long-term health condition that affects not only physical aspects but also causes psychological and spiritual problems for sufferers. Patients with chronic diseases often experience stress, anxiety, and changes in quality of life, thus requiring good adaptive ability (resilience) and adequate spiritual support. Resilience and spirituality are important factors in helping patients cope with the pressures caused by their illness. This study aimed to describe resilience and the level of spirituality among chronic disease patients in the Internal Medicine Outpatient Clinic of Sultan Agung Islamic Hospital, Semarang.

Methods: This study used a quantitative design with a cross-sectional approach. The research sample consisted of 94 respondents selected using a purposive sampling technique. The instruments used were the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) to measure resilience and the Daily Spiritual Experience Scale (DSES) to measure the level of spirituality. Data analysis was conducted using univariate analysis to describe the distribution of respondent characteristics, levels of resilience, and levels of spirituality.

Results: The study showed that most respondents were aged 50–58 years (39.4%) and were male (61.7%). Based on the type of disease, the majority of respondents suffered from diabetes mellitus and stroke. Most respondents had moderate to high levels of resilience, with 46.8% having moderate resilience and 51.1% having high resilience. The majority of respondents had a moderate level of spirituality (46.8%), followed by low (29.8%) and high (23.4%) levels.

Conclusion: This study indicates that patients with chronic diseases in the Internal Medicine Outpatient Clinic of Sultan Agung Islamic Hospital, Semarang generally have moderate to high levels of resilience and spirituality. These results are expected to serve as a basis for healthcare professionals, especially nurses, to provide holistic nursing care by paying attention to the psychological and spiritual aspects of patients with chronic diseases.

Keywords: chronic disease, resilience, spirituality, chronic disease patients

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah robbil'alamin

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan Rahmat dan karunianya, dan sholawat serta salam senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW yang selalu menjadi panutan, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“GAMBARAN RESILIENSI DAN TINGKAT SPIRITUALITAS PADA PASIEN PENYAKIT KRONIS DI POLI PENYAKIT DALAM DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG”**. Dalam penyusunan laporan ini, penulis menyadari bahwa penyusunan laporan tidak lepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Gunarto, SH, M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Dr. Ns., Iwan Ardian, SKM., S.Kep., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung.
3. Ibu Dr. Ns., Dwi Retno Sulistyarningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.KMB Selaku kaprodi S1 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Dr. Ns., Dr. Dyah Wiji Puspita Sari, S.Kep., M.Kep, selaku Dosen pembimbing yang membantu dan menuntun saya menyelesaikan laporan skripsi menjadi lebih baik dan benar juga tentunya sangat bermanfaat untuk pembaca.
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan serta bantuan kepada penulis.

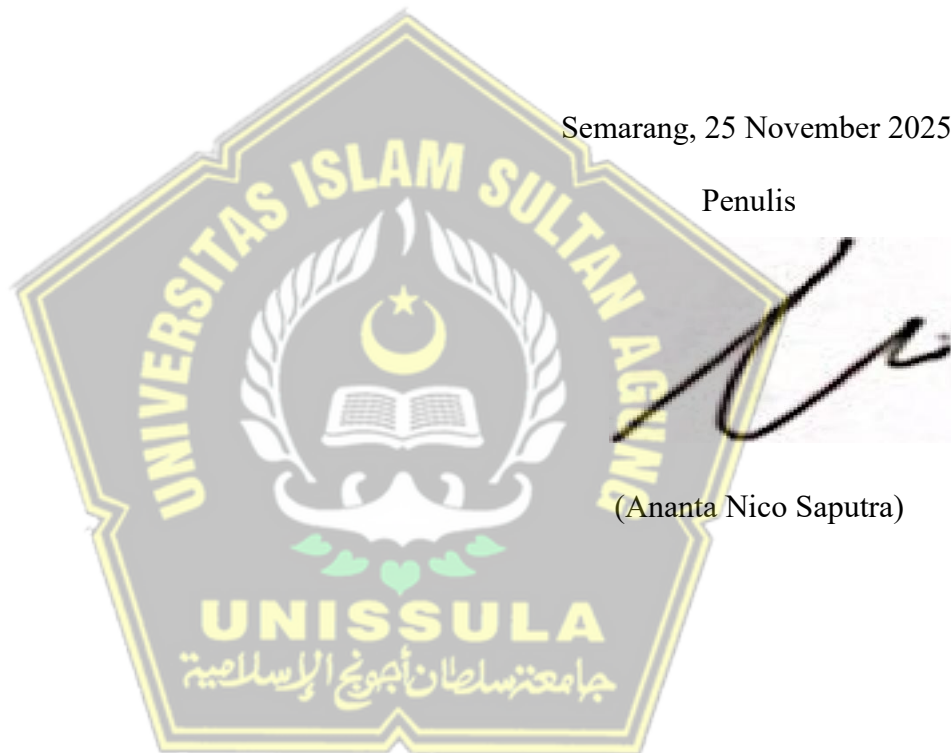
6. Orang-orang yang telah berjasa dalam hidup saya, yang senantiasa mendoakan dan memberikan motivasi serta dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan laporan skripsi ini, yakni: kedua orang tua saya (ayah) kris sudjianto dan (ibu) Anik Nursanti yang telah memberikan dukungan dalam menyelesaikan laporan skripsi saya.
7. Karu dan Perawat poli penyakit dalam di rumah sakit islam sultan agung semarang yang telah menerima dengan baik kedatangan penulis dan memberikan arahan, waktu, serta tempat untuk melakukan pengambilan data.
8. Kepada Seseorang yang tak sengaja bertemu yaitu Lathifah Hadiyati, S.Gz Saya ucapkan terimakasih sebanyak banyaknya karna selalu ada dan tak henti- hentinya memberikan semangat dan dukungan serta baik kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini
9. Kepada teman seperjuanganku Wahyu Cakra Dafitrianto saya ucapkan terimakasih karna telah memberikan semangat membantu saya dari awal menyusun skripsi ini sampai saat ini.
10. Kepada sahabatku Amrina Rosada dan Alma Khalista Yunia Rahma saya ucapkan terimakasih karna menjadi penguat dalam proses panjang ini, dan atas peran berharga yang turut mewarnai penyelesaian skripsi ini. Kehadiran dalam perjalanan ini adalah bagian penting yang tak terlupakan
11. Seluruh angkatan 2021 prodi gizi terkhusus kelas gizi A yang telah kebersamai penulis dari awal hingga akhir perkuliahan.

12. Semua pihak yang namanya tidak dapat penulis sebutkan satu persatu

peneliti menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun, saya harapkan demi kesempurnaan penelitian ini. Akhir kata, saya berharap laporan ini dapat diterima dan memberi manfaat, meskipun masih jauh dari sempurna.

Semarang, 25 November 2025

Penulis



DAFTAR ISI

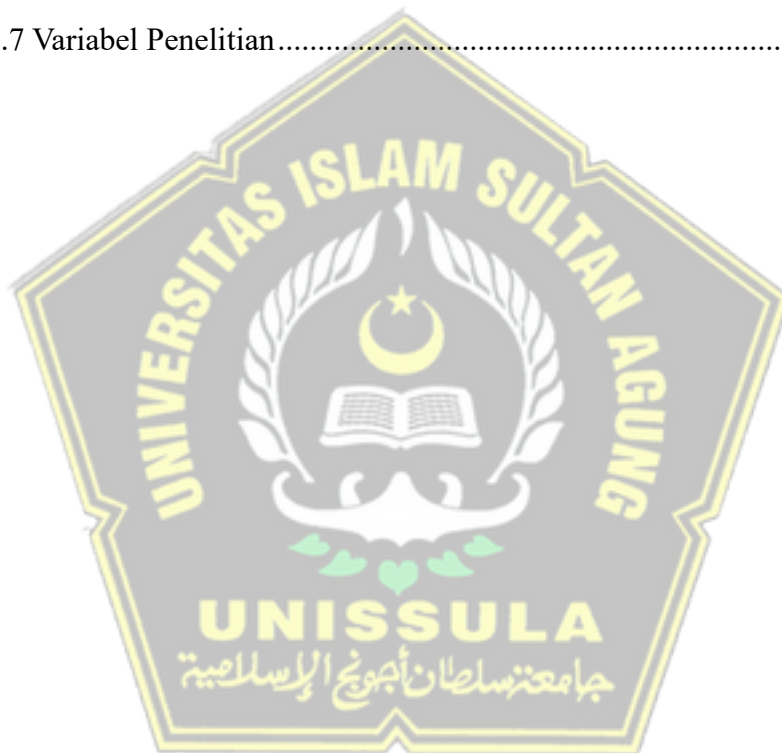
HALAMAN PERSETUJUAN	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
HALAMAN PENGESAHAN	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
DAFTAR ISI	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
DAFTAR TABEL	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
DAFTAR GAMBAR.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
DAFTAR LAMPIRAN	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
BAB I PENDAHULUAN	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
A. Latar Belakang	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
B. Rumusan Masalah	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
C. Tujuan	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
D. Manfaat Penelitian	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
A. Tinjauan Teori.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
B. Kerangka teori.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
C. Hipotesis Penelitian.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
A. Kerangka konsep	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
B. Variabel penelitian	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
C. Desain penelitian.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
D. Populasi dan sampel.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
E. Tempat dan waktu penelitian	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
F. Definisi operasional	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
G. Instrumen penelitian.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
H. Uji validitas dan reliabilitas	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
I. Metode pengumpulan data	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
J. Pengolahan data dan analisa data..	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
K. Etika Penelitian	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
BAB VI HASIL PENELITIAN.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
A. Hasil penelitian.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
B. Analisa univariat	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.
BAB V PEMBAHASAN.....	Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.

- A. Implikasi penelitian.....**Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
- B. Karakteristik responden**Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
- C. Keterbatasan penelitian**Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
- BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN..... Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
- A. Kesimpulan**Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
- B. Saran.....**Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**
- LAMPIRAN Kesalahan! Bookmark tidak ditentukan.**



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	30
Tabel 3,1 kuesioner Resiliensi.....	32
Table 4.1 Karakteristik Responden Usia	42
Tabel 4.2 Karakteristik Responden Jenis Kelamin.....	42
Tabel 4.3 Karakteristik Responden Pendidikan Terakhir.....	43
Tabel 4.5 Karakteristik Responden Jenis Penyakit	43
Table 4.6 Variabel Penelitian Resiliensi.....	44
Table 4.7 Variabel Penelitian.....	44



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 kerangka teori	23
Gambar 3.1 kerangka konsep	25



DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1 Lembar Informed Consent
- LAMPIRAN 2 Surat Permohonan Izin Survey Pendahuluan
- LAMPIRAN 3 Survey Pendahuluan
- LAMPIRAN 4 INFORMED CONSENT
- LAMPIRAN 5 kuesioner resiliensi dan spiritual



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit dapat dibedakan menjadi dua kategori utama, yaitu penyakit akut dan penyakit kronis. Penyakit akut adalah penyakit yang berlangsung dalam waktu singkat, berkembang secara cepat, dan seringkali memiliki awal yang jelas serta penyembuhan yang cepat pula. Contohnya meliputi flu, demam, diare, dan infeksi saluran napas atas. Sebaliknya, penyakit kronis adalah kondisi kesehatan jangka panjang yang berkembang lambat dan menetap dalam waktu lama, sering kali seumur hidup. Penyakit kronis memerlukan pengelolaan berkelanjutan dan dapat menyebabkan kecacatan serta penurunan kualitas hidup (Bagby et al., 2019).

Penyakit kronis merupakan penyakit dengan durasi panjang, berkembang lambat terjadi akibat faktor genetik, fisiologis, lingkungan dan perilaku (Bagby et al., 2019). Penyakit kronis melewati beberapa tahap perkembangan. Ketika dirawat di rumah, biasanya ditemukan tiga fase utama, yaitu fase stabil, fase pemulihan, dan fase penurunan. Pada fase stabil, gejala penyakit terkontrol dengan baik dan aktivitas sehari-hari dapat dijalankan meskipun dalam batasan tertentu. Fase pemulihan ditandai dengan kondisi pasien yang mulai membaik dan mampu menjalani pola hidup yang sesuai dengan keterbatasan penyakitnya. Sedangkan fase penurunan adalah saat penyakit mulai berkembang lebih lanjut, yang biasanya disertai dengan peningkatan ketidakmampuan dan kesulitan dalam mengatasi gejala-gejala yang muncul (musta'in et al., 2020.). Penyakit kronis merupakan kondisi kesehatan yang bersifat permanen dan dapat menimbulkan kecacatan pada penderitanya. Untuk

mengatasi penyakit ini, pasien biasanya memerlukan perawatan yang berlangsung dalam jangka waktu yang panjang (Bestari et al., 2024).

Menurut World Health Organization (2022), penyakit kronis atau penyakit tidak menular menyebabkan sekitar 41 juta kematian setiap tahun, yang mencakup 74% dari seluruh kematian secara global. Sebanyak 17 juta kematian terjadi sebelum usia 70 tahun, dan 86% di antaranya berasal dari negara berpenghasilan rendah dan menengah.

Di Indonesia, berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, terdapat peningkatan prevalensi penyakit tidak menular dibandingkan tahun 2013. Prevalensi hipertensi pada usia ≥ 18 tahun meningkat dari 25,8% menjadi 34,1%, diabetes melitus usia ≥ 15 tahun meningkat dari 6,9% menjadi 10,9%, dan stroke meningkat dari 7 menjadi 10,9 per mil. Selain itu, penyakit sendi memiliki prevalensi sebesar 7,3% dan menjadi penyebab kelima terbanyak setelah gagal ginjal.

Di Jawa Tengah, prevalensi hipertensi mencapai 36,5%, stroke sebesar 12,1 per mil, dan diabetes melitus terdiagnosis medis sebesar 2,4% (Riskesdas, 2018). Selain itu, berdasarkan Data Pusdatin Kementerian Kesehatan RI (2020): Penyakit jantung merupakan penyebab kematian tertinggi di Indonesia dan menyumbang 15,5% dari total kematian. Gagal ginjal kronik (CKD) memiliki prevalensi nasional sebesar 0,38%, dan jumlah pasien yang menjalani hemodialisis meningkat signifikan setiap tahunnya. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) dialami sekitar 4,5% populasi usia dewasa, dan merupakan penyebab utama morbiditas pernapasan kronik yang sering tidak terdiagnosis sejak awal.

Di Jawa Tengah, berdasarkan Riskesdas 2018, prevalensi hipertensi pada usia ≥ 18 tahun mencapai 36,5%, stroke sebesar 12,1 per mil, dan diabetes melitus terdiagnosis medis sebesar 2,4%. Angka-angka ini menunjukkan beban penyakit kronis yang tinggi di wilayah ini, khususnya dalam pelayanan kesehatan jangka panjang (Riskesdas, 2018).

Diabetes Melitus (DM) sendiri merupakan salah satu penyakit kronis yang paling banyak diderita di Indonesia. Berdasarkan IDF Diabetes Atlas (2021), jumlah penderita diabetes di Indonesia diperkirakan mencapai 19,5 juta orang, menempatkan Indonesia sebagai negara dengan jumlah penderita diabetes terbanyak kelima di dunia. Sementara itu, prevalensi diabetes terdiagnosis dan tidak terdiagnosis di Indonesia mencapai 10,6% dari total populasi dewasa. DM juga menjadi penyebab utama komplikasi seperti gagal ginjal, kebutaan, stroke, dan penyakit jantung koroner (IDF, 2021; Kemenkes RI, 2020).

Penyakit kronis dapat menyerang seseorang sejak usia muda (Sonu et al., 2019). Penyakit kronis diantaranya adalah hipertensi, stroke, diabetes, asma, gagal jantung, gagal ginjal dan kanker (Asyiva Ika Rachmadina et al., 2024). Penderita penyakit kronis sering mengalami kecemasan terkait kondisi kesehatannya dan kekhawatiran akan memburuknya penyakit yang diderita. Ketakutan akan kematian menyebabkan gangguan tidur dan penurunan nafsu makan pada sebagian pasien (Chayati et al., 2023). Selain itu, rasa takut yang berlangsung lama pada pasien dengan penyakit kronis dapat memengaruhi kualitas hidup mereka secara signifikan. Dampak psikologis lain yang muncul adalah perubahan kepribadian, dimana penderita

cenderung menjadi lebih tertutup dan kurang terbuka terhadap lingkungan sosialnya (Sutin et al., 2013).

Penyakit kronis memberikan dampak negatif yang signifikan pada aspek fisik serta biopsikososial kehidupan pasien dan keluarganya, sehingga memengaruhi kualitas hidup (QOL) mereka secara keseluruhan (Jesus, 2019). Penelitian oleh Riyanti (2023) yang mengkaji hubungan antara tingkat pengetahuan dan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis menunjukkan bahwa semakin tinggi pengetahuan pasien mengenai penyakitnya, maka kualitas hidup yang mereka rasakan juga semakin baik. Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas hidup tersebut adalah melalui manajemen perawatan mandiri. Manajemen ini bertujuan memberdayakan pasien agar aktif berpartisipasi dalam perawatan kesehatan mereka sendiri, termasuk pencegahan komplikasi, pengendalian tanda dan gejala, serta kepatuhan terhadap program pengobatan guna meminimalkan dampak penyakit dalam kehidupan sehari-hari (Rahmanti, 2022). Peningkatan kemampuan perawatan mandiri dapat dicapai melalui edukasi yang efektif, yang mampu mengubah persepsi pasien serta meningkatkan efikasi diri mereka dalam menghadapi penyakit kronis. Efikasi diri ini biasanya meningkat seiring dengan bertambahnya pengetahuan dan keterampilan pasien (Kurniawan, 2021).

Penyakit Gagal Ginjal Kronis (GGK) atau Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kondisi medis yang ditandai dengan kerusakan permanen pada struktur dan fungsi ginjal yang tidak dapat kembali pulih. Kerusakan ini menyebabkan gangguan serius dalam kemampuan ginjal untuk mengatur keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh, sehingga mengganggu homeostasis tubuh secara

keseluruhan. Kelelahan merupakan penurunan kemampuan fisik dan mental yang tidak membaik hanya dengan istirahat, sehingga intervensi keperawatan lebih diarahkan untuk membantu pasien menyesuaikan diri dengan kondisinya. Pada pasien gagal ginjal kronik, kelelahan terjadi akibat ginjal yang rusak tidak mampu memproduksi eritropoietin, sehingga pembentukan sel darah merah terganggu dan menyebabkan anemia serta penurunan kadar oksigen dalam darah. Kekurangan oksigen dan hemoglobin ini menghambat produksi energi seluler (ATP), yang pada akhirnya menurunkan energi tubuh dan menimbulkan kelelahan berkepanjangan (Supriyadi et al., 2021).

Sementara itu, diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang banyak dijumpai di Indonesia. Diabetes terbagi menjadi dua tipe, yaitu diabetes melitus tipe 1 yang terjadi akibat reaksi autoimun terhadap sel-sel pankreas, dan diabetes tipe 2 yang disebabkan oleh kombinasi faktor genetik, gangguan sekresi serta resistensi insulin, serta faktor lingkungan seperti obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, stres, dan proses penuaan (Ozougwu et al., 2013). Aktivitas fisik atau olahraga sangat membantu dalam mengontrol kadar gula darah dan menurunkan berat badan pada penderita diabetes melitus. Selain itu, olahraga juga bermanfaat untuk menurunkan kadar glukosa darah, mencegah obesitas, mengurangi risiko komplikasi, memperbaiki profil lipid, dan menurunkan tekanan darah (Bataha, 2016).

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) merupakan salah satu isu kesehatan global yang semakin serius. Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah penyakit yang dicirikan oleh keterbatasan aliran udara yang tidak dapat pulih

sepenuhnya. Keterbatasan aliran udara biasanya bersifat progresif dan dikaitkan dengan respons inflamasi paru yang abnormal terhadap partikel atau gas berbahaya, yang menyebabkan penyempitan jalan napas, hipersekresi mukus, dan perubahan pada sistem pembuluh darah paru (Ramadhani et al., 2022).

Sebagian besar pasien penyakit kronis tidak menyadari kondisi kesehatannya, sehingga sering kali mengalami berbagai masalah seperti komplikasi fisik, beban ekonomi, gangguan psikologis, serta munculnya rasa cemas. Menurut Jarnawi (2020) menyatakan bahwa kecemasan dapat menyebabkan perubahan perilaku, seperti menarik diri dari lingkungan sosial, kesulitan berkonsentrasi, hilangnya nafsu makan, mudah marah, kurangnya pengendalian emosi, pemikiran yang tidak logis, serta gangguan tidur. Kekhawatiran yang terus-menerus ini dapat menjadi sumber kecemasan yang pada akhirnya menimbulkan ketakutan pada lansia dan memengaruhi aktivitas harian mereka, sehingga kegiatan sehari-hari justru dapat memicu kecemasan lebih lanjut (Sonza, Badri, & Erda, 2020).

Data ini menguatakan bahwa penyakit kronis tidak hanya berdampak fisik, tetapi juga membawa beban psikologis dan sosial yang besar. Oleh karena itu, aspek resiliensi dan spiritualitas penting untuk diperhatikan dalam perawatan jangka panjang pasien penyakit kronis, khususnya di wilayah Jawa Tengah. (Risksedas, 2018; Pusdatin Kemenkes RI, 2020).

Resiliensi merupakan kemampuan individu untuk bertahan dan beradaptasi ketika menghadapi tekanan atau masalah berat dalam hidup. Setiap orang memerlukan resiliensi karena dengan kemampuan ini, seseorang dapat lebih efektif dalam menghadapi berbagai tantangan hidup (Deswanda dalam Pratiwi & Yuliandri,

2020). Namun, tidak semua individu mampu mengatasi kesulitan dengan baik. Dalam pandangan Islam, Allah SWT berfirman dalam Surat Al-Insyirah ayat 5 yang menyatakan bahwa di balik kesulitan pasti ada kemudahan, yang mengandung makna bahwa setiap masalah pasti ada jalan keluarnya. Pemahaman ini dapat menjadi sumber kekuatan bagi seseorang dalam menghadapi masalah, sehingga individu dianjurkan untuk selalu memandang segala keadaan dengan sikap positif dan optimis. Hal ini sejalan dengan pendapat Sari dan Wulandari (2015) yang menegaskan bahwa resiliensi sangat dibutuhkan oleh individu untuk menghadapi situasi sulit dalam kehidupan (Pratiwi & Yuliandri, 2020).

Studi oleh Relica et al. (2024) menunjukkan bahwa sebanyak 56,8% pasien penyakit kronis lanjut usia memiliki tingkat resiliensi yang sangat tinggi (skor ≥ 90). Selain itu, penelitian Salamah et al. (2020) menyebutkan bahwa 68% pasien menunjukkan tingkat spiritualitas tinggi. Temuan ini menunjukkan pentingnya memahami aspek resiliensi dan spiritualitas untuk membantu pasien menghadapi tekanan psikologis akibat penyakit kronis. Aspek spiritualitas dapat menjadi sumber kekuatan dan harapan bagi pasien, membantu mereka dalam menghadapi penyakit dan penderitaan, serta memberikan makna dalam proses penyembuhan (Kozier, 2004; Sujana et al., 2021).

Masalah psikologis yang dialami oleh penderita penyakit kronis seringkali mendorong mereka untuk melakukan penyesuaian diri terhadap kondisi yang dihadapi. Dalam proses ini, sebagian pasien mampu bertahan dan pulih dari perasaan negatif seperti penolakan, kecemasan, dan depresi, sementara yang lain mengalami kesulitan karena tidak berhasil menyesuaikan diri dengan perubahan

yang terjadi. Keberhasilan atau kegagalan dalam menghadapi perubahan tersebut sangat bergantung pada sejauh mana kemampuan individu dalam beradaptasi, yang dikenal sebagai resiliensi (Morton, 2012).

Menurut Kyle dan Carman (2014), aspek spiritualitas memiliki peran penting dalam pendekatan yang melibatkan anak-anak dan keluarganya. Dimensi spiritual merupakan salah satu kebutuhan mendasar yang dapat mendorong individu untuk melakukan perubahan positif demi menjaga keseimbangan dan keharmonisan dengan lingkungan sekitarnya. Selain itu, spiritualitas juga berfungsi sebagai sumber kekuatan bagi individu dalam menghadapi tekanan emosional, kondisi sakit fisik, maupun situasi mendekati kematian (Kozier, 2004). Kebutuhan spiritual sendiri mencakup keinginan untuk mempertahankan atau memulihkan keyakinan, menjalankan kewajiban keagamaan, memohon ampun, mencintai sesama, serta menjalin hubungan yang penuh kepercayaan dengan Tuhan (Sujana et al., 2021).

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar manusia yang penting untuk menemukan makna, tujuan, kekuatan, dan panduan dalam menjalani hidup (Ahmad, 2018). Memenuhi kebutuhan spiritual sangat krusial dalam menjaga kesehatan, terutama pada masa lanjut usia, agar mereka dapat memaknai masa tuanya secara positif dan tidak dipandang sebagai kelompok minoritas, melainkan sebagai individu yang memiliki nilai dan kontribusi berarti dalam kehidupan (Destarina dkk, 2014). Jika kebutuhan spiritual lansia tidak terpenuhi, hal ini dapat menyebabkan distress spiritual, yaitu gangguan pada keyakinan atau sistem nilai yang memberikan kekuatan, harapan, dan makna hidup. Kondisi ini dapat membuat lansia mudah merasa putus asa, kesepian, cemas, serta berdampak negatif pada

kesehatan fisik seperti gangguan tidur dan peningkatan tekanan darah (Ramadhani et al., 2022).

Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berjudul “Gambaran Resiliensi dan Tingkat Spiritualitas pada Pasien Penyakit Kronis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Penelitian mengenai aspek spiritualitas dan resiliensi pada pasien penyakit kronis di Indonesia, khususnya di wilayah Jawa Tengah, masih tergolong terbatas. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi gambaran tingkat resiliensi dan spiritualitas pasien, sehingga diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pemahaman yang lebih komprehensif mengenai kemampuan adaptasi serta kesejahteraan spiritual pada populasi penderita penyakit kronis. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran resiliensi dan tingkat spiritualitas pada pasien penyakit kronis di rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dalam resume, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut: bagaimanakah gambaran resiliensi dan spiritual pada pasien penyakit kronis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

C. Tujuan

a. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran resiliensi dan spiritual pada pasien penyakit kronis di RSI Islam Sultan Agung Semarang.

b. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik pasien penyakit kronis berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, dan jenis penyakit kronis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- b. Mendeskripsikan gambaran resiliensi pasien dalam menghadapi penyakit kronis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- c. Mendeskripsikan tingkat spiritualitas pasien penyakit kronis.
- d. Menggambarkan bagaimana spiritualitas dapat membentuk resiliensi pasien agar lebih tangguh menghadapi penyakitnya.

D. Manfaat Penelitian

1 Bagi instansi pendidikan

Penelitian dapat digunakan menjadi bahan referensi bagi mahasiswa dan dosen untuk menambah pengetahuan dan memperkaya literatur tentang resiliensi dan spiritualitas pada pasien penyakit kronis. di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang .

2 Bagi Rumah Sakit

penelitian ini dapat memberikan informasi tentang gambaran resiliensi dan spiritualitas pasien penyakit kronis yang dapat digunakan sebagai masukan dalam pemberian pelayanan keperawatan yang lebih holistic di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

3 Bagi masyarakat

Penelitian ini dapat menambah wawasan masyarakat tentang pentingnya aspek psikologis dan spiritual dalam menghadapi penyakit kronis serta menjadi acuan untuk penelitian selanjutnya.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. konsep dasar penyakit kronis

a. penyakit kronis

Penyakit kronis merupakan kondisi kesehatan yang berlangsung dalam jangka waktu yang panjang dan biasanya memerlukan penanganan serta pengelolaan secara berkelanjutan. Penyakit ini sering kali bersifat degeneratif dan terkait dengan gaya hidup, seperti hipertensi, stroke, diabetes mellitus, dan gagal ginjal. Menurut WHO, penyakit kronis terbagi menjadi dua kategori utama: penyakit menular yang bersifat kronis dan penyakit tidak menular yang berkaitan dengan gaya hidup. Penyakit kronis memerlukan penanganan jangka panjang dan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien secara signifikan. (Kusnadi et al., 2023)

Penyakit kronis juga memerlukan penanganan jangka panjang dan dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien secara signifikan. Faktor-faktor seperti dukungan keluarga dan peran caregiver sangat penting dalam proses pengelolaan penyakit ini, karena mereka membantu pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari, mengingatkan untuk rutin kontrol dan mematuhi pengobatan serta diet yang dianjurkan (rahmawati & rahayu,2019).

Selain itu, dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar sangat berperan dalam meningkatkan motivasi dan keberhasilan pengelolaan penyakit kronis. Dukungan ini tidak hanya berupa bantuan fisik, tetapi juga dukungan emosional yang dapat membantu pasien mengatasi perasaan takut, cemas, dan stres yang sering muncul

akibat kondisi kesehatannya. Dengan adanya dukungan yang memadai, pasien cenderung lebih patuh terhadap pengobatan dan menjalani gaya hidup sehat, sehingga dapat memperbaiki prognosis dan kualitas hidup mereka secara keseluruhan (Kusnadi et al., 2023)

b. Faktor - faktor yang mempengaruhi penyakit kronis

Menurut Kianie & Melise Cenggono (2025) dalam Jurnal Pendidikan Tambusai menegaskan bahwa penyakit kronis seperti stroke, penyakit jantung, dan diabetes sangat dipengaruhi oleh:

- 1 Faktor medis: hipertensi, diabetes melitus, dislipidemia, obesitas.
- 2 Faktor gaya hidup: pola makan tidak sehat (tinggi lemak, rendah serat), kurang aktivitas fisik, merokok, dan konsumsi alkohol.
- 3 Faktor demografi: usia lanjut dan jenis kelamin laki-laki meningkatkan risiko.
- 4 Faktor genetik: riwayat keluarga dengan penyakit kardiovaskular memperbesar kemungkinan terkena penyakit kronis.

c. Aspek penyakit kronis

1) Durasi dan Karakteristik Penyakit

Penyakit kronis adalah kondisi kesehatan yang berlangsung lama, biasanya lebih dari tiga bulan, dan bersifat menetap atau berkembang secara perlahan. Contohnya termasuk hipertensi, diabetes mellitus, stroke, gagal ginjal kronik, dan kanker (Nugraha & Ramdhanie, 2018; Suharmanto, 2022).

2) Dampak pada Kualitas Hidup

Penyakit kronis dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan menurunkan kualitas hidup penderitanya, baik secara fisik, psikologis, maupun sosial. Kualitas hidup dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi, gaya hidup, dukungan sosial, kepatuhan pengobatan, dan pendidikan kesehatan (Dendana et al., 2021; Gobbens & Van, 2022).

3) Aspek Psikososial

Pasien penyakit kronis sering mengalami masalah psikososial seperti kecemasan, stres, dan perasaan tidak aman akibat kondisi penyakit yang menetap. Hal ini dapat mempengaruhi penerimaan penyakit dan proses pengobatan (Purbaningsih, 2018; Stuart, 2013).

4) Aspek Spiritual

Spiritualitas menjadi aspek penting dalam mendukung ketahanan mental pasien penyakit kronis. Pendekatan spiritual dapat membantu pasien dalam menerima kondisi dan meningkatkan kualitas hidup (Irwan, 2018).

5) Faktor Risiko dan Penyebab

Penyakit kronis dipengaruhi oleh faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku seperti pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, merokok, dan stres (Bhardwaj et al., 2022; Riset Kesehatan Dasar, 2018).

6) Dampak pada Keluarga dan Masyarakat

Penyakit kronis tidak hanya berdampak pada pasien, tetapi juga pada keluarga dan lingkungan sosialnya. Keluarga memerlukan dukungan dan edukasi agar dapat membantu pasien dalam manajemen penyakit jangka panjang (Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada, 2023; Jurnal Gawat Darurat, 2022).

7) Prevalensi dan Statistik

Prevalensi penyakit kronis di Indonesia cukup tinggi, dengan hipertensi mencapai 34,11%, stroke 10,9%, diabetes melitus 8,5%, dan gagal ginjal kronik 3,8% (Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 2019)

2. Konsep Dasar Resiliensi

a. Gambaran Resiliensi

Resiliensi adalah kemampuan individu dalam menghadapi frustrasi dan berbagai permasalahan yang dialami. Seseorang yang memiliki resiliensi akan berupaya menyelesaikan masalah dalam hidupnya, sehingga mampu keluar dari permasalahan tersebut dan menyesuaikan diri terhadap situasi yang dihadapi (Ariani & Sujarwo, n.d.). Namun, pada kenyataannya berdasarkan hasil wawancara menyatakan bahwa setiap responden merasakan efek psikologis yang tidak positif bahkan merasakan tidak mudah dalam merawat anggota keluarganya yang sakit.

Konsep resiliensi keluarga tidak hanya berarti kemampuan untuk bertahan dalam situasi sulit, tetapi juga mencakup pemanfaatan potensi individu dan hubungan antar anggota keluarga. Setelah melewati masa-masa sulit, keluarga biasanya menjadi lebih kuat dalam menghadapi tantangan berikutnya, sehingga mereka mampu menilai kemampuan yang dimiliki serta tujuan bersama, sekaligus meningkatkan keterampilan dalam menyelesaikan masalah (Asang et al., 2023).

Tingginya resiliensi pasien penyakit kronis berarti individu tersebut berusaha mengkondisikan dirinya untuk bersyukur dan berpikir positif terhadap penyakit yang menimpanya agar tetap menjaga semangat menjalani hidup. Orang lanjut usia atau lansia yang memiliki resiliensi tinggi berarti mereka memiliki

kesehatan mental yang baik, kepribadian yang cukup stabil, penyesuaian psikososial yang baik, dan kemampuan kognitif (memori dan kecerdasan) yang relatif baik menurut Fostert (1997) dalam (Pragholapati, Andria, Munawaroh, & Fitri, 2020). Seseorang yang kurang memiliki resiliensi dalam menghadapi penyakit kronis akan merasa lebih terpuruk dan merasa lebih cemas karena tidak dapat pulih dengan cepat (Arasibenginiate, 2019). Pada lansia yang memiliki resiliensi yang rendah mereka cenderung merasa cemas, cenderung kurang bisa belajar dari permasalahan yang muncul dan kurang mengambil hikmahnya namun pada penelitian ini sebagian besar lansia memiliki nilai resiliensi yang sangat tinggi ≥ 90 itu sebanyak 21 responden (56,8%). Menurut Bonanno et al. (2010) dalam (Salamah, Ammi, Suryani, Rakhmawati, & Windy, 2020) semakin tua usia maka semakin tinggi pula resiliensinya. Hal ini menunjukkan bahwa usia mempunyai pengaruh terhadap resiliensi seseorang dan kemampuan seseorang untuk pulih. Kesimpulannya, tingginya resiliensi pasien penyakit kronis berarti individu tersebut berusaha mengondisikan dirinya untuk bersyukur dan berpikiran positif terhadap penyakit yang menimpanya agar tetap menjaga semangat menjalani hidup (Asang et al., 2023; Relica et al., 2024).

b. Faktor - faktor yang mempengaruhi resiliensi

Faktor-faktor yang mempengaruhi resiliensi menurut berbagai sumber adalah sebagai berikut;

1) Aspek internal individu seperti emotional awareness and regulation, impulse control, realistic optimism, flexible thinking, self-efficacy, dan reaching

out, yang menunjukkan kemampuan individu dalam beradaptasi terhadap kesulitan (Reivich & Shatte,2002),

2) Faktor eksternal seperti pandangan positif, spiritualitas, komunikasi, dukungan sosial, dan manajemen keuangan keluarga juga berperan dalam meningkatkan resiliensi (Reivich & Shatte,2002),

3) Demografi seperti usia anak, jenis penyakit, tingkat pendidikan dan pekerjaan orang tua, serta durasi dan keparahan penyakit kronis yang diderita anak, dapat mempengaruhi tingkat resiliensi orang tua (Cal et al,2015),

4) Dimensi religiositas seperti belief, practice, feeling, knowledge, dan consequences juga berpengaruh signifikan terhadap resiliensi, terutama dalam konteks budaya Indonesia yang religius (Pew Research Center,2020),

5) Dukungan sosial dan praktik religiositas terbukti berkontribusi secara signifikan terhadap resiliensi orang tua, sementara variabel demografi tertentu tidak berpengaruh signifikan (Penelitian terbaru, 2022).

c. Aspek resiliensi

Aspek-aspek *resiliensi* menurut (Shatte Reivich, K., 2002)

terdiri dari tujuh aspek, diantaranya adalah :

1) Regulasi emosi

Regulasi emosi merupakan kemampuan untuk tetap bertahan dibawah keadaan dan situasi tertekan. Penelitian lain menjelaskan bahwa orang yang tidak bisa mampu dalam mengelola emosinya kemungkinan menemukan kesulitan dalam membuat serta menjaga lingkungan sekitar. Begitu pula sebaliknya, kemampuan meregulasi emosi yang baik akan berkontribusi bagi kemudahan

dalam mengatur respon saat berkomunikasi dengan individu lainnya dan beragam situasi lingkungan.

2) Pengendalian implus

Pengendalian implus berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan juga tekanan yang datang dari dalam dirinya. Orang-orang dengan pengendalian implus yang rendah mudah mengalami perubahan emosi saat dihadapkan pada beragam stimulasi dari lingkungan. Orang-orang yang memiliki kontrol impuls yang baik kemungkinan bisa mencegah kesalahan berpikir sehingga mampu merespons masalah dengan tepat.

Optimisme

Optimisme yang melekat pada diri individu membuktikan bahwa individu yakin bisa mengatasi tekanan yang bisa jadi muncul di masa selanjutnya. Hal ini juga mencerminkan efikasi diri individu tersebut bahwa keyakinan mereka dapat memecahkan masalah yang ada dan mengendalikan hidup mereka.

3) Causal Analysis

Causal Analysis mengacu pada keahlian seseorang dalam mengenali dan menentukan secara tepat tentang penyebab dari permasalahan yang muncul. Individu resiliensi adalah individu yang memiliki fleksibilitas dalam proses kognitif. Individu dapat mengenali serta menentukan penyebab dari tekanan yang terjadi.

4) Empati

Empati berkaitan dengan kemampuan bagaimana individu untuk membaca tanda-tanda kondisi emosional dan psikologis individu lainnya. Orang-orang dengan empati yang rendah kemungkinan mengulangi pola yang dilakukan oleh

orang yang tidak resilien, yang menggeneralisasikan semua keinginan dan emosi orang lain.

5) Efikasi diri

Efikasi diri menandakan keyakinan bahwa seseorang dapat memecahkan masalah yang mereka alami serta mampu meraih kesuksesan. Adanya keyakinan akan mempunyai individu dalam menyelesaikan masalah akan membuat individu dapat menemukan jalan keluar yang tepat dari masalah-masalah yang terjadi, dan tidak mudah putus asa terhadap berbagai kesulitan.

6) *Reaching out*

Reaching out merupakan kemampuan seseorang dalam mencapai nilai positif dari kehidupan yang sulit. *Reaching out* diperlukan untuk menjadi resilien karena dapat belajar menghindari kegagalan dan situasi yang sulit.

3. Konsep dasar spiritualitas

a. Spiritualitas

Spiritualitas merupakan keyakinan seseorang terhadap adanya hubungan dengan Tuhan (Allah) sebagai Dzat Yang Maha Tinggi, yang menumbuhkan rasa cinta, keinginan untuk mendekat, serta keyakinan akan pengampunan atas dosa-dosa yang telah dilakukan (Rahmah et al., 2015).

b. Dimensi spiritualitas

Menurut Newberg dalam Yusuf (2012), terdapat empat aspek spiritual manusia, yaitu:

1) Makna Hidup

Aspek ini berkaitan dengan pencarian dan pemahaman seseorang terhadap tujuan dan arti hidupnya.

2) Hubungan dengan Yang Maha Kuasa

Meliputi keyakinan dan hubungan spiritual seseorang dengan Tuhan atau kekuatan ilahi.

3) Nilai dan Keyakinan

Melibatkan sistem nilai dan kepercayaan yang menjadi pedoman dalam menjalani kehidupan.

4) Keterhubungan Sosial

Menunjukkan hubungan dan interaksi spiritual dengan sesama manusia serta lingkungan sekitar.

a Keempat aspek ini membentuk dimensi spiritual yang penting dalam kehidupan manusia dan memengaruhi kualitas hidup serta kemampuan individu dalam menghadapi berbagai tantangan, termasuk dalam konteks kesehatan seperti pada pasien dengan penyakit kronis

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual

Menurut Hamid (2012), beberapa faktor yang dapat memengaruhi spiritualitas seseorang meliputi:

a Kemampuan Berpikir Abstrak

Seseorang perlu memiliki kemampuan untuk memahami konsep spiritual dan mengeksplorasi hubungannya dengan Tuhan, karena spiritualitas berkaitan dengan kekuatan yang bersifat non-material.

b Peran Keluarga

Dinamika dalam kelompok keluarga sangat penting bagi perkembangan spiritual seseorang. Meskipun sedikit kelompok yang secara langsung membahas Tuhan atau agama, pada usia remaja sekitar 17 tahun, individu mulai mempelajari konsep Tuhan, makna hidup, dan posisi mereka sebagai makhluk, sehingga kelompok tersebut menjadi dunia terdekat dan berpengaruh.

c Latar Belakang Etnis dan Adat Istiadat

Asal-usul etnis dan kebiasaan budaya memengaruhi sikap, keyakinan, serta nilai spiritual seseorang. Biasanya, individu akan terlibat dalam komunitas spiritual dan keagamaan yang sesuai dengan latar belakangnya.

d Pengalaman Hidup Sebelumnya

Pengalaman positif maupun negatif dalam kehidupan memengaruhi spiritualitas individu. Banyak peristiwa dianggap sebagai ujian dari Tuhan untuk menguji keimanan seseorang.

e Krisis dan Perubahan

Situasi krisis seperti kematian, kehilangan, penuaan, penderitaan, atau penyakit dapat memunculkan kesadaran spiritual yang mendalam, baik secara emosional maupun fisik.

f Koneksi Spiritual dan Rasa Nyeri

Tanpa adanya hubungan spiritual, seseorang cenderung merasakan nyeri yang lebih intens, terutama nyeri akut, yang dapat menimbulkan perasaan terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi serta dukungan sosial. Hal ini berdampak pada

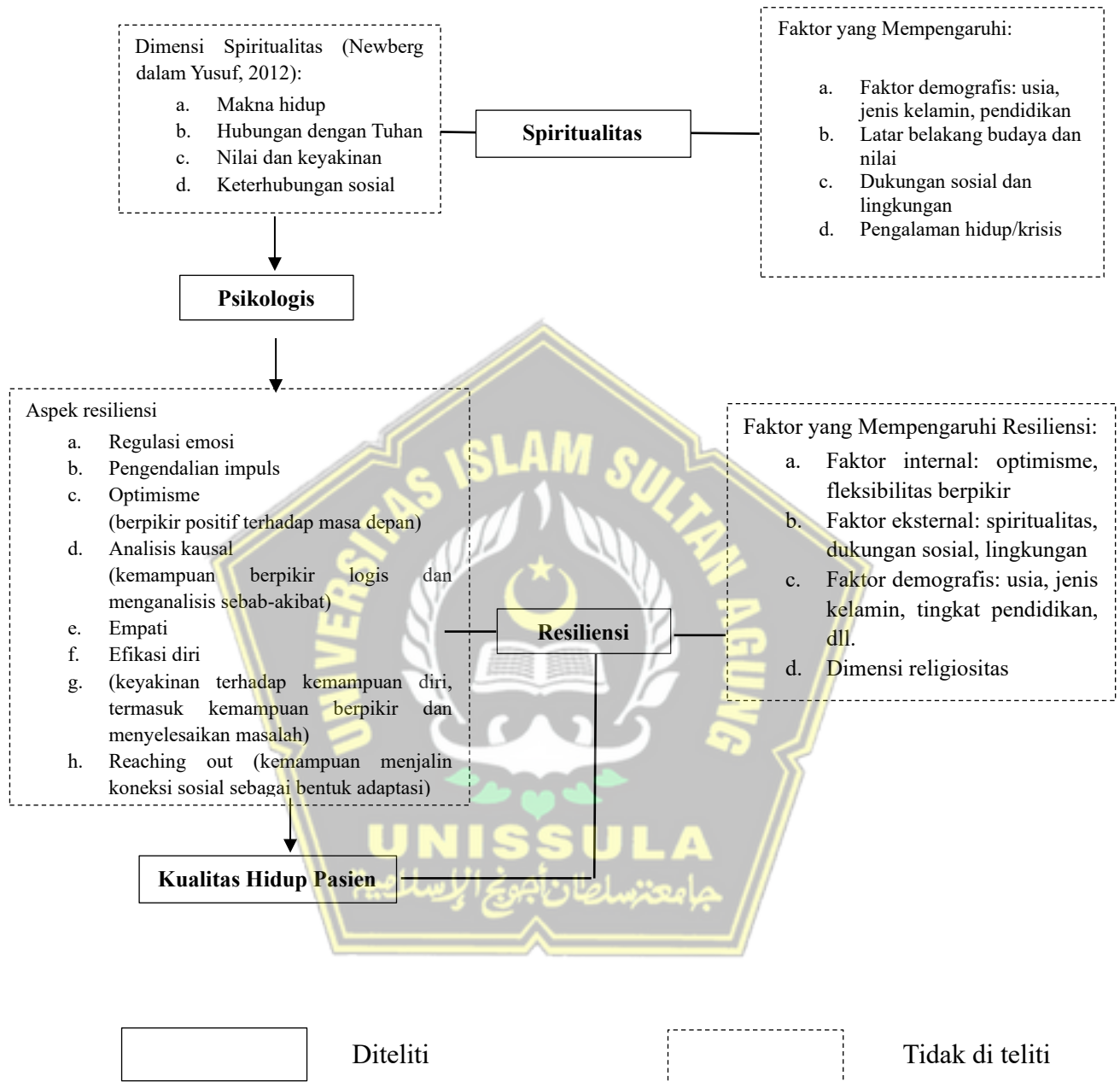
perubahan dalam kehidupan sehari-hari, seperti ketidakhadiran dalam acara sosial atau kehilangan hubungan dengan keluarga dan komunitas.

g Pandangan Terhadap Pengobatan

Meskipun beberapa agama melarang intervensi medis tertentu, sebagian besar meyakini bahwa proses penyembuhan merupakan cara Tuhan menunjukkan kebesaran-Nya.



B. Kerangka teori



gambar 2.1 kerangka teori

Sumber: (Kusnadi et al., 2023), (Kianie & Melise Cenggono, 2025), (Asang et al., 2023; Relica et al., 2024), (Shatte Reivich, K., 2002), (Nufus, 2022).

C. Hipotesis Penelitian

H : Tidak terdapat perbedaan atau variasi dalam resiliensi dan spiritual pada pasien penyakit kronis di RSI Sultan Agung Semarang.

H : Terdapat variasi resiliensi dan spiritual pada pasien penyakit kronis di RSI Sultan Agung Semarang.



BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep- konsep atau variabel- variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan. (Sugiyono, 2013)

Gambar 3.1 kerangka konsep



B. Variabel penelitian

Variabel penelitian menurut Sugiyono (2013) mendefinisikan bahwa variabel penelitian ialah atribut atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan. Variabel ini tidak memiliki variabel dependent dan independent, variabel pada penelitian ini adalah resiliensi dan tingkat spiritualitas

C. Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan kuantitatif dengan desain *cross-sectional*, di mana data dikumpulkan pada satu titik waktu untuk mengkaji gambaran resiliensi dan tingkat spiritualitas pada pasien penyakit kronis. Metode deskriptif korelatif, menurut Notoatmodjo (2012),

D. Populasi dan sampel

a) Populasi

populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan

b) Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang terpilih untuk di teliti dan dianggap mewakili dari populasi (nursalam,2016). 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 diambil dengan menggunakan rumus Lemeshow. karena rumus Lemeshow sesuai digunakan pada penelitian dengan pendekatan kuantitatif, khususnya desain cross-sectional, serta digunakan ketika jumlah populasi besar dan proporsi karakteristik dalam populasi tidak diketahui secara pasti. Oleh karena itu, dalam penelitian ini digunakan asumsi proporsi (p) sebesar 0,5, yang merupakan pendekatan paling konservatif untuk memperkirakan ukuran sampel secara maksimal (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013).

Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus lemeshow :

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{Z^2 a. p (1 - p). N}{d^2(N - 1) + Z^2 a. p(1 - p)} \\
 &= \frac{(1,96)^2. 0,5 (1-0,5). 5.327}{(0,1)^2 (5.327-1)+(1,96)^2. 0,5 (1-0,5)} \\
 &= \frac{3,8. 0,5 (0,5). 5.327}{0,01 (5.327)+3,84. 0,5 (0,5)} \\
 &= \frac{3,8. 0,25. 2353}{53,27+0,96} \\
 &= \frac{5.060,65}{54,23} \\
 &= 93,3 \sim 94 \text{ Responden}
 \end{aligned}$$

Keterangan :

n = Besar Sampel

N = Jumlah Populasi

Z = Derajat kepercayaan 96%, maka Z=1,96

P = Proporsi = 0,5

Berdasarkan enentuan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus Lemeshow, karena jumlah populasi diketahui secara pasti, yaitu sebanyak 5.327 pasien penyakit kronis yang tercatat di Poli Klinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan Juni 2025. Dengan tingkat kepercayaan 95% (Z = 1,96), proporsi populasi (p) diasumsikan 0,5, dan margin of error (d) sebesar 0,1, maka diperoleh jumlah sampel minimal sebanyak 94 responden.

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan menggunakan teknik accidental sampling, yaitu responden yang secara kebetulan ditemui oleh peneliti di Poli Klinik Penyakit Dalam Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan

memenuhi kriteria inklusi serta tidak termasuk dalam kriteria eksklusi dijadikan sebagai sampel penelitian.

Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

a. Kriteria Inklusi :

1) Pasien yang didiagnosis dengan penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, stroke, gagal ginjal, PPOK, atau kanker

2) Pasien yang berobat di Poli Klinik Penyakit Dalam RSI Sultan Agung Semarang

3) Pasien berusia 18 tahun atau lebih

4) Mampu membaca dan menulis

5) Bersedia menjadi responden dengan menandatangani *informed consent*

6) Dalam kondisi sadar dan stabil saat pengisian kuesioner.

b. Kriteria Eksklusi

1) Pasien dengan gangguan kognitif atau disorientasi

2) Pasien dalam kondisi kritis atau perawatan intensif

3) Pasien yang tidak hadir secara langsung saat pengumpulan data

4) Pasien yang menolak atau menarik diri dari penelitian.

E. Tempat dan waktu penelitian

1) Tempat

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

2) Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan, pada bulan Juli sampai Oktober 2025 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

F. Definisi operasional

Definisi operasional yakni penjelasan tentang variabel yang didasari oleh karakteristik subjek penelitian. Peneliti mampu melakukan sebuah pengukuran melalui kriteria suatu objek fenomena yang ada



Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Hasil ukur	skala
Resiliensi	Resiliensi merupakan ukuran tinggi rendahnya skor yang terkait dengan kemampuan polisi dalam mengatasi kesulitan dan kemampuan mengembangkan diri dalam kesulitan. Hal tersebut mencakup kompetensi pribadi, standar tinggi, dan kegigihan; Kepercayaan terhadap insting, toleransi terhadap efek negatif; Penerimaan positif terhadap perubahan dan kedekatan dengan orang lain; Kontrol; dan Pengaruh spiritual.	Kuisoner the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	0 = tidak pernah benar, 1 = jarang benar, 2 = kadang benar, 3 = sering benar, 4 = selalu benar	ordin al
spiritualitas	Kondisi kesejahteraan atau kepuasan batiniah individu yang diukur berdasarkan indikator hubungan dengan Tuhan, hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan orang lain, dan hubungan dengan lingkungan.	Kuesioner Spiritual well being scale (SWBS)	Rendah (20-53) Sedang (54-86) Tinggi (87-120)	Ordin al

G. Instrumen penelitian

Instrumen penelitian yakni instrumen yang digunakan peneliti guna mempermudah pekerjaan dalam mengumpulkan data dengan hasil yang lebih baik. Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan data kuesioner dengan cara memberikan seperangkat pernyataan dan pertanyaan tertulis kepada responden.

1 Kuesioner resiliensi

Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat resiliensi dalam penelitian ini adalah Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), yang dikembangkan oleh Connor dan Davidson (2003). CD-RISC dirancang untuk menilai kemampuan individu dalam menghadapi, beradaptasi, dan bangkit kembali dari tekanan atau kesulitan hidup, termasuk yang diakibatkan oleh kondisi penyakit kronis seperti hipertensi, stroke, diabetes, gagal ginjal, PPOK, dan kanker.

Skala ini terdiri dari 25 item pernyataan, dengan setiap item dinilai menggunakan skala Likert 5 poin sebagai berikut:

0 = Tidak pernah benar

1 = Jarang benar

2 = Kadang benar

3 = Sering benar

4 = Selalu benar

Contoh pernyataan dalam kuesioner ini antara lain:

- “*Saya dapat mengatasi rasa sakit emosional dengan baik.*”
- “*Saya cenderung melihat kesulitan sebagai tantangan yang bisa diatasi.*”

Skoring dilakukan dengan menjumlahkan seluruh skor dari 25 item, sehingga diperoleh total skor berkisar antara 0 hingga 100. Semakin tinggi skor, maka semakin tinggi tingkat resiliensi responden. CD-RISC terbukti memiliki validitas konstruk dan konsistensi internal yang sangat baik, dengan nilai reliabilitas (Cronbach's Alpha) antara 0,85 hingga 0,91 (Connor & Davidson, 2003).

Selain itu, isi dari CD-RISC juga merefleksikan tujuh faktor resiliensi menurut Karen Reivich dan Andrew Shatté (2002) dalam *The Resilience Factor*, yaitu:

1. Regulasi emosi
2. Pengendalian impuls
3. Optimisme
4. Analisis sebab-akibat secara logis
5. Empati
6. Efikasi diri
7. Reaching out (kemampuan mengambil sisi positif dari kesulitan)

Ketujuh aspek tersebut penting dalam memahami daya tahan psikologis pasien penyakit kronis yang harus menjalani adaptasi jangka panjang terhadap perubahan fisik, mental, maupun sosial akibat penyakitnya.

Berikut adalah blue print yang di gunakan untuk mengukur resiliensi:

Tabel 3,1 kuesioner Resiliensi

Aspek	Definisi	Item favourable	Σ
Kompetensi personal	Individu merasa mampu dalam mencapai tujuannya dalam keadaan apapun	10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25	8

Kuat menghadapi tekanan	Berkaitan dengan strategi coping terhadap stres, berpikir positif dan fokus dalam keadaan apapun	6, 7, 14, 15, 18, 19, 20	7
Penerimaan positif	Kemampuan beradaptasi dengan perubahan yang dihadapi individu	1, 2, 4, 5, 8	5
Pengendalian diri	Pengendalian diri dalam mencapai tujuan	13, 21, 22	3
Spiritual	Meyakini adanya kuasa Tuhan	3, 9	2
Jumlah			25

2 Kuesioner spiritual

kuesioner spiritual Instrumen yang digunakan untuk mengukur tingkat spiritualitas dalam penelitian ini adalah Daily Spiritual Experience Scale (DSES) yang dikembangkan oleh Lynn G. Underwood. DSES dirancang untuk mengukur pengalaman spiritual harian seseorang, seperti rasa kedekatan dengan Tuhan, ketenangan batin, rasa terinspirasi oleh keindahan alam, atau merasakan kehadiran Tuhan dalam kehidupan sehari-hari.

Skala ini terdiri dari 16 item pernyataan, yang mencerminkan spiritualitas personal dan keseharian, bukan keterikatan pada agama tertentu. Responden diminta untuk memberikan jawaban berdasarkan frekuensi pengalaman mereka menggunakan skala Likert 6 poin, yaitu:

1 = Tidak Pernah

2 = Hampir Tidak Pernah

3 = Beberapa Kali dalam Seminggu

4 = Hampir Setiap Hari

5 = Setiap Hari

6 = Berkali-kali dalam Sehari

Contoh pernyataan dalam skala ini antara lain:

“Saya merasakan kehadiran Tuhan.”

“Saya menemukan kekuatan dan kenyamanan dalam agama atau spiritualitas saya.”

“Saya merasa damai secara batin.”

Total skor diperoleh dari penjumlahan seluruh item. Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin tinggi tingkat pengalaman spiritual yang dirasakan oleh individu.

Untuk keperluan penelitian ini, hasil pengukuran spiritualitas menggunakan DSES dikategorikan sebagai berikut:

Skor rendah: 16 – 41

Skor sedang: 42 – 69

Skor tinggi: 70 – 96

Instrumen DSES telah banyak digunakan dalam berbagai penelitian internasional maupun nasional, dan memiliki tingkat validitas serta reliabilitas yang tinggi. Menurut Underwood & Teresi (2002), nilai reliabilitas DSES secara keseluruhan mencapai Cronbach's Alpha sebesar 0,94, menunjukkan konsistensi internal yang sangat baik.

H. Uji validitas dan reliabilitas

1. Uji validitas

Uji validitas menurut Ghozali (2021:66) bertujuan untuk mengukur sah atau valid tidaknya pernyataan dalam kuesioner yang dibuat. Uji validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan bahwa alat ukur (kuesioner) benar-benar mengukur apa yang ingin diukur oleh peneliti. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa instrumen yang digunakan valid dan sesuai dengan konstruk yang diteliti (Putri & Wahyuni, 2023). Suatu kuesioner dikatakan valid jika pernyataan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang diukur oleh kuesioner tersebut.

a. Kuesioner resiliensi yang digunakan adalah Brief Resilience Scale (BRS). Studi validasi terbaru oleh Müller et al. (2025) di Prancis menunjukkan bahwa BRS memiliki struktur unidimensional yang kuat, dengan satu faktor utama yang menjelaskan sekitar 60% varian. Uji validitas konstruk menunjukkan bahwa BRS memiliki korelasi positif dengan efikasi diri dan optimisme, serta korelasi negatif terhadap stres dan kecemasan, yang mendukung validitas konstruknya secara empiris.

b. Kuesioner spiritualitas yang digunakan adalah Daily Spiritual Experience Scale (DSES). Dalam studi validasi terbaru oleh Rahmawati et al. (2025) pada populasi Muslim dewasa di Indonesia, DSES menunjukkan hasil analisis faktor konfirmatori yang baik dengan nilai CFI = 0,98, RMSEA = 0,031, dan semua faktor loading > 0,50, yang menandakan bahwa struktur konstruknya valid dalam mengukur spiritualitas harian.

2. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas menurut Ghozali (2021:61) bertujuan untuk mengukur kuesioner yang merupakan indikator dari variabel. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau

handal adalah jika jawaban seseorang terhadap pernyataan tersebut konsisten atau stabil dari waktu ke waktu.

a. Kuesioner Resiliensi (Brief Resilience Scale – BRS)

Dalam penelitian yang sama, reliabilitas BRS dinyatakan sangat baik, dengan nilai Cronbach's Alpha sebesar 0,86 (Müller et al., 2025). Hasil ini menunjukkan konsistensi internal yang tinggi dan mendukung penggunaan BRS sebagai instrumen yang andal untuk mengukur resiliensi pada populasi dewasa dengan berbagai kondisi, termasuk penyakit kronis.

b. Kuesioner Spiritualitas (Daily Spiritual Experience Scale – DSES)

Kuesioner DSES yang digunakan dalam penelitian oleh Rahmawati et al. (2025) juga menunjukkan hasil reliabilitas yang sangat baik. Nilai Composite Reliability (CR) sebesar 0,94 dan Average Variance Extracted (AVE) sebesar 0,51 menandakan bahwa instrumen ini memiliki konsistensi internal dan stabilitas yang tinggi sebagai alat ukur spiritualitas dalam konteks keagamaan sehari-hari.

I. Metode pengumpulan data

Pada prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini melalui langkah langkah berikut :

1. Peneliti meminta surat izin studi pendahuluan kepada pihak FIK Unissula Semarang untuk diberikan kepada pihak Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang
2. Peneliti mendapat balasan surat dari Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang dan diberikan kepada pihak Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang

3. Peneliti telah melakukan ujian proposal dan uji etik proposal skripsi dengan pihak Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang.
4. Peneliti meminta surat izin penelitian kepada pihak FIK Unissula Semarang untuk diberikan kepada pihak Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang
5. Peneliti mendapat surat balasan dari Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang.
6. Peneliti mendapat persetujuan dan melakukan penelitian di Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang
7. Peneliti memberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat, dan prosedur pengisian kuesioner kepada pasien Rumah sakit Islam Sultan Agung Semarang dan setelah persetujuan, meminta tanda tangan kesediaan dari pasien.
8. Peneliti menyebarluaskan kuesioner kepada pasien sebagai responden.
9. Peneliti mendampingi responden dalam mengisi kuesioner yang telah disebar.
10. Peneliti mengumpulkan kuesioner setelah diisi oleh responden untuk dilakukan analisis data.

J. Pengolahan data dan analisa data

1. Pengolahan Data

Tujuan dari pengolahan data adalah untuk mempermudah semua informasi yang terkumpul dan menyajikannya dengan urutan yang baik dan jelas. Tahapan pengolahan data adalah:

a. Editing

Dilakukan untuk mengecek apakah isi table sudah lengkap. Pemrosesan dilakukan di tempat pengumpulan data, sehingga data yang hilang dapat segera dilengkapi.

b. Coding

Coding dilakukan dengan menandai setiap respon dengan kode berupa angka yang menentukan tingkat fatigue dengan kualitas tidur pasien, yang kemudian dicatat pada lembar kerja.

c. Tabulating

Tabulasi adalah langkah dimana data penelitian dimasukkan ke dalam table kriteria. Data di tabulasikan dengan tujuan untuk memudahkan penyajian data dalam bentuk distribusi frekuensi (Arikunto, 2013).

2. Analisa data

a. Analisa Univariat

Analisa univariat adalah teknik analisis data terhadap satu variabel secara mandiri, yang mana tiap variabel dianalisis tanpa dikaitkan dengan variabel lainnya. Analisa univariat pada penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan karakteristik variabel resiliensi dan tingkat spiritualitas pada pasien penyakit kronis.

K. Etika Penelitian

Etika penelitian dapat membantu peneliti dalam melakukan tugas penelitian yang harus memperhatikan beberapa aspek etika penelitian, yaitu sebagai berikut :

1. *Informed Consent*

Informed Consent merupakan Pemberian lembar persetujuan yang diberikan kepada setiap pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Apabila pasien menolak untuk berpartisipasi, maka peneliti tidak dapat memeriksa dan tetap mentaati hak-hak pasien

2. *Anonymity*

Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur atau instrument dan hanya menuliskan kode (inisial nama) pada masingmasing lembar tersebut.



3. *Confidentially*

Confidentiality merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Kerahasiaan informasi data responden dijamin oleh peneliti dan disimpan dengan baik dalam tempat khusus yang hanya dapat dilihat oleh peneliti. Semua data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis sampai penyusunan laporan hasil penelitian.

4. *Voluntary participation*

Voluntary participation merupakan Kesediaan pasien menjadi responden adalah bentuk sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun

5. *Respect for justice an inclusiveness*

Prinsip keterbukaan dan adil yang perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran, keterbukaan dan kehati-hatian. Dalam penelitian ini, peneliti melakukan prinsip keterbukaan dengan menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian kepada responden.

BAB IV HASIL

A. Hasil penelitian

Bab ini berisi hasil penelitian tentang hubungan antara spiritualitas dan tingkat resiliensi pada pasien penyakit kronis. Hasil yang disajikan meliputi gambaran umum lokasi penelitian, karakteristik responden, serta hasil analisis univariat dan bivariat.

Penelitian ini dilakukan di RSI Sultan Agung Semarang, Provinsi Jawa Tengah. Subjek penelitian adalah pasien dengan penyakit kronis seperti diabetes mellitus (DM), penyakit ginjal kronis (CKD), stroke, kanker, dan PPOK yang menjalani pengobatan di rumah sakit tersebut.

Sebanyak 94 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi berpartisipasi dalam penelitian ini. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner yang terdiri dari dua bagian utama, yaitu skala spiritualitas dan skala resiliensi.

Data yang diperoleh kemudian dianalisis menggunakan analisis univariat untuk melihat distribusi tiap variabel dan analisis bivariat dengan uji regresi logistik ordinal untuk mengetahui hubungan antara spiritualitas dan tingkat resiliensi pada pasien penyakit kronis.

B. Analisa univariat

1. Karakteristik responden
 - a. Usia

Table 4.1 Karakteristik Responden Usia

Variabel	Klasifikasi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Usia	45-49 tahun	31	33.0
	50-58 tahun	37	39.4
	60-66 tahun	26	27.7
Total		94	100.0

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia 50–58 tahun sebanyak 37 responden (39,4%), diikuti usia 45–49 tahun sebanyak 31 responden (33,0%), dan usia 60–66 tahun sebanyak 26 responden (27,7%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden termasuk dalam kelompok dewasa akhir, di mana individu umumnya mulai mengalami penurunan fungsi fisiologis dan peningkatan risiko penyakit kronis.

- b. Jenis kelamin

Tabel 4.2 Karakteristik Responden Jenis Kelamin

Variabel	Klasifikasi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Jenis kelamin	Laki laki	58	61.7
	Perempuan	36	38.3
Total		94	100.0

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 58 responden (61,7%), sedangkan responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 36 responden (38,3%). Hasil ini menunjukkan bahwa responden laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan dalam penelitian ini.

c. Pendidikan terakhir

Tabel 4.3 Karakteristik Responden Pendidikan Terakhir

Variabel	Klasifikasi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Pendidikan terakhir	SD	18	19.1
	SMP	29	30.9
	SMA	27	28.7
	S1	20	21.3
Total		94	100.0

Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan terakhir SMP, yaitu sebanyak 29 responden (30,9%), diikuti oleh SMA (28,7%), S1 (21,3%), dan SD (19,1%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan menengah, yang dapat memengaruhi cara pandang dan kemampuan mereka dalam memahami informasi kesehatan.

d. Pekerjaan

Tabel 4.4 Karakteristik Responden

Variabel	Klasifikasi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Pekerjaan	Pedagang	32	34.0
	Petani	24	25.5
	pns	11	11.7
	wiraswasta	27	28.7
Total		94	100.0

Mayoritas responden bekerja sebagai pedagang sebanyak 32 responden (34,0%), diikuti wiraswasta (28,7%), petani (25,5%), dan PNS (11,7%). Data ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki jenis pekerjaan yang bersifat mandiri dengan aktivitas fisik yang bervariasi.

e. Jenis penyakit

Tabel 4.5 Karakteristik Responden Jenis Penyakit

Variabel	Klasifikasi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Jenis penyakit	CKD	16	17.0
	DM	26	27.7
	KANKER	14	14.9
	PPOK	17	18.1
	STROKE	21	22.3
Total		94	100.0

Sebagian besar responden menderita penyakit stroke, yaitu sebanyak 21 responden (22,3%), diikuti DM (27,7%), PPOK (18,1%), CKD (17,0%), dan kanker (14,9%). Hal ini menunjukkan bahwa penyakit tidak menular seperti stroke dan diabetes mellitus merupakan kondisi yang paling banyak dialami oleh responden.

2. Variabel penelitian

A. Resiliensi

Table 4.6 Variabel Penelitian Resiliensi

Variabel	Klasifikasi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
Resiliensi	Rendah	28	29.8
	Sedang	44	46.8
	Tinggi	48	51.1
Total		94	100.0

Sebagian besar responden memiliki tingkat resiliensi sedang, yaitu sebanyak 44 responden (46,8%), diikuti resiliensi tinggi (51,1%), dan rendah (29,8%). Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas responden mampu beradaptasi dengan baik terhadap tekanan akibat penyakit kronis yang dialaminya.

B. Spiritualitas

Table 4.7 Variabel Penelitian

Variabel	Klasifikasi	Frekuensi (n)	Presentase (%)
----------	-------------	---------------	----------------

Spiritualitas	Rendah	28	29.8
	Sedang	44	46.8
	Tinggi	22	23.4
Total		94	100.0

Sebagian besar responden memiliki tingkat spiritualitas sedang, yaitu sebanyak 44 responden (46,8%), diikuti oleh rendah (29,8%) dan tinggi (23,4%). Hasil ini mengindikasikan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat keyakinan spiritual yang cukup dalam membantu mereka menghadapi penyakit kronis.



BAB V PEMBAHASAN

A. Implikasi penelitian

1. Bagi institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dan bahan ajar dalam mata kuliah keperawatan jiwa atau keperawatan medikal bedah, khususnya terkait aspek psikososial dan spiritual pasien dengan penyakit kronis. Mahasiswa diharapkan dapat memahami pentingnya pendekatan holistik yang tidak hanya menekankan aspek fisik, tetapi juga memperhatikan kebutuhan spiritual pasien.

2. Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak rumah sakit untuk mengembangkan program pelayanan yang bersifat *spiritual care* dan *psychosocial support* pada pasien penyakit kronis. Rumah sakit dapat melibatkan tim rohani, konselor spiritual, atau kelompok dukungan sebaya dalam proses rehabilitasi pasien agar tercapai kesejahteraan secara menyeluruh.

3. Bagi tenaga keperawatan

Hasil penelitian ini menegaskan bahwa perawat memiliki peran penting dalam memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Perawat diharapkan dapat meningkatkan kompetensi dalam melakukan pengkajian spiritual, memberikan edukasi motivasional, serta membantu pasien mengembangkan resiliensi dalam menghadapi penyakitnya

4. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi dasar bagi penelitian lanjutan dengan desain yang berbeda, seperti longitudinal atau intervensi, untuk mengetahui pengaruh langsung spiritualitas terhadap peningkatan resiliensi pasien. Selain itu, disarankan agar peneliti berikutnya menambahkan variabel lain seperti dukungan sosial, coping mechanism, dan lama menderita penyakit agar hasilnya lebih komprehensif

B. Karakteristik responden

1. Usia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada rentang usia 50–58 tahun (39,4%), yakni kelompok yang sering dikategorikan sebagai *middle-aged to late-middle* yang berada pada peralihan menuju dewasa akhir. Pada rentang usia ini terjadi serangkaian perubahan biologis, fungsional, dan perilaku yang meningkatkan kerentanan terhadap penyakit kronis: penurunan massa otot dan kepadatan tulang (sarkopenia/osteopenia), penurunan kapasitas regeneratif sel (*stem-cell exhaustion*), akumulasi kerusakan DNA dan stres oksidatif, serta gangguan metabolik seperti resistensi insulin dan dislipidemia — semua mekanisme ini berkontribusi pada meningkatnya prevalensi hipertensi, diabetes mellitus, penyakit kardiovaskular, stroke, dan penyakit paru kronis pada populasi usia menengah ke atas. (Tenchov et al., 2024)

Secara epidemiologis, kenaikan usia rata-rata populasi di Indonesia dan transisi demografi telah mendorong peningkatan beban penyakit tidak menular (*non-communicable diseases/NCDs*), sehingga kelompok usia 50–59 tahun kini sudah menunjukkan angka multimorbiditas yang signifikan — artinya bukan hanya satu penyakit melainkan kombinasi dua atau lebih kondisi kronis yang saling

memperburuk prognosis dan kebutuhan perawatan. Studi nasional berdasarkan data survei keluarga (IFLS) dan kajian populasi besar melaporkan bahwa prevalensi multimorbiditas meningkat seiring bertambahnya usia dan bahwa hipertensi serta diabetes merupakan kontributor utama kombinasi penyakit tersebut. (Griselda et al., 2023).

Di tingkat nasional konteks Indonesia, tantangan tambahan meliputi disparitas akses layanan kesehatan antar wilayah, pola makan yang berubah (tinggi energi tapi rendah nutrisi), dan obesitas sentral yang meningkat—semua faktor sosial-lingkungan ini mempercepat perkembangan penyakit kronis pada umur yang relatif lebih muda dibandingkan negara berpenghasilan tinggi. Ulasan situasional tentang *healthy ageing* di Indonesia menekankan bahwa populasi dewasa yang semakin menua membutuhkan intervensi pencegahan dini (nutrisi, aktivitas fisik, skrining komorbiditas) untuk menurunkan beban NCD di kelompok usia 50–59 tahun. (Basrowi et al., 2021).

Selain mekanisme biologis dan faktor gaya hidup, fenomena *frailty* dan *prefrailty* turut menjelaskan mengapa kelompok usia 50–58 tahun mudah jatuh ke kondisi penyakit kronis yang berat: meta-analisis nasional menunjukkan prevalensi *prefrailty/frailty* yang tinggi pada lansia Indonesia, yang berimplikasi pada peningkatan risiko rawat inap, kecacatan, dan mortalitas — hal ini relevan karena indeks kerentanan (*frailty*) sering muncul lebih awal pada populasi dengan paparan faktor risiko metabolik dan bermultimorbiditas. Oleh karena itu, pengamatan bahwa mayoritas responden berada di rentang usia 50–58 tahun memberi sinyal kebutuhan

program deteksi dini dan manajemen multimorbiditas yang terintegrasi. (Pradana et al., 2023).

Dari perspektif beban kesehatan masyarakat, peningkatan prevalensi penyakit kronis pada kelompok usia menengah berkonsekuensi pada tingginya beban biaya, kebutuhan jangka panjang untuk pengobatan dan rehabilitasi, serta beban pada keluarga/caregiver. Laporan ringkasan tentang beban penyakit kronis menegaskan bahwa pencegahan primer (pola hidup sehat, kontrol risiko) dan strategi sistem kesehatan (manajemen penyakit kronis terkoordinasi, akses obat) adalah kunci untuk mengatasi tren ini di negara dengan sumber daya terbatas. (Hacker, 2024).

2. Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan Sebagian besar responden dalam penelitian ini berjenis kelamin laki-laki (61,7%). Dominasi jenis kelamin laki-laki ini menggambarkan bahwa penyakit kronis cenderung lebih banyak dialami oleh populasi laki-laki dibandingkan perempuan, baik di Indonesia maupun secara global. Perbedaan ini tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis, tetapi juga oleh aspek perilaku, sosial, dan budaya yang memengaruhi gaya hidup serta pola pencarian pertolongan medis.

Secara perilaku, laki-laki lebih sering terlibat dalam kebiasaan yang meningkatkan risiko penyakit kronis, seperti merokok, konsumsi alkohol, pola makan tinggi lemak jenuh, dan aktivitas fisik yang rendah. Kebiasaan ini telah lama diidentifikasi sebagai faktor utama dalam timbulnya penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung koroner, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK). Perilaku merokok dan konsumsi makanan cepat saji pada

laki-laki dewasa berkontribusi signifikan terhadap peningkatan prevalensi penyakit kronis di Indonesia.

Penelitian (Griselda et al., 2023) yang diterbitkan oleh *Jurnal Keperawatan Indonesia* juga melaporkan bahwa laki-laki mendominasi kelompok penderita penyakit kronis di fasilitas pelayanan kesehatan. Temuan mereka menunjukkan bahwa laki-laki cenderung kurang memperhatikan pemeriksaan kesehatan rutin, sehingga diagnosis penyakit sering dilakukan ketika sudah berada pada tahap lanjut. Rendahnya kesadaran ini dikaitkan dengan konsep sosial tentang *maskulinitas hegemonik*, yaitu pandangan bahwa laki-laki harus kuat, tidak boleh mengeluh, dan jarang mencari pertolongan medis karena dianggap sebagai tanda kelemahan.

Pandangan tersebut juga ditemukan dalam penelitian (Bertelsen et al., 2022) yang dimuat di *BMC Public Health* (Springer Nature), yang menyebutkan bahwa *norma gender maskulin* berperan penting dalam perilaku pencarian perawatan kesehatan (health-seeking behavior) laki-laki. Studi ini menyoroti bahwa laki-laki memiliki kecenderungan untuk menunda kunjungan ke fasilitas kesehatan dan hanya mencari bantuan ketika gejala sudah mengganggu aktivitas sehari-hari..

Secara biologis, laki-laki juga memiliki kerentanan fisiologis yang lebih tinggi terhadap penyakit metabolik dan kardiovaskular dibanding perempuan, terutama sebelum masa menopause. Perempuan memiliki perlindungan hormonal berupa estrogen, yang dapat meningkatkan kadar kolesterol HDL, memperbaiki fungsi endotel, dan menurunkan risiko aterosklerosis. Setelah menopause, penurunan estrogen menyebabkan peningkatan risiko penyakit kronis, tetapi pada usia produktif laki-laki tetap memiliki risiko lebih tinggi. Penelitian (Defianna et al.,

2021) menjelaskan bahwa testosteron tinggi yang tidak seimbang dapat meningkatkan resistensi insulin dan inflamasi sistemik, sehingga mempercepat proses aterosklerosis dan sindrom metabolik.

Selain faktor biologis dan perilaku, faktor sosial ekonomi dan budaya juga memainkan peranan penting. Laki-laki di negara berkembang seperti Indonesia sering kali menjadi pencari nafkah utama, yang membuat mereka memiliki beban kerja tinggi, stres kronis, dan waktu istirahat yang tidak cukup. Menurut (Husnayain et al., 2020) stres psikososial kronis meningkatkan aktivitas sistem saraf simpatis dan kadar kortisol, yang dalam jangka panjang menimbulkan gangguan metabolisme serta mempercepat progresi penyakit kronis.

Di Indonesia sendiri, menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi, diabetes, dan PPOK lebih tinggi pada laki-laki dibanding perempuan. Hal ini diperkuat oleh (Defianna et al., 2021) yang menjelaskan bahwa laki-laki lebih sering terpapar faktor risiko lingkungan seperti polusi, pekerjaan lapangan, dan konsumsi tembakau.

Dengan demikian, hasil penelitian ini memperkuat bukti bahwa perbedaan gender dalam gaya hidup, peran sosial, dan faktor biologis memberikan kontribusi nyata terhadap pola kejadian penyakit kronis. Intervensi promotif dan preventif yang mempertimbangkan perbedaan gender diperlukan, seperti program edukasi kesehatan yang menargetkan laki-laki dewasa, peningkatan kesadaran akan pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin, serta kebijakan nasional yang mendukung pengendalian faktor risiko berbasis komunitas.

3. Pendidikan terakhir

Mayoritas responden dalam penelitian ini memiliki tingkat pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP) sebanyak 30,9%, yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan menengah ke bawah. Kondisi ini penting karena tingkat pendidikan merupakan salah satu determinan sosial yang berpengaruh terhadap pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan seseorang. Semakin tinggi pendidikan individu, maka semakin baik pula kemampuannya dalam memahami informasi kesehatan, mengambil keputusan rasional terkait pengobatan, serta menjalankan perilaku hidup sehat secara konsisten.

Menurut (Rahmawati, D., & Rahayu, 2019) dalam *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, pendidikan berperan dalam meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya deteksi dini dan kepatuhan terhadap terapi pengobatan kronis. Hal ini sejalan dengan konsep *Health Literacy* dari (Jean-marie & Xu, Y., & Zhang, 2023), yang menjelaskan bahwa pendidikan membentuk kemampuan kognitif individu untuk mencari, memahami, dan menerapkan informasi kesehatan guna meningkatkan kualitas hidup.

Penelitian (Dendana, L., Fitriani, N., & Wulandari, 2021) dalam *Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior* juga menyebutkan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi meningkatkan kemampuan pasien dalam mengontrol penyakitnya, berkomunikasi efektif dengan tenaga kesehatan, serta berpartisipasi aktif dalam perawatan jangka panjang.

Hasil serupa ditemukan dalam studi internasional oleh (Khatrawi & Sayed, 2023) yang diterbitkan dalam *BMC Public Health* (Springer Nature), yang menganalisis

lebih dari 15.000 pasien penyakit kronis di Asia Timur. Studi tersebut menemukan bahwa individu dengan pendidikan rendah memiliki risiko dua kali lipat lebih tinggi untuk mengalami komplikasi penyakit kronis karena rendahnya literasi kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan

Selain itu, penelitian Hink dalam *International Journal of Environmental Research and Public Health* menyoroti bahwa pendidikan juga berperan dalam membentuk pola perilaku hidup sehat, termasuk pengaturan pola makan, aktivitas fisik, dan manajemen stres. Individu dengan pendidikan rendah cenderung memiliki keterbatasan akses terhadap informasi kesehatan dan lebih rentan terhadap pengaruh lingkungan tidak sehat, yang pada akhirnya meningkatkan risiko penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung (Hink, 2020).

Konteks nasional juga menunjukkan pola serupa. Berdasarkan Rikesdas, prevalensi penyakit tidak menular (terutama hipertensi dan diabetes mellitus) lebih tinggi pada kelompok dengan pendidikan rendah dibandingkan kelompok berpendidikan tinggi. Hal ini memperkuat pendapat bahwa pendidikan tidak hanya berfungsi sebagai sarana transfer pengetahuan, tetapi juga sebagai *prediktor sosial* dalam menjaga kesehatan masyarakat (Rikesdas, 2023).

Penelitian di *Jurnal Keperawatan Komunitas* (Universitas Airlangga) menemukan bahwa pendidikan rendah seringkali berdampak pada rendahnya kemampuan pengambilan keputusan terkait pengobatan alternatif, keterlambatan dalam mencari pertolongan medis, serta ketergantungan pada praktik nonmedis. Faktor-faktor tersebut memperburuk kondisi penyakit kronis yang membutuhkan terapi jangka panjang (Rahmawati, D., & Rahayu, 2019).

Lebih lanjut, studi sistematis oleh (Hink, 2020) dalam *Annals of Family Medicine* menunjukkan bahwa rendahnya literasi kesehatan akibat pendidikan yang terbatas meningkatkan angka rawat inap, menurunkan kepatuhan terhadap pengobatan, dan memperburuk kualitas hidup pasien penyakit kronis.

Oleh karena itu, hasil penelitian ini menegaskan bahwa rendahnya tingkat pendidikan merupakan faktor risiko tidak langsung terhadap keparahan penyakit kronis. Individu dengan pendidikan rendah cenderung memiliki hambatan dalam memahami petunjuk medis, mengenali tanda bahaya penyakit, dan menjalankan pengobatan dengan benar. Temuan ini menyoroti pentingnya intervensi edukatif dan promosi kesehatan yang disesuaikan dengan tingkat literasi masyarakat, seperti penyuluhan berbasis komunitas, media visual, dan pendekatan *health coaching* oleh tenaga keperawatan agar pasien berpendidikan rendah tetap mampu mengelola penyakit kronisnya secara optimal.

4. Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan Sebagian besar responden dalam penelitian ini bekerja sebagai pedagang (34,0 %) dan wiraswasta (28,7 %), yang termasuk dalam kategori pekerjaan informal. Pekerjaan informal umumnya ditandai oleh ketidakpastian pendapatan, waktu kerja yang panjang dan variabel, minimnya perlindungan sosial, serta kondisi kerja yang kurang diatur. Kondisi-ini memberi tekanan fisik dan psikososial yang lebih besar dibandingkan pekerjaan formal, sehingga dapat memperburuk kondisi penyakit kronis yang sudah ada atau memicu perkembangan penyakit kronis baru.

Pertama, dari sisi eksposur fisik dan beban kerja, pedagang dan wiraswasta sering melakukan aktivitas yang memerlukan berdiri atau bergerak terus-menerus, mengangkat barang, atau berada di lingkungan dengan variabel cuaca dan sanitasi (misalnya di lapak terbuka). Studi di Myanmar terhadap pekerja informal seperti pedagang kaki lima dan pekerja berbasis rumah menunjukkan bahwa kondisi kerja informal seperti jam kerja yang panjang, beban fisik tinggi, dan kurangnya peralatan keselamatan berkorelasi dengan prevalensi lebih tinggi terhadap berbagai kondisi kesehatan buruk termasuk penyakit kardiovaskular dan penyakit pernapasan. (Ko Ko et al., 2020)

Kedua, dari sisi beban psikososial dan ketidakpastian ekonomi, pekerja dalam sektor informal sering menghadapi stres kronis akibat pendapatan yang fluktuatif, tanpa jaminan sosial, dan seringkali tanpa akses kesehatan rutin. Misalnya, penelitian yang menggunakan data dari pekerja informal di perkotaan Brasil melaporkan bahwa pekerja informal memiliki prevalensi penyakit kronis yang signifikan lebih tinggi dibanding pekerja formal, yang sebagian besar dijelaskan oleh kombinasi beban fisik dan ketidakamanan kerja.

Ketiga, akses terhadap layanan kesehatan dan pemeriksaan rutin pada pekerja informal seringkali terbatas, baik karena waktu yang padat, kurangnya fleksibilitas cuti atau libur, maupun karena segmen pasar yang kurang dilayani sistem kesehatan. Studi oleh (Naicker et al., 2021) mengamati pekerja sektor informal dan menemukan bahwa dibanding pekerja formal, mereka memiliki penggunaan layanan kesehatan lebih rendah dan indikator kesehatan yang lebih buruk (termasuk penyakit kronis).

Keempat, sinergi antara faktor-faktor fisik, psikososial, dan akses kesehatan tersebut menyebabkan pekerja informal lebih rentan mengalami perburukan kondisi penyakit kronis atau komplikasi. (Silva-Peñaherrera et al., 2022) Dalam konteks ini, kelompok pedagang dan wiraswasta pada usia produktif yang juga telah terdiagnosis penyakit kronis (seperti DM, PPOK, stroke) dapat mengalami penurunan fungsi dan resiliensi karena beban kerja yang tidak seimbang, pengobatan yang tertunda, dan regenerasi tubuh yang terganggu.

Dengan demikian, temuan penelitian bahwa sebagian besar responden bekerja di sektor informal memberikan gambaran bahwa kompleksitas pekerjaan informal menjadi salah satu faktor kontekstual penting dalam memahami pola penyakit kronis dan kebutuhan intervensi. (Thanapop et al., 2021) Hal ini memunculkan implikasi bahwa intervensi promotif dan preventif bukan hanya harus diarahkan kepada pasien, tetapi juga perlu mempertimbangkan konteks pekerjaan misalnya melibatkan program skrining di tempat kerja informal, dukungan waktu untuk pemeriksaan kesehatan bagi wiraswasta/pedagang, serta kebijakan perlindungan kesehatan untuk sektor informal.

5. Jenis penyakit

Sebagian besar responden dalam penelitian ini menderita stroke (22,3%) dan diabetes mellitus (27,7%). Kedua penyakit ini merupakan bagian dari kelompok penyakit tidak menular (PTM) yang saat ini menjadi penyebab kematian dan disabilitas utama di Indonesia. Peningkatan prevalensi stroke dan diabetes sejalan dengan laporan Riskesdas (2018) yang menyebutkan bahwa terjadi lonjakan signifikan kasus penyakit tidak menular dalam satu dekade terakhir, khususnya

pada populasi usia produktif. Faktor gaya hidup seperti pola makan tinggi gula, garam, dan lemak (GGL), kurangnya aktivitas fisik, serta kebiasaan merokok berkontribusi besar terhadap fenomena ini (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Dalam konteks stroke, penyakit ini kini bukan hanya menyerang lansia, tetapi juga kelompok usia dewasa muda akibat peningkatan faktor risiko metabolik dan hipertensi yang tidak terkontrol. Berdasarkan (Abbafati et al., 2020) Indonesia menempati peringkat tertinggi di Asia Tenggara untuk angka kejadian stroke pada usia di bawah 60 tahun, dengan kecenderungan meningkat setiap tahun. Studi ini juga menegaskan bahwa pola konsumsi tidak sehat dan stres kerja kronis menjadi determinan penting timbulnya stroke di usia produktif.

Sementara itu, diabetes mellitus (DM) juga menunjukkan tren peningkatan yang mengkhawatirkan. Indonesia menduduki peringkat ke-5 dunia dengan jumlah penderita diabetes terbanyak, yaitu mencapai lebih dari 19,5 juta jiwa. Penelitian oleh (Hapsari, R., Widyaningsih, Y., & Sari, 2023) yang diterbitkan dalam *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* menemukan bahwa ketidakpatuhan terhadap terapi, pola makan tinggi kalori, serta obesitas sentral menjadi faktor utama peningkatan kasus DM di Indonesia.

Selain faktor individu, determinasi sosial kesehatan (*social determinants of health*) seperti tingkat pendidikan rendah, pekerjaan informal, dan keterbatasan akses layanan kesehatan juga memperparah prevalensi penyakit kronis di masyarakat. Penelitian (Suryani, E., & Iskandar, 2021) dalam *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* menyebutkan bahwa kelompok masyarakat dengan

pendapatan rendah dan pekerjaan tidak tetap memiliki peluang 1,8 kali lebih tinggi menderita diabetes dan hipertensi dibanding kelompok ekonomi menengah.

Dari perspektif nasional, (Riskedas, 2023) menyoroti bahwa perubahan gaya hidup urban seperti meningkatnya konsumsi makanan cepat saji, kurangnya aktivitas fisik karena pekerjaan sedentari, serta tingginya tingkat stres turut mempercepat peningkatan penyakit tidak menular. Studi lokal oleh (Hapsari, R., Widyaningsih, Y., & Sari, 2023) di *Indonesian Journal of Public Health* juga mengonfirmasi bahwa pola makan masyarakat Indonesia masih jauh dari prinsip gizi seimbang, dengan asupan serat rendah dan konsumsi gula yang melebihi rekomendasi WHO.

Selain itu, faktor genetik dan inflamasi kronis juga berperan dalam patogenesis stroke dan diabetes. Menurut (Chowdhury, T., Paul, S., & Hasan, 2023) dalam *Frontiers in Endocrinology*, proses inflamasi sistemik berkelanjutan akibat obesitas dan dislipidemia dapat menyebabkan disfungsi endotel dan resistensi insulin, yang akhirnya berkontribusi pada komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular.

Dengan demikian, tingginya proporsi penderita stroke dan diabetes pada penelitian ini menggambarkan bahwa transisi epidemiologis di Indonesia telah bergeser dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, yang memerlukan strategi penanganan berbasis promotif dan preventif. Upaya pencegahan perlu diarahkan pada perubahan perilaku masyarakat, peningkatan kesadaran deteksi dini, serta penguatan layanan primer untuk manajemen penyakit kronis jangka panjang.

6. Resiliensi

Hasil penelitian menunjukkan Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki tingkat resiliensi sedang (46,8%) dan tinggi (51,1%), yang menunjukkan bahwa mayoritas pasien penyakit kronis mampu menyesuaikan diri dan bangkit menghadapi tekanan akibat kondisi yang mereka alami. Dalam konteks keperawatan, resiliensi dipahami sebagai kapasitas psikologis seseorang untuk mempertahankan fungsi adaptif ketika dihadapkan pada stresor berat seperti penyakit kronis yang bersifat jangka panjang

Resiliensi berperan sebagai mekanisme perlindungan terhadap tekanan psikologis yang timbul akibat diagnosis penyakit kronis. Individu dengan resiliensi tinggi cenderung memiliki mekanisme koping positif, seperti penerimaan diri, optimisme, serta keyakinan akan kemampuan diri sendiri untuk mengendalikan situasi (*self-efficacy*). Menurut (Cheng et al., 2024) dalam *The Journal of Nursing Research*, pasien gagal jantung dengan tingkat resiliensi tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih baik, tingkat depresi yang lebih rendah, dan kepatuhan lebih tinggi terhadap terapi dibandingkan dengan resiliensi rendah. Temuan ini menegaskan bahwa resiliensi bukan hanya kemampuan psikologis, tetapi juga faktor prediktif terhadap stabilitas klinis pasien penyakit kronis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan studi (Zulkifli et al., 2024) dalam *BMC Psychology* yang meninjau pengalaman hidup pasien penyakit kronis di Asia. Mereka menemukan bahwa dukungan keluarga, hubungan spiritual yang kuat, dan penerimaan diri merupakan faktor paling dominan dalam membentuk resiliensi. Dukungan emosional dari keluarga dan lingkungan sosial terbukti meningkatkan

rasa harapan dan makna hidup pasien, yang pada akhirnya membantu mereka untuk bertahan dari tekanan fisik dan emosional akibat penyakit.

Selain faktor eksternal, aspek spiritualitas juga berkontribusi besar terhadap terbentuknya resiliensi. Spiritualitas memberi makna dan tujuan hidup, serta menumbuhkan rasa tenang dan pasrah terhadap kondisi yang dihadapi. Penelitian (Hosseini, S. A., Sharif, F., & Hosseini, 2023) dalam *Frontiers in Psychology* menegaskan bahwa spiritual well-being berhubungan positif dengan tingkat resiliensi pada pasien kanker, di mana individu yang memiliki hubungan spiritual yang kuat menunjukkan penurunan signifikan dalam kecemasan dan depresi.

Meskipun sebagian besar responden memiliki tingkat resiliensi sedang hingga tinggi, masih terdapat responden dengan tingkat resiliensi rendah. Kondisi ini menunjukkan bahwa tidak semua pasien penyakit kronis mampu beradaptasi secara optimal terhadap tekanan fisik, psikologis, dan sosial yang ditimbulkan oleh penyakit yang bersifat jangka panjang. Resiliensi yang rendah mencerminkan keterbatasan individu dalam mempertahankan fungsi adaptif, mengelola stres, serta membangun makna hidup secara positif dalam menghadapi kondisi sakit yang kronis.

Pasien dengan tingkat resiliensi rendah cenderung mengalami kesulitan dalam menerima kondisi penyakit, merasa tidak berdaya, serta memiliki persepsi negatif terhadap masa depan dan kualitas hidupnya. Hal ini sejalan dengan penelitian Hu et al. (2021) dalam *Journal of Psychosomatic Research* yang menyatakan bahwa rendahnya resiliensi berhubungan signifikan dengan peningkatan distress

psikologis, seperti kecemasan dan depresi, serta penurunan kualitas hidup pada pasien penyakit kronis. Ketidakmampuan dalam mengelola tekanan emosional dapat memperburuk kondisi psikologis pasien dan menghambat proses adaptasi terhadap penyakit.

Selain faktor psikologis, rendahnya resiliensi juga dipengaruhi oleh kurangnya dukungan sosial, terutama dari keluarga dan lingkungan terdekat. Pasien yang tidak memperoleh dukungan emosional yang memadai cenderung merasa terisolasi dan kehilangan harapan dalam menjalani pengobatan. Penelitian Park dan Kim (2022) dalam *BMC Nursing* menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang rendah berhubungan dengan rendahnya resiliensi, kepatuhan pengobatan, serta motivasi pasien dalam menjalani perawatan jangka panjang. Dukungan sosial berperan penting sebagai sumber kekuatan eksternal yang membantu pasien menghadapi beban fisik dan emosional akibat penyakit kronis.

Faktor spiritualitas juga menjadi aspek penting yang memengaruhi tingkat resiliensi. Pasien dengan spiritualitas rendah cenderung mengalami kesulitan dalam memaknai penyakit sebagai bagian dari perjalanan hidup, sehingga lebih mudah mengalami keputusasaan. Penelitian Alshammari et al. (2023) dalam *Journal of Religion and Health* menyebutkan bahwa rendahnya spiritual well-being berhubungan dengan tingkat resiliensi yang rendah serta peningkatan kecemasan dan depresi pada pasien penyakit kronis. Spiritualitas berfungsi sebagai sumber kekuatan internal yang membantu individu menerima kondisi sakit, menumbuhkan ketenangan batin, dan mempertahankan harapan.

Selain itu, faktor kognitif-emosional seperti rendahnya optimisme, ketidakmampuan mengatur emosi, dan rendahnya *self-efficacy* turut memperkuat kondisi resiliensi rendah. Studi longitudinal oleh Manning et al. (2024) dalam *Journal of Health Psychology* menunjukkan bahwa individu dengan pola pikir pesimis dan keyakinan diri yang rendah lebih rentan mengalami penurunan resiliensi dalam menghadapi penyakit kronis. Ketidakmampuan dalam memaknai penderitaan secara adaptif menyebabkan pasien lebih fokus pada keterbatasan dibandingkan potensi pemulihan dan penyesuaian diri.

Dalam konteks budaya Indonesia, resiliensi rendah juga dapat dipengaruhi oleh pemaknaan penyakit yang negatif, seperti anggapan bahwa penyakit merupakan hukuman atau takdir yang tidak dapat diubah. Penelitian Sari dan Nursalam (2022) dalam *Jurnal Keperawatan Indonesia* melaporkan bahwa pasien penyakit kronis dengan pemaknaan religius yang kurang adaptif menunjukkan tingkat penerimaan diri dan resiliensi yang lebih rendah. Hal ini menunjukkan bahwa nilai budaya dan religius dapat berperan sebagai risiko maupun faktor protektif terhadap resiliensi, tergantung pada cara individu memaknainya.

Dengan demikian, rendahnya resiliensi pada pasien penyakit kronis merupakan hasil interaksi kompleks antara faktor psikologis, sosial, spiritual, dan budaya. Temuan ini menegaskan pentingnya peran perawat dalam melakukan pengkajian resiliensi secara komprehensif serta memberikan intervensi keperawatan yang bersifat holistik. Intervensi tersebut meliputi dukungan emosional, penguatan coping adaptif, peningkatan *self-efficacy*, serta fasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Upaya ini diharapkan dapat meningkatkan resiliensi pasien,

sehingga mereka mampu beradaptasi lebih baik dan mempertahankan kesejahteraan psikologis meskipun berada dalam kondisi penyakit kronis.

Dalam konteks Indonesia, temuan ini konsisten dengan penelitian (Nursalam, & Dewi, 2021) dalam *Jurnal Keperawatan Indonesia* yang melaporkan bahwa pasien penyakit kronis yang mendapatkan dukungan sosial dan spiritual memiliki tingkat adaptasi lebih tinggi serta menunjukkan pemulihan psikologis yang lebih cepat. Penelitian tersebut menyoroti bahwa resiliensi seringkali muncul dari interaksi nilai budaya dan religius, seperti rasa syukur, gotong royong, dan penerimaan terhadap takdir (*ikhlas*).

Selain itu, faktor kognitif-emosional seperti optimisme, regulasi emosi, dan kemampuan memaknai penderitaan turut memperkuat resiliensi. Studi longitudinal (Elliott, T. R., Berry, J. W., & Khan, 2024) dalam *Journal of Health Psychology* menunjukkan bahwa individu dengan tingkat optimisme tinggi cenderung mempertahankan fungsi sosial dan kesejahteraan emosional yang lebih baik meski menghadapi penyakit kronis yang melemahkan.

Namun, perlu diingat bahwa resiliensi bukan sifat bawaan, melainkan kapasitas dinamis yang dapat ditingkatkan melalui pelatihan psikososial, dukungan sosial, dan intervensi berbasis spiritual. Pendekatan ini sesuai dengan rekomendasi (Zulkifli et al., 2024) yang menekankan penguatan *psychological resilience* dalam manajemen penyakit kronis melalui strategi multidimensional: konseling psikologis, penguatan dukungan sosial, dan integrasi pendekatan spiritual dalam perawatan holistik.

Dengan demikian, hasil penelitian ini memperkuat teori bahwa resiliensi berperan sebagai penyangga (buffer) antara tekanan psikologis dan kesejahteraan pasien. Pasien dengan resiliensi tinggi mampu melihat penyakit bukan sebagai akhir, melainkan sebagai proses untuk tumbuh secara spiritual dan emosional. Oleh karena itu, intervensi keperawatan perlu diarahkan untuk mengembangkan kemampuan resiliensi pasien melalui dukungan sosial, edukasi coping positif, serta penguatan spiritualitas individu agar mereka mampu menjalani kehidupan yang lebih adaptif meskipun berada dalam kondisi kronis.

7. Spiritualitas

Hasil penelitian menunjukkan Sebagian besar responden dalam penelitian ini memiliki tingkat spiritualitas sedang (46,8%), yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien penyakit kronis memiliki tingkat kesejahteraan batin yang cukup baik, namun masih memerlukan penguatan dalam aspek spiritual. Spiritualitas dalam konteks keperawatan bukan hanya berkaitan dengan praktik agama formal, tetapi juga mencakup makna hidup, hubungan dengan Tuhan, diri sendiri, orang lain, serta lingkungan sekitar. Spiritualitas membantu individu dalam menemukan tujuan dan makna dari penderitaan, serta memberikan kekuatan untuk menerima dan menghadapi kondisi kronis dengan hati yang lebih tenang dan lapang.

Konsep ini sejalan dengan teori Newberg yang menjelaskan bahwa spiritualitas merupakan sumber kekuatan internal yang memungkinkan seseorang untuk bertahan di tengah penderitaan dan ketidakpastian. Individu yang memiliki spiritualitas tinggi cenderung lebih mudah beradaptasi terhadap penyakit kronis

karena mereka memiliki rasa makna hidup, harapan, dan koneksi yang kuat dengan sesuatu yang lebih besar daripada dirinya sendiri.

Penelitian (Sujana, D., Rini, A., & Ananda, 2021) menunjukkan bahwa pasien dengan tingkat spiritualitas tinggi memiliki kondisi psikologis yang lebih stabil, tingkat kecemasan lebih rendah, serta lebih mudah menerima penyakit yang dideritanya. Spiritualitas terbukti berperan dalam meningkatkan *psychological well-being* dan kualitas hidup pasien kronis, terutama melalui mekanisme peningkatan makna hidup dan penerimaan diri. Hasil tersebut konsisten dengan temuan (Delgado-Guay, M., Hui, D., Parsons, H., Govan, K., De la Cruz, M., Thorney, S., & Bruera, 2021) dalam *Palliative & Supportive Care*, yang melaporkan bahwa spiritual well-being berhubungan signifikan dengan penurunan distress emosional dan peningkatan kualitas hidup pasien kanker terminal.

Selain memberikan ketenangan batin, spiritualitas juga berperan penting dalam mengatur emosi dan menurunkan stres fisiologis. Studi (Zhou et al., 2022) dalam *Frontiers in Psychology* menemukan bahwa spiritual practices seperti doa, meditasi, dan refleksi diri terbukti dapat menurunkan kadar kortisol dan meningkatkan keseimbangan sistem saraf otonom, sehingga mempercepat pemulihan fisik pada pasien dengan penyakit kronis .

Dalam konteks lokal, pentingnya pemenuhan kebutuhan spiritual dalam perawatan pasien di Indonesia. Ketidakterpenuhinya kebutuhan spiritual dapat menimbulkan *distress spiritual*, yaitu kondisi di mana individu kehilangan makna hidup, merasa ditinggalkan oleh Tuhan, dan kehilangan harapan, yang pada akhirnya berdampak negatif terhadap kesehatan mental dan fisik. Hal ini sejalan

dengan penelitian (Muliawan, A., & Supriyadi, 2020) dalam *Jurnal Keperawatan Indonesia*, yang menemukan bahwa pasien dengan dukungan spiritual tinggi memiliki tekanan darah, kadar gula darah, dan tingkat stres yang lebih terkendali dibanding pasien dengan spiritualitas rendah.

Tingkat spiritualitas responden berada pada kategori bervariasi, namun masih terdapat sebagian pasien penyakit kronis dengan tingkat spiritualitas rendah. Kondisi ini mengindikasikan bahwa tidak semua pasien mampu memanfaatkan aspek spiritual sebagai sumber kekuatan dalam menghadapi penyakit kronis yang bersifat jangka panjang. Spiritualitas dalam konteks keperawatan dipahami sebagai kemampuan individu dalam menemukan makna hidup, harapan, dan hubungan dengan Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi, terutama saat menghadapi kondisi sakit dan penderitaan.

Pasien dengan tingkat spiritualitas rendah cenderung mengalami kesulitan dalam memaknai penyakit secara positif, sehingga lebih rentan terhadap perasaan putus asa, kecemasan, dan ketidakberdayaan. Hal ini sejalan dengan penelitian Hosseini et al. (2023) dalam *Frontiers in Psychology* yang menyatakan bahwa rendahnya spiritual well-being berhubungan signifikan dengan peningkatan distress psikologis dan penurunan kemampuan adaptasi pada pasien penyakit kronis. Ketidakmampuan individu dalam menghubungkan pengalaman sakit dengan makna hidup yang lebih luas dapat memperberat beban emosional yang dirasakan.

Selain itu, spiritualitas yang rendah juga berkaitan dengan melemahnya harapan dan motivasi pasien dalam menjalani pengobatan. Pasien yang tidak memiliki keyakinan spiritual yang kuat cenderung memandang penyakit sebagai ancaman

semata, bukan sebagai proses yang dapat dijalani dengan sikap penerimaan. Penelitian oleh Puchalski et al. (2021) dalam *Journal of Palliative Medicine* menunjukkan bahwa pasien penyakit kronis dengan spiritualitas rendah memiliki tingkat kepatuhan terapi yang lebih rendah serta kualitas hidup yang lebih buruk dibandingkan pasien dengan spiritualitas sedang hingga tinggi.

Dalam konteks psikologis, spiritualitas berperan sebagai mekanisme coping internal yang membantu individu mengelola stres dan emosi negatif. Pasien dengan spiritualitas rendah umumnya memiliki keterbatasan dalam menggunakan coping religius atau spiritual, seperti doa, dzikir, atau refleksi makna hidup, sehingga lebih mudah mengalami kelelahan emosional. Studi oleh Alshammari et al. (2023) dalam *Journal of Religion and Health* menegaskan bahwa rendahnya spiritual coping berhubungan dengan peningkatan kecemasan dan depresi pada pasien dengan penyakit kronis.

Kondisi spiritualitas yang rendah juga tidak terlepas dari faktor sosial dan budaya. Kurangnya dukungan spiritual dari keluarga, lingkungan, maupun tenaga kesehatan dapat menyebabkan kebutuhan spiritual pasien tidak terpenuhi secara optimal. Penelitian di Indonesia oleh Sari dan Nursalam (2022) dalam *Jurnal Keperawatan Indonesia* melaporkan bahwa pasien penyakit kronis yang tidak mendapatkan dukungan spiritual dari keluarga dan tenaga kesehatan menunjukkan tingkat spiritualitas yang lebih rendah serta kesulitan dalam menerima kondisi penyakitnya. Hal ini menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual merupakan bagian penting dari perawatan holistik pasien.

Sebaliknya, pasien dengan tingkat spiritualitas sedang hingga tinggi cenderung memiliki sikap penerimaan yang lebih baik, rasa syukur, serta keyakinan bahwa penyakit merupakan bagian dari ketetapan Tuhan yang dapat dijalani dengan sabar dan ikhlas. Sikap ini membantu pasien mempertahankan keseimbangan emosional dan meningkatkan kemampuan adaptasi terhadap penyakit kronis. Temuan ini sejalan dengan penelitian Koenig (2020) yang menyatakan bahwa spiritualitas berperan sebagai faktor protektif terhadap gangguan psikologis dan meningkatkan kesejahteraan pasien dengan penyakit kronis.

Dengan demikian, tingkat spiritualitas yang rendah pada pasien penyakit kronis dapat berdampak negatif terhadap kesejahteraan psikologis, kepatuhan pengobatan, dan kualitas hidup. Temuan ini menegaskan pentingnya peran perawat dalam melakukan pengkajian kebutuhan spiritual pasien secara komprehensif serta memberikan intervensi keperawatan berbasis spiritual, seperti dukungan spiritual, fasilitasi ibadah, pemberian kesempatan untuk mengekspresikan keyakinan, dan kolaborasi dengan tokoh agama bila diperlukan. Pendekatan ini diharapkan mampu meningkatkan spiritualitas pasien sehingga mereka dapat menghadapi penyakit kronis dengan sikap yang lebih adaptif dan penuh makna..

Spiritualitas juga memiliki hubungan erat dengan resiliensi dan strategi koping positif. Studi (Koenig,2023) dalam *Frontiers in Psychiatry* menegaskan bahwa spiritual beliefs dapat memperkuat kemampuan adaptif pasien dengan penyakit kronis melalui peningkatan harapan dan pengurangan gejala depresi. Spiritualitas yang kuat memungkinkan pasien untuk melihat penyakitnya bukan semata

penderitaan, tetapi sebagai bentuk ujian yang mengandung makna dan nilai pembelajaran hidup.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian pasien masih memerlukan penguatan spiritual. Intervensi seperti konseling spiritual, dukungan religius, pendampingan ibadah bersama, atau terapi berbasis mindfulness dapat menjadi bagian dari strategi perawatan holistik. Integrasi aspek spiritual dalam praktik keperawatan berperan penting untuk meningkatkan kualitas hidup, memperkuat coping pasien, serta mengurangi kebutuhan farmakologis terhadap gangguan psikologis.

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa spiritualitas berfungsi sebagai pondasi utama kesejahteraan psikologis dan fisik pasien penyakit kronis. Pemenuhan kebutuhan spiritual bukan hanya memperkuat keimanan, tetapi juga membangun rasa ketenangan, penerimaan, dan harapan yang pada akhirnya mempercepat proses adaptasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, tenaga kesehatan perlu memberikan perhatian lebih terhadap aspek spiritual pasien melalui pendekatan yang humanistik, empatik, dan berbasis nilai budaya serta keagamaan yang dianut pasien.

C. Keterbatasan penelitian

1. Desain penelitian

Desain penelitian *cross-sectional* hanya menggambarkan hubungan antara spiritualitas dan resiliensi pada satu waktu, sehingga tidak dapat menjelaskan hubungan sebab-akibat secara langsung.

2. Data di kumpulkan menggunakan kuesioner self report

Data dikumpulkan menggunakan kuesioner *self-report* sehingga kemungkinan terdapat bias subjektivitas responden dalam menjawab pertanyaan, terutama pada item yang berkaitan dengan pengalaman spiritual dan kondisi psikologis

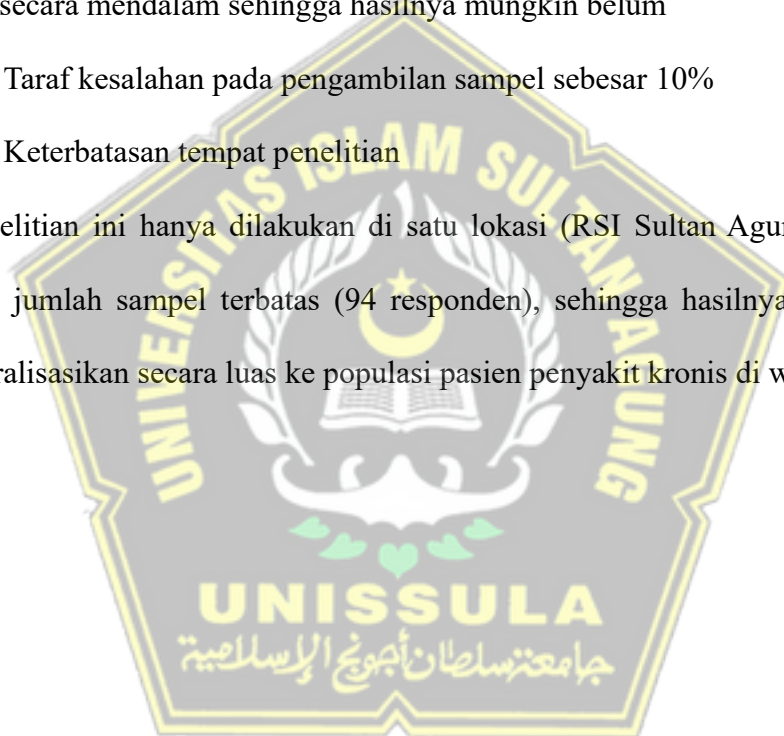
3. Variabel lain yang berpotensi memengaruhi resiliensi

Variabel lain yang berpotensi memengaruhi resiliensi seperti dukungan sosial, lama menderita penyakit, tingkat keparahan penyakit, atau faktor kepribadian, tidak diteliti secara mendalam sehingga hasilnya mungkin belum

4. Taraf kesalahan pada pengambilan sampel sebesar 10%

5. Keterbatasan tempat penelitian

Penelitian ini hanya dilakukan di satu lokasi (RSI Sultan Agung Semarang) dengan jumlah sampel terbatas (94 responden), sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan secara luas ke populasi pasien penyakit kronis di wilayah lain.



BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai *Gambaran Resiliensi dan Tingkat Spiritualitas pada Pasien Penyakit Kronis di RSI Sultan Agung Semarang*, dapat disimpulkan bahwa:

1. Sebagian besar pasien penyakit kronis memiliki tingkat resiliensi sedang hingga tinggi. Temuan ini menunjukkan bahwa mayoritas pasien mampu beradaptasi, bangkit, dan mempertahankan fungsi psikologis meskipun menghadapi kondisi penyakit jangka panjang. Faktor seperti optimisme, efikasi diri, regulasi emosi, dukungan keluarga, serta makna hidup berperan penting dalam membentuk resiliensi pasien.
2. Tingkat spiritualitas pasien berada pada kategori sedang. Ini berarti pasien memiliki pemahaman dan pengalaman spiritual yang cukup baik, namun masih memerlukan penguatan. Spiritualitas berfungsi sebagai sumber ketenangan, penerimaan diri, harapan, dan makna hidup yang sangat diperlukan dalam menghadapi penyakit kronis.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara spiritualitas dan resiliensi pada pasien penyakit kronis. Hasil analisis menunjukkan bahwa spiritualitas memberikan kontribusi sebesar 34,4% terhadap variasi tingkat resiliensi. Pasien dengan spiritualitas yang lebih tinggi memiliki peluang lebih besar untuk mencapai resiliensi tinggi. Hal ini menegaskan bahwa spiritualitas merupakan faktor protektif

yang memperkuat adaptasi, mengurangi distress psikologis, serta meningkatkan kemampuan menghadapi penyakit.

4. Resiliensi dan spiritualitas berperan besar dalam kesejahteraan biopsikososial pasien kronis. Keduanya berfungsi memperkuat coping mechanism, menurunkan kecemasan dan depresi, meningkatkan makna hidup, serta mendukung kualitas hidup secara keseluruhan. Karena itu, aspek psikososial dan spiritual perlu menjadi bagian penting dalam asuhan keperawatan.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan diharapkan dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai bahan ajar pada mata kuliah keperawatan jiwa maupun medikal bedah, terutama terkait pentingnya aspek resiliensi dan spiritualitas pada pasien penyakit kronis. Mahasiswa perlu dibekali kemampuan melakukan pengkajian spiritual dan psikososial sebagai bagian dari asuhan keperawatan holistik.

2. Bagi rumah sakit

Rumah sakit disarankan untuk mengembangkan program pelayanan yang menekankan *spiritual care* dan *psychosocial support*. Program ini dapat meliputi konseling spiritual, pendampingan ibadah, kelompok dukungan sebaya, serta pelibatan tenaga rohani dalam proses pemulihan pasien. Pendekatan ini diharapkan mampu meningkatkan resiliensi dan memperkuat mekanisme coping pasien.

3. Bagi tenaga kesehatan

Perawat diharapkan lebih aktif melakukan pengkajian spiritual, memberikan edukasi tentang coping positif, serta memfasilitasi pasien dalam menemukan makna

dan harapan selama menjalani penyakit kronis. Perawat juga disarankan meningkatkan kompetensi dalam intervensi psikososial untuk membantu pasien membangun resiliensi yang lebih kuat.

4. Bagi pasien dan keluarga

Perawat diharapkan lebih aktif melakukan pengkajian spiritual, memberikan edukasi tentang coping positif, serta memfasilitasi pasien dalam menemukan makna dan harapan selama menjalani penyakit kronis. Perawat juga disarankan meningkatkan kompetensi dalam intervensi psikososial untuk membantu pasien membangun resiliensi yang lebih kuat.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Disarankan untuk melakukan penelitian dengan desain longitudinal atau intervensi untuk melihat perubahan resiliensi dari waktu ke waktu serta menguji secara langsung pengaruh spiritualitas terhadap resiliensi. Penelitian berikutnya juga dapat menambahkan variabel lain seperti dukungan sosial, mekanisme coping, tingkat keparahan penyakit, dan lama menderita penyakit agar hasil lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

Annastasia S. (2024). *Pemberian Edukasi Kesehatan Tentang Penyakit Kronis, Pemeriksaan Laboratorium Dasar Dan Pengobatan.*

Ariani, O. M., & Sujarwo, S. (N.D.). Pengaruh Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (Seft) Terhadap Resiliensi Pada Pengguna Narkoba Di yayasan Mitra Mulia Banyuasin. *Cetak) Journal Of Innovation Research And Knowledge*, 4(3).

Asang, N., Purwasetiawatik, T. F., & Nurhikmah, N. (2023). Pengaruh Love Dan Hope Terhadap Resiliensi Pada Keluarga Penderita Penyakit Kronis. *Jurnal Psikologi Karakter*, 3(1), 78–85. <https://doi.org/10.56326/jpk.v3i1.2165>

Bagby, S. P., Martin, D., Chung, S. T., & Rajapakse, N. (2019). From The Outside In: Biological Mechanisms Linking Social And Environmental Exposures To Chronic Disease And To Health Disparities. *American Journal Of Public Health*, 109(1 S), S56–S63. <https://doi.org/10.2105/Ajph.2018.304864>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.

Dukungan, P. I., Keputusan, P., Masalah, T., Kesehatan, M., Efektif, T., Keluarga, P., Penyakit, D., Wulansari, K., Ayu, R., & Musta'in, M. (N.D.). Article Info Abstrack. In *Wulansari Universitas Ngudi Waluyo Indonesian Journal Of Nursing Research*.

Keperawatan, J., Ilmu Kesehatan, F., & Yogyakarta, A. (2024). *Analisis Kegiatan Program Pengelolaan Penyakit Kronis Puskesmas Gamping 2 Sleman Yogyakarta Asyiva Ika Rachmadina * , Ruhyana, Sigit Harun (Vol. 2).*

Kusnadi, R., Hamid, A. Y. S., Susanti, H., & Hargiana, G. (2023). Studi Kasus: Psikoedukasi Keluarga Untuk Mengurangi Beban Perawatan Pada Keluarga Pasien Penyakit Kronik Dengan Latar Belakang Budaya Sunda. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 14(01), 1–8.

Müller, L., Durand, S., & Fabre, N. (2025). Validation of the French Version of the Brief Resilience Scale (BRS-F) Among University Students. *Scientific Reports*, 15(3), 2321–2330.

Pratiwi, S. A., & Yuliandri, B. S. (N.D.). Antecedent Dan Hasil Dari Resiliensi Antecedent And Outcome Of Resilience. In *Motiva : Jurnal Psikologi 2022 (Vol. 5, Issue 1).*

Pusdatin Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*.

Putri, D. A., & Wahyuni, S. (2023). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish.

Rahmawati, D., Nuraini, L., & Syamsuddin, A. (2025). Validation of the Daily Spiritual Experience Scale (DSES) in the Context of Indonesian Muslims. *Journal of Psychology and Religion*, 32(1), 45–60.

Ramadhani, S., Purwono, J., Utami, I. T., Dharma, A. K., & Metro, W. (2022). Penerapan Pursed Lip Breathing Terhadap Penurunan Sesak Napas Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (Ppok) Di Ruang Paru Rsud Jend. Ahmad Yani Kota Metro The Application Of Pursed Lip Breathing To Reducing Complete Breath In Patients Of Chronic Obstruction Lung Disease (Copd) In The Lung Room, Jend. Ahmad Yani Metro City. *Jurnal Cendikia Muda*, 2(2).

Reivich, K., & Shatté, A. (2002). *The Resilience Factor: 7 Essential Skills for Overcoming Life's Inevitable Obstacles*. Broadway Books.

Relica, C., Program Sarjana Keperawatan, M., Keperawatan, F., Dan Teknologi, B., Widya Husada Semarang, U., Subali Raya No, J., Barat, S., & Tengah, J. (N.D.). *Hubungan Resiliensi Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Penyakit Kronis*.

Risikesdas. (2018). *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sujana, E., Fatimah, S., Hidayati, N. O., Fakultas, M., Universitas Padjadjaran, K., Keperawatan, D., & Fakultas Keperawatan, J. (N.D.). *Kebutuhan Spiritual Keluarga Dengan Anak Penderita Penyakit Kronis*.

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200.

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