



SKRIPSI

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN PASCA STROKE
DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH:

NOVIANTI NOPA LALONG

CX1714201147

NOVITA TOMBI LANGI

CX1714201148

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2019



SKRIPSI

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN PASCA STROKE
DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

**Di ajukan untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

OLEH:

NOVIANTI NOPA LALONG

CX1714201147

NOVITA TOMBI LANGI

CX1714201148

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2019

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Novianti Nopa Lalong

Nim : CX1714201147

Nama : Novita Tombi Langi

Nim : CX1714201148

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiat (jiblanan) dan hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami, penelitian ini belum pernah ditulis oleh orang lain dan diteliti diintitisi yang sama.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 27 Maret 2019

Yang menyatakan.

Novianti Nopa Lalong

Novita Tombi Langi

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN PASCA STROKE
DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA
MAKASSAR**

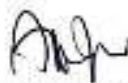
Diajukan Oleh:

NOVIANTI NOPA LALONG (CX1714201147)

NOVITA TOMBI LANGI (CX1714201148)

Disetujui Oleh:

Pembimbing



(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)

NIDN. 0913098201

Wakil Ketua I

Bidang Akademik



(Henny Ponqantung, Ns., MSN., DN.Sc.)

NIDN. 0912106501

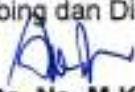
LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN SPIRITUAL WELL BEING DENGAN QUALITY
OF LIFE PADA PASIEN PASCA STROKE
DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA
MAKASSAR**

Yang Dipersiapkan dan Disusun Oleh:
NOVIANTI NOPA LALONG (CX1714201147)
NOVITA TOMBI LANGI (CX1714201148)

Telah Dibimbing dan Disetujui Oleh:


(Fransiska Anita, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB)
NIDN. 0913098201

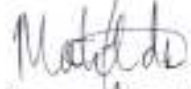
Telah Diuji dan Dipertahankan
Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 27 Maret 2019
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I


(Hasrat Jaya Ziliwu, Ns., M.Kep)
NIP. 19750913 200604 1 007

Penguji II


(Matilda Paseno, Ns., M.Kes)
NIDN. 0925107502

Makassar, 27 Maret 2019
Program S1-Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar


(Siprianus Abdu, S.St., Ns., M.Kes)
NIDN. 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Novianti Nopa Lalong

Nim : CX1714201147

Nama : Novita Tombi Langi

Nim : CX1714201148

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 27 Maret 2019

Yang menyatakan,

Novianti Nopa Lalong

Novita Tombi Langi

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yesus yang Maha Esa atas Rahmat dan anugera-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Hubungan *Spiritual Well Being* Dengan *Quality Of Life* Pada Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar”**

Tujuan dari penyusunan Skripsi ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program SI keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Dalam penyusunan Skripsi ini sampai dengan selesai tentu saja tidak lepas dari bimbingan, dukungan dan kerja sama dari berbagai pihak karena itu penulis hendak mengucapkan Terima Kasih Kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris yang telah memberikan kesempatan penulis untuk mengikuti pendidikan serta memberikan saran dan masukan demi penyempurnaan Skripsi ini.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.,DN.Sc. selaku wakil ketua Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar
3. Fransiska Anita, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.,Kep.MB. Selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan pembimbing penyusunan skripsi yang telah meluangkan waktu dan memberikan pengarahan serta bimbingan dan motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan Skripsi.
4. Hasrat Jaya Ziliwu, Ns.,M.Kep. Selaku dewan penguji I yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis.
5. Matilda Paseno, Ns.,M.Kes. Selaku dewan penguji II yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis.
6. Kol Ckm dr. I Made Mardika, SpPD,MARS. Selaku direktur RS TK.II Pelamonia Makassar, semua petugas kesehatan di ruangan fisioterapi, poli saraf dan ruang rawat inap, serta jajarannya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan penelitian.

7. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Kedua Orang tua dan keluarga besar yang selalu setia memberikan dukungan, motivasi dan kasih sayang serta doa selama penulis menjalani studi di Stik Stella Maris Makassar sampai dengan penyelesaian Skripsi ini.
9. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah mendukung baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan Skripsi ini.

Penulis tidak dapat membalas satu persatu semua kebaikan dari semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini dan semoga Tuhan membalas semua kebaikan semua pihak yang telah membantu, membimbing dan memberikan motivasi kepada kami.

Harapan dari penulis, semoga Skripsi ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi para pembaca dan menambah wawasan serta nantinya dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien tentang *spiritual well being* dengan *quality of life* pasien pasca stroke.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Skripsi ini.

Makassar, 27 Maret 2019

Penulis

ABSTRAK

HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN PASCA STROKE DI RS TK.II PELAMONIA MAKASSAR

(dibimbing oleh Fransiska Anita)

NOVIANTI NOPA LALONG
NOVITA TOMBI LANGI

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
STIK STELLA MARIS MAKASSAR

xviii + 62 Halaman + 37 Daftar Pustaka + 11 Tabel + 8 Lampiran

Perawatan pada pasien stroke tidak hanya pada aspek neurologis tetapi juga pada aspek bio-psiko-sosio-spiritual yang bertujuan untuk meningkatkan *quality of life*. Salah satu cara untuk meningkatkan *quality of life* pasien dengan *spiritual well being* yang sesuai dengan keyakinan dan kebutuhan pasien stroke. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pasien pasca stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar. Desain penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* dengan jumlah 41 responden. Pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner *spiritual well being scale (SWBS)* dan kuesioner *Instrument Health Related Quality Of Life (HRQOL)*. Penelitian ini menggunakan uji *chi-square* dengan hasil nilai ($p \text{ value} = 0,003 < 0,05$). Dari hasil uji tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar. Diharapkan bagi pasien dan keluarga tetap memperhatikan *quality of life* yang pasien alami dan memberi dukungan bagi pasien untuk meningkatkan *spiritual well being*.

Kata Kunci : Stroke, *spiritual well being (SWB)* dan *quality of life (QOL)*

Kepustakaan : (2006-2018)

ABSTRACT

CORRELATION BETWEEN SPIRITUAL WELL BEING WITH QUALITY OF LIFE TO THE POST-STROKE PATIENTS IN TK.II PELAMONIA HOSPITAL MAKASSAR

(supervised by Fransiska Anita)

**NOVIANTI NOPA LALONG
NOVITA TOMBI LANGI**

**Bachelor program of nursing of STIK
STELLA MARIS MAKASSAR**

xviii + 62 Pages + 37 Bibliography + 11 Tables + 8 Attachments

Treatment to the stroke patients is not only on the neurological aspect, but also on the bio-psycho-socio-spiritual aspects which aims to improve a quality of life. One way to improve the quality of life of patients by applying a spiritual well being that accordance to beliefs and needs of stroke patients. The purpose of this study was to determine the relationship of spiritual well being with a quality of life to the post-stroke patients at TK.II Pelamonia Makassar Hospital. The research design used of the study was observational analytic with a cross sectional study approach. The sampling technique used is consecutive to 41 respondents. Data collection of research using instruments in the form of spiritual well being scale questionnaire (SWBS) and Health Related Quality Of Life (HRQOL) questionnaire. The study used a chi-square test analysis with the results of the value (p value = $0.003 < 0.05$). From the results of these tests it can be concluded that there was a relationship between spiritual well being with quality of life to the post-stroke patients in TK.II Pelamonia Makassar Hospital. It is expected that patients and families continue to be more attentive to the quality of life that patients experience and provide good support to patients in improving the spiritual well being.

**Keywords. : stroke, spiritual well being (SWB), quality of life (QOL)
Literature : (2006-2018)**

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPEL DEPAN	i
HALAMAN SAMPEL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan masalah	5
C. Tujuan penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Umum Tentang Stroke	7
1. Definisi Stroke	7
2. Dampak Stroke Pada Kualitas Hidup	7
B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup	8
1. Definisi Kualita Hidup	8
2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	9
3. Pengukuran Kualitas Hidup	10

4. Kualitas Hidup Pada Pasien Stroke	15
C. Tinjauan Umum Tentang Spiritual	15
1. Definisi	15
2. Karakteristik Spiritual	17
3. Kebutuhan Spiritual	18
4. Kesejahteraan, Spiritual Dan Sakit	19
5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Spiritual	20
6. Masalah Spiritual	23
9. Manifestasi Perubahan Spiritual	24
10. Peran Perawat Dalam Asuhan Spiritual	26
11. Penilaian Kesehatan Spiritual	26
12. Pendampingan Spiritual Pada Penderita Stroke	27
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	30
A. Kerangka konseptual	30
B. Hipotesis penelitian	31
C. Definisi operasional	32
BAB IV METODE PENELITIAN	34
A. Jenis penelitian	34
B. Tempat dan waktu penelitian	34
C. Populasi dan sampel	34
D. Instrumen penelitian	35
E. Alur Penelitian	37
F. Pengumpulan data	38
G. Pengolahan dan penyajian data	39
H. Analisa data	40
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Penelitian	42
1. Pengantar	42
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	42
3. Penyajian Karakteristik Data Umum	44
4. Hasil Analisis Variabel Yang Diteliti	47

B. Pembahasan	49
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran	61

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1. <i>Health Related Quality of Life</i>	12
Tabel 2.2. Skala Kualitas Hidup	14
Tabel 2.3. Perilaku Adaptif dan Maladaptif pada Perubahan Spiritual ..	24
Tabel 3.2. Definisi Operasional	32
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi, Saraf dan Ruang Rawat Inap di RS TK.II Pelamonia Makassar	44
Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi, Saraf dan Ruang Rawat Inap di RS TK.II Pelamonia Makassar	44
Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi, Saraf dan Ruang Rawat Inap di RS TK.II Pelamonia Makassar	45
Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pekerjaan Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi, Saraf dan Ruang Rawat Inap di RS TK.II Pelamonia Makassar	46
Tabel 5.5. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan <i>Spiritual Well Being</i> Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi, Saraf dan Ruang Rawat Inap di RS TK.II Pelamonia Makassar	47
Tabel 5.6. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan <i>quality of life</i> Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi, Saraf dan Ruang Rawat Inap di RS TK.II Pelamonia Makassar	47
Tabel 5.7. Analisis Hubungan <i>Spiritual Well Being</i> Dengan <i>Quality Of Life</i> Pada Pasien Pasca Stroke Di Unit Fisioterapi, Saraf dan Ruang Rawat Inap di RS TK.II Pelamonia Makassar	48

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan
Lampiran 2	Lembar Konsultasi Pembimbing
Lampiran 3	Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran 4	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 5	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran 6	Surat Permohonan Data Awal
Lampiran 7	Master Tabel
Lampiran 8	<i>Statistical Product and Service Solutions</i>

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

Anonimity	: Tanpa nama
B-E-L-I-E-F	: <i>Belief system, Ethics, or values, lifestyle, Involvement in a spiritual Community, education, future events</i>
Bivariat	: Analisa yang dilakukan pada kedua variabel
Cleaning	: Pembersihan data
Coding	: Pembersihan kode
Confidentially	: Kerahasiaan
CVA	: Cerebro vascular accident
Dependen	: Variabel terikat
Editing	: Pemeriksaan data
Entry data	: Memasukkan data
FACIT-Sp	: <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well Being Scale</i>
FAST	: Face, Arms, Speech, Time
F-I-C-A	: <i>Faith or beliefs, influence, community, address</i>
GAMA	: Gama aminonutirat
GPDO	: Gangguan peredaran darah otak
HARS	: <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i>
Ha	: Hipotesis alternatif
Ho	: Hipotesis null
H-O-P-E	: <i>Hope, organized religion, personal spirituality and effects on care</i>
HRQOL	: <i>Health Related Quality Of Life</i>
Independen	: Variabel bebas
Informed consent	: Lembar persetujuan
NICA	: <i>National Interfaith Coalition On Aging</i>
ρ	: Nilai kemungkinan/ <i>probability continuity correction</i>
Processing	: Proses data
QOL	: <i>Quality of Life</i>
SPSS	: <i>Statistical product and service solutions</i>
SPS	: <i>The spiritual perspective scale</i>

SWB	: <i>Spiritual Well Being</i>
SWBS	: <i>Spiritual well being Scale</i>
Univariat	: Analisis yang dilakukan pada masing-masing variabel
WHO	: <i>World Health Organization</i>
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke masih menjadi masalah utama dalam masyarakat secara luas, khususnya di negara maju dan berkembang dengan angka kecacatan utama pada orang dewasa. Modernisasi biasanya mengubah perilaku dan gaya hidup masyarakat menjadi lebih praktis. Perubahan pola makan dengan mengonsumsi makanan siap saji yang serba cepat, kaya lemak, kurang olahraga, minum-minuman mengandung alkohol cenderung dimiliki oleh masyarakat saat ini. Perubahan tersebut tanpa disadari mempunyai dampak yang serius terhadap kesehatan karena memicu penyakit-penyakit non-infeksi seperti diabetes, hipertensi, jantung, stroke, kanker (Arum, 2015). Dan penyakit stroke yang akan menimbulkan kecacatan dan bahkan sampai pada kematian apabila tidak ditangani dengan cepat dan tepat.

Gejala stroke yang muncul secara umum dapat diketahui dengan menilai *FAST (Face, Arms, Speech, Time)*, pasien akan tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, hilang rasa peka, bicara cadel dan pelo, gangguan bahasa, gangguan penglihatan, gangguan daya ingat, gangguan fungsi otak dan sampai terjadi penurunan kesadaran (Nurarif & Kusuma, 2016). Komplikasi yang terjadi pada pasien stroke akan mengalami Hemiparese, gangguan komunikasi, masalah perkemihan, masalah bowel, dehidrasi, decubitus, spastik dan kontraktur, nyeri bahu, risiko jatuh dan cedera dengan depresi dan cemas.

Stroke membuat seseorang mengalami ketergantungan dengan orang lain, setidaknya untuk sementara dan sebagai konsekuensi hubungan keluarga atau sosial lainnya akan sangat berpengaruh langsung. Setelah stroke biasanya terjadi kesulitan motorik, gangguan fungsi kognitif dan emosi, tergantung daerah otak yang mendapatkan

serangan. Maka dari hal itu serangan stroke dapat mempengaruhi kesejahteraan spiritual dan kualitas hidup seseorang.

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan kota Makassar pada tahun 2015, yaitu didapatkan 10 jenis penyakit penyebab utama kematian tertinggi dan stroke tergolong dalam 5 besar penyakit penyebab utama kematian dan jumlah kematian yang diakibatkan oleh penyakit stroke mencapai 151 jiwa di kota Makassar setelah penyakit asma, jantung, hipertensi dan diabetes melitus.

Berdasarkan hasil pengambilan data awal yang dilakukan di Rumah Sakit TK. II Pelamonia Makassar, jumlah insiden stroke periode tahun 2017 berjumlah 200 jiwa dan yang telah meninggal dunia sebanyak 35 jiwa. Pada tahun 2018 januari-september di dapatkan penderita stroke sebanyak 129 jiwa dan 20 jiwa yang telah meninggal dunia.

Fenomena pada pasien stroke, dari setiap orang memiliki dimensi spiritual yang berbeda dan semua klien memiliki kebutuhan yang mencerminkan spiritualitasnya dengan berbagai kebutuhan spiritual yaitu seperti, kebutuhan akan cinta, harapan, kepercayaan, memaafkan dan dimaafkan, dihormati dan dihargai, kebutuhan akan martabat, mempunyai makna hidup secara utuh, kebutuhan akan nilai, kreativitas, berhubungan dengan Tuhan sebagaimana klien telah mengambil hikmah dari penyakit yang dideritanya bahwa penyakit itu adalah suatu cobaan yang harus dihadapi untuk lebih mendekatkan dirinya kepada Yang Maha Kuasa. Sebelum kami melakukan pengambilan data awal di RS TK.II Pelamonia Makassar, perawat mengatakan bahwa sebagian pasien mengalami kurangnya kebutuhan spiritual seperti keyakinannya kepada Tuhan terhadap penyakit yang dialami, sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien yang akan mengalami kecemasan, depresi, hingga hampir mengalami bunuh diri. Adapun klien yang merasa dukacita atau perubahan besar dihidupnya dalam menghadapi penyakit yang dideritanya dan menganggap penyakit sebuah bencana dan dapat

mengganggu kesejahteraan spritual klien sepenuhnya sehingga menyebabkan keraguan, merasa sedih, menyalahkan Tuhan atas penyakit yang dideritanya bahkan tidak percaya kepada Tuhan dan berputus asa sehingga pengembangan pribadi dan kualitas hidupnya terganggu.

Quality Of Life merupakan tingkat kemampuan seseorang dalam memaknai peluang yang diperoleh dalam hidup sebagai hasil interaksi dengan lingkungan dan pencapaian keselarasan hidup yang terkait dengan kepuasan individu terhadap seluruh aspek hidupnya baik dari segi fisik dimana ketidakmampuan terhadap kemandirian, nyeri dan ketergantungan terhadap perawatan medis, dari segi psikologis seperti suasana hati, pengetahuan, konsentrasi, harga diri. Dari segi sosial termasuk hubungan dengan persoanal, hubungan dengan orang lain dan aktivitas seks, lingkungan dan masyarakat. Dari segi peran dalam keluarga dan dari segi spiritual dimana penerimaan diri terhadap penyakit yang dialami dan kualitas dalam melaksanakan ibadah sesuai dengan keyakinan. Salah satunya adanya keselarasan menyakini adanya sang pencipta, yaitu kebutuhan untuk mendalami spiritual (Bredle, 2011 dalam Pratidhina, 2016)

Manfaat *quality of life* pada spiritual menunjukkan perubahan diri dan kemampuan menyesuaikan diri serta meningkatkan kualitas hidupnya berupa adanya kemampuan berkomunikasi, aktivitas sehari-hari pasien tidak terganggu, meningkatnya kemandirian dan kemampuan mengingat, memiliki harapan terhadap kesembuhan hidupnya, kepasrahan hidup dimana pasien pasrah terhadap keadaan pasca stroke, sikap sabar dalam menjalani penyakit yang diderita, menganggap sakit sebagai cobaan, adanya dukungan untuk kesembuhan dari keluarga dan orang terdekat.

Spiritual Well Being atau kesejahteraan spiritual, keadaan yang mendasari kepuasan dalam hidupnya dan kemampuan mengekspresikan hubungan dirinya dengan pencipta disebut sebagai sejahtera spiritualnya. Ditegaskan oleh *National Interfaith Coalition On Aging (NICA)* di

Washington mengusulkan kesejahteraan spiritual sebagai penegasan hidup dalam menjalin hubungan khusus dengan Tuhan, diri sendiri, masyarakat dan lingkungan dengan cara memelihara keyakinan, kebutuhan untuk bersama dalam kedamaian pribadinya (Fisher, 2009 dalam Pratidhina, 2016).

Jika spiritual pasien rendah akan mempengaruhi kehidupan pasien stroke dimana psikososial pasien akan terganggu dan mengalami depresi, stres dan perubahan mental dalam proses berpikir, berperasaan dan berperilaku. Dan ketika semakin tinggi spiritual yang dialami pada pasien stroke maka semakin rendah depresi yang dihadapi oleh pasien stroke dan akan mengalami penguatan melalui "*Spirit*" pasien yang mengakibatkan peralihan kearah kesejahteraan.

Hasil penelitian Nurarif & Kusuma tahun 2016, Seseorang yang telah mengalami stroke tentu saja belum pulih sepenuhnya walaupun telah menjalani perawatan yang lama. Lamanya perawatan pada pasien stroke tergantung pada kerusakan yang dialami.

Hasil penelitian Pratidhina dkk tahun 2016, yang di dapatkan sebagian besar responden mempunyai *spiritual well being (SWB)* kategori cukup (52,4%) dan sebagian besar responden mempunyai *quality of life (QOL)* dalam kategori kurang (64,3%), sehingga berdasarkan hasil penelitian meskipun mempunyai *Spiritual Well Being* cukup namun pada *Quality Of Life* masih dalam kategori kurang sehingga mencerminkan bahwa responden yang cukup baik mempunyai semangat untuk sembuh dan melakukan aktivitas sebaik mungkin tapi pada kenyataannya banyak hambatan dalam melakukan aktivitas.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti tertarik untuk mengetahui "*Hubungan Spiritual Well Being (SWB) Dengan Quality Of Life (QOL) Pada Pasien Pasca Stroke*"

B. Rumusan Masalah

Stroke biasanya dapat menimbulkan kecacatan dan kelumpuhan sehingga dapat mempengaruhi kesejahteraan spiritual dan kualitas kehidupan seseorang dalam jangka waktu yang lama, berbulan-bulan, bertahun-tahun bahkan seumur hidupnya. Selain itu pengobatan dalam jangka panjang akan mempengaruhi keadaan ekonomi keluarga dan akan terus bergantung pada orang lain. Dalam keadaan seperti ini penderita pasca stroke cenderung akan mengalami kurangnya *spiritual well being* sehingga *quality of life* pada pasien menurun serta akan mengalami kecemasan, depresi, putus asa hingga bunuh diri terkait dengan kondisi kesehatannya. Oleh sebab itu, sangat dibutuhkan kesabaran, partisipasi serta dukungan keluarga sebagai orang-orang terdekat dan meningkatkan *spiritual well being* selama masa pemulihan untuk tetap membangkitkan *quality of life* atau semangat hidup dalam menjalani proses pengobatan sampai mencapai kesembuhan. Maka dari itu, peneliti berminat untuk meneliti dampak positif dari adanya hubungan *spiritual well being* terhadap *quality of life* pada pasien stroke.

Berdasarkan masalah dan fenomena yang telah diuraikan pada latar belakang maka penulis merumuskan masalah penelitian “apakah ada hubungan *Spiritual Well Being* dengan *Quality Of Life* pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan *Spiritual Well Being* dengan *Quality Of Life* pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi *Spiritual Well Being* pada pasien stroke
- b. Mengidentifikasi *Quality Of Life* pada pasien stroke
- c. Menganalisis hubungan *Spiritual Well Being* dengan *Quality Of Life* pasien stroke di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat:

1. Bagi Pasien dan keluarga

Diharapkan penelitian ini dapat mengurangi bahkan sampai meningkatkan *quality of life* yang dialami oleh pasien stroke dengan meningkatkan *spiritual well being* serta peran dari keluarga dalam merawat pasien stroke terutama mengenai *spiritual well being*.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Dapat digunakan sebagai bahan informasi untuk menambah literature dalam dunia keperawatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dan juga memperhatikan aspek *spiritual well being* terhadap *quality of life* pasien stroke sehingga perawat tidak hanya berfokus pada masalah fisik.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terutama mengenai pentingnya *spiritual well being* dan tingkat *quality of life* baik secara teoritis dan praktik untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa keperawatan dalam menghadapi masalah klien khususnya pada pasien stroke.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Semoga dapat bermanfaat bagi bahan acuan dan dapat dijadikan data untuk pengembangan penelitian selanjutnya khususnya tentang *spiritual well being* pada pasien stroke.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Definisi Stroke

Stroke merupakan penyakit pembuluh darah otak (serebrovaskuler) yang ditandai dengan kematian jaringan otak (infark serebral). Ini disebabkan karena adanya penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah menuju ke otak sehingga pasokan darah dan oksigen ke otak menjadi berkurang dan menimbulkan serangkaian reaksi biokimia yang akan merusakkan atau mematikan sel-sel saraf otak (Arum, 2015)

Menurut WHO mendefinisikan stroke sebagai suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinis baik fokal maupun global yang berlangsung lebih dari 24 jam atau dapat menimbulkan kematian, disebabkan oleh gangguan peredaran darah ke otak (GPDO) dengan awitan akut, disertai manifestasi klinis berupa defisit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma ataupun infeksi susunan saraf pusat.

2. Dampak Stroke pada Kualitas Hidup

Dalam penelitian mengatakan bahwa pasien stroke mengalami gangguan fisik dan fungsional tubuh yang bersifat jangka panjang dan akan menimbulkan gangguan respon psikologis, sosial maupun spiritualnya yang mempengaruhi perubahan dan menurunnya kualitas hidup dari pasien (Masniah, 2017).

B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

1. Defenisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup menurut WHO dalam Sulistyarini (2013) adalah persepsi individu tentang keberadaannya dikehidupan dalam konteks budaya dan system nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang luas meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya.

Kualitas hidup dapat diartikan sebagai respon emosi atau persepsi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan, hubungan antara keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, emosional dan kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain (Pamungkas, 2014).

Kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang sering digunakan dalam situasi penyakit kronik sebagai cara untuk menilai dampak terapi pada pasien. Pengukuran konseptual mencakup kesejahteraan, kualitas kelangsungan hidup, kemampuan seseorang untuk secara mandiri melakukan kegiatan sehari-hari (Brillianti, 2016).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah ukuran konseptual atau operasional yang digunakan untuk menilai adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial, emosional dan kemampuan sosialisasi dengan orang lain tentang keberadaannya dikehidupan tempat ia tinggal.

2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup (Brillianti, 2016) yaitu :

a. Jenis kelamin

Nofitri (2009) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda.

b. Usia

Kualitas hidup dipengaruhi oleh faktor usia individu yang sudah melewati masa muda cenderung mengevaluasi hidupnya dengan positif dibanding dengan masa mudanya. Mandagi (2010) dalam hasil penelitiannya menunjukkan status kualitas hidup berhubungan dengan usia.

c. Pekerjaan

Nofitri (2009) mengatakan bahwa penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja atau sedang mencari pekerjaan dan penduduk yang tidak mampu bekerja atau memiliki disability tertentu memiliki perbedaan pada kualitas hidup.

d. Status pernikahan

Individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda dan individu yang menikah atau kohabitasi memiliki perbedaan pada kualitas hidupnya hal ini berkaitan dengan dukungan atau motivasi dari orang terdekat untuk melakukan terapi non farmakologi maupun farmakologi pada pasien yang belum menikah atau janda atau duda akibat bercerai atau meninggal dunia.

e. Penghasilan

Pendapatan atau sosial ekonomi yang rendah berhubungan secara bermakna dengan kualitas hidup pasien dengan stroke

pengaruh dari dampak ekonomi yang ditanggung oleh pasien dan keluarga sangat besar.

3. Pengukuran Kualitas Hidup

Menurut Ware dan Sherbourne (1992) dalam Rahmi (2011) kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrument pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik.

Model yang digunakan dalam mengembangkan instrument *STROKE Specific Quality Of Life (SSQOL)* adalah model *Health relative Quality of Live (HRQOL)* dari Wilson clearly (1995) yang merupakan sala satu middle range dalam sruktur ilmu keperawatn yang terdiri dari 5 dimensi antara lain:

a. Dimensi Fisik

- 1) Mobilitas fisik : gejala yang berhubungan dengan gejala fisik dan kemampuan melakukan mobilitas fisik setelah menderita stroke.
- 2) Energi : kemampuan melakukan aktifitas fisik yang berhubungan dengan tingkat kecukupan energi yang dimilikinya setelah menderita stroke.
- 3) Penglihatan : kemampuan melakukan aktifitas fisik yang menggunakan fungsi penglihatan setelah menderita stroke.
- 4) Bahasa : kemampuan berkomunikasi secara verbal (berbicara) setelah menderita stroke
- 5) Perawatan diri : kemampuan melakukan perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berpakaian, ke toilet (buang air besar dan buang air kecil), setelah menderita stroke .
- 6) Motorik halus : kemampuan melakukan berbagai aktifitas fisik yang menggunakan motorik halus seperti mengancing baju, mengencangkan celana, mengetik setekah menderita stroke.

- 7) Produktivitas : ekspresi subjektif individu terhadap kemampuan melakukan dan mengakhiri pekerjaannya setelah menderita stroke.

b. Dimensi Psikologis

Ekspresi subjektif terhadap perubahan psikologis yang dialami dan kemampuannya melakukan aktivitas berhubungan dengan perubahan psikologis setelah menderita stroke. Indikator dari dimensi psikologis adalah sebagai berikut :

- 1) *Mood* (suasana hati) : perubahan mood yang dialaminya sehingga mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan kegiatan/pekerjaan setelah menderita stroke.
- 2) Kepribadian : ekspresi subjektif individu terhadap kepribadiannya seperti muda marah, emosi setelah menderita stroke.
- 3) Konsentrasi : kemampuan berkonsentrasi terhadap suatu permasalahan setelah menderita stroke.
- 4) Memori : kemampuan mengingat sesuatu setelah menderita stroke.

c. Dimensi Sosial

Ekspresi subjektif individu terhadap hubungannya dengan teman, keluarga, tetangga dan masyarakat disekitarnya serta kemampuannya untuk melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan (rekreasi) setelah menderita stroke. Indikator dari dimensi sosial adalah sebagai berikut:

- 1) Hubungan sosial dengan teman dan kerabat : hubungan sosial dengan teman dan kerabat setelah menderita stroke.
- 2) Kegiatan kemasyarakatan : kemampuan mengikuti berbagai kegiatan kemasyarakatan setelah menderita stroke.
- 3) Rekreasi : kemampuan melakukan kegiatan yang bersifat menyenangkan setelah menderita stroke.

d. Dimensi Peran

Ekspresi subjektif individu terhadap perubahan perannya dalam keluarga, misalnya sebagai orang tua atau sebagai pekerja/pencari nafkah bagi keluarga setelah menderita stroke. Indikator dari dimensi peran adalah peran dalam keluarga dimana akan adanya perubahan peran dalam keluarga setelah menderita stroke.

e. Dimensi Spiritual

Ekspresi subjektif individu terhadap gambaran pencapaian spiritual yaitu penerimaan diri dan kualitas ibadah setelah menderita stroke. Indikator dari spiritual adalah sebagai berikut:

1) Penerimaan diri

Penerimaan terhadap semua kondisi atau gejala yang dialami setelah menderita stroke.

2) Kualitas ibadah

Pencapaian ibadah yang dilakukan setelah menderita stroke.

Tabel 2.1.

Health Related Quality Of Life (HRQOL)

Variable Penelitian	Dimensi	Indikator	Pernyataan/pertanyaan
Kualitas hidup pasien paska stroke	Fisik	Mobilitas fisik	1. Saya merasakan masalah dalam berjalan 2. aya mengalami masalah Saya kehilangan keseimbangan saat membungkukkan badan untuk menggapai sesuatu 3. Saya merasakan masalah saat menaiki tangga 4. Sdalam berdiri
		Energi	5. Saya berhenti beraktivitas karena merasa kelelahan 6. Saya terlalu lelah untuk melakukan aktivitas yang saya inginkan
		Penglihatan	7. Saya merasakan masalah saat menonton televise karena gangguan penglihatan

			8. Saya memiliki masalah melihat benda dengan mata ditutup satu
		Bahasa	9. Saya merasakan adanya masalah dalam berbicara dengan orang lain seperti terbata – bata atau berbicara gagap 10. Saya memiliki masalah untuk menemukan kata yang ingin saya sampaikan
		Perawatan diri	11. Saya memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan saya 12. Saya memerlukan bantuan untuk berpakaian 13. Saya memerlukan bantuan untuk mandi 14. Saya memerlukan bantuan untuk ke toilet (buang air besar dan buang air kecil)
		Motorik halus	15. Saya merasakan masalah dalam menulis atau mengetik 16. Saya memiliki masalah dalam mengancing baju 17. Saya memiliki masalah dalam mengancing ret sleting
		Produktivitas	18. Saya memiliki masalah dalam melakukan kegiatan sehari - hari 19. Saya memiliki masalah dalam mengakhiri pekerjaan yang telah saya mulai
	Psikologi	Mood (suasana hati)	20. Saya merasa enggan dengan kehadiran orang lain 21. Saya merasa nafsu makan saya berkurang 22. Saya merasa kehilangan kepercayaan diri untuk beraktivitas
		Kepribadian	23. Saya mudah marah 24. Saya tidak sabar terhadap perilaku orang yang menjengkelkan
		Konsentrasi	25. Saya mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi ketika sedang berpikir atau melakukan pekerjaan
		Memori	26. Saya memiliki masalah dalam mengingat sesuatu
		Hubungan sosial dengan teman dan kerabat	27. Saya merasakan adanya masalah saat mencoba

	Sosial		berhubungan dengan teman dan kerabat 28. Saya merasakan masalah kondisi fisik mengganggu kehidupan sosial saya
		Kegiatan kemasyarakatan	29. Saya mengikuti kegiatan di masyarakat semenjak menderita stroke
		Rekreasi	30. Saya masi melakukan hobi saya seperti biasanya 31. Saya pergi berekreasi sesuai dengan keinginan saya 32. Saya memiliki masalah dengan pola sex bersama pasangan hidup saya
	Peran	Peran dalam keluarga	33. Saya tidak dapat menjalankan peran saya di keluarga (sebagai pencari nafkah, ibu rumah tangga atau mengasuh anak) seperti dahulu
			Penerimaan diri
	Spiritual	Kualitas ibadah	

Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien pasca stroke adalah skala Likert dengan 5 pilihan jawaban untuk setiap item pernyataan :

Tabel 2.2. Skala Kualitas Hidup

Tipe pertanyaan	Pilihan jawaban	Skor
Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap suatu masalah yang di alaminya	Masalah dirasakan sangat berat	1
	Masalah dirasakan berat	2
	Masalah dirasakan cukup berat	3
	Masalah dirasakan ringan	4
	Tidak ada masalah	5
Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap gejala/keluhan yang diaalaminya	Sanagat sering	1
	Sering	2
	Kadang - kadang	3
	Jarang	4
	Tidak perna	5
	Bantuan total	1

Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap bantuan aktivitas yang diberikan orang lain	Banyak bantuan	2
	Bantuan sedang	3
	Bantuan minimal	4
	Tidak memerlukan bantuan	5
Pertanyaan tentang ekspresi subjektif responden terhadap frekuensinya melakukan suatu aktivitas	Sangat sering	5
	Sering	4
	Kadang - kadang	3
	Jarang	2
	Tidak pernah	1

4. Kualitas Hidup pada Pasien Stroke

Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan yang dilihat dari konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka tinggal dengan tujuan, harapan, standar dan hal-hal yang menjadi perhatian individu. Stroke dapat mempengaruhi kehidupan pasien dalam berbagai aspek (fisik, emosional, psikologis, kognitif dan sosial). Tingkat kecacatan fisik dan mental pada pasien pasca stroke dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pada dasarnya terdapat tiga hal yang berperan menentukan kualitas hidup, yaitu mobilitas, rasa nyeri, dan kejiwaan, depresi atau ansietas (Bariroh, 2016).

C. Tinjauan Umum Tentang Kesejahteraan Spiritual

1. Definisi

Spiritual *well being* atau dikenal dengan kesejahteraan spiritual berasal dari dua kata, yaitu kesejahteraan dengan spiritual. Sejahtera adalah suatu kondisi yang serba baik, masyarakat dalam keadaan makmur, sehat dan damai.

Terdapat dua pendekatan untuk memahami *well being* menurut Ryan dan Deci: pertama, pendekatan yang difokuskan pada kebahagiaan, dengan memberi batasan berupa "batas-batas pencapaian kebahagiaan dan mencegah dari kesakitan". Pendekatan yang kedua adalah pengembangan potensi Manusia, batasan yang menjadi orang yang fungsional secara keseluruhan/utuh, termasuk cara berfikir yang baik dan fisik yang

sehat. Kesejahteraan spiritual atau kesehatan adalah rasa keharmonisan saling keterdekatan antara diri dengan orang lain, alam dengan kehidupan tertinggi. Rasa keharmonisan ini dicapai ketika seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan dan sistem keyakinan mereka dengan hubungan mereka dalam diri mereka sendiri dan orang lain. Seringkali gaya coping ini terdapat dalam keyakinan atau nilai dasar orang tersebut. Keyakinan ini sering berakar dalam spiritualitas orang tersebut. Sepanjang hidup seseorang individu mungkin tumbuh lebih spiritual, menjadi lebih menyadari tentang makna, tujuan dan nilai hidup (Potter & Perry, 2005).

Spiritual berasal dari kata spirit, artinya keberanian, semangat, energy atau tekad, baik secara fisik maupun psikologi. Spiritual artinya makna dan nilai hidup yang juga dimaksudkan sebagai kekuatan nonfisik dan lebih besar dari pada kekuatan diri manusia, termasuk suatu kesadaran yang menghubungkan langsung dengan Tuhan, sebagai sumber keberadaan manusia (Saam & Wahyuni, 2013). Dari bahasa latin *Spiritus* yang memiliki arti meniup atau bernapas dan memiliki makna, yang memberikan kehidupan atau inti sari pada jiwa (Potter & Perry, 2010).

Menurut *Royal College of Nursing* (2010) spiritual adalah bagian dari keseluruhan diri manusia yang mencakup harapan dan kekuatan, makna dan tujuan, kepercayaan, pengampunan, keyakinan pada diri sendiri, orang lain dan kekuatan tertinggi, nilai, moral, cinta dan pengapresian diri.

Aspek spiritual adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa yang meliputi beberapa aspek sebagai berikut :

- a. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan.
- b. Menemukan arti dan tujuan hidup

- c. Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri
- d. Mempunyai perasaan ketertarikan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi (Bidianto, 2010)

Jadi, spiritual merupakan pusat dari semua aspek kehidupan seseorang yang merujuk pada pencarian makna dan tujuan hidup dalam dua dimensi kehidupan yaitu hubungan dengan Tuhan dan sesama.

2. Karakteristik Spiritual

Pemenuhan kebutuhan spiritual pada individu didasarkan pada kebutuhan spiritualitas individu yang terdiri dari kebutuhan spiritualitas yang berkaitan dengan Tuhan, hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan orang lain dan hubungan dengan lingkungan (Blais, et al, 2006)

a. Hubungan dengan Tuhan

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas berkaitan dengan hubungan dengan Tuhan dapat dilakukan melalui doa dan ritual agama. Doa dan ritual agama merupakan bagian terpenting dalam kehidupan sehari-hari individu dan memberikan ketenangan pada individu (Kozier, et al, 2012). Selain itu doa dan ritual agama dapat membangkitkan harapan dan rasa percaya diri pada seseorang yang sedang sakit yang dapat meningkatkan imunitas (kekebalan) tubuh sehingga mempercepat proses penyembuhan.

b. Hubungan dengan Diri Sendiri

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas bersumber dari kekuatan diri individu dalam mengatasi berbagai masalah. Pemenuhan kebutuhan spiritualitas berkaitan dengan hubungan individu dengan diri sendiri melalui kekuatan diri seseorang yang

meliputi kepercayaan, harapan dan makna kehidupan (Kozier, et al, 2012).

1) Kepercayaan

Kepercayaan merupakan penerimaan individu terhadap kebenaran yang tidak dapat dibuktikan dengan pikiran logis, kepercayaan memberikan kekuatan pada individu dalam menjalani kehidupan ketika individu mengalami kesulitan atau penyakit.

2) Harapan

Harapan merupakan suatu proses interpersonal yang terbina melalui hubungan dengan orang lain dan Tuhan yang didasarkan pada kepercayaan. Harapan berperan penting dalam mempertahankan hidup ketika individu sakit.

3) Makna Kehidupan

Makna kehidupan merupakan suatu yang berarti bagi kehidupan individu ketika individu memiliki perasaan dekat dengan Tuhan, orang lain dan lingkungan. Individu merasakan kehidupan sebagai sesuatu yang membuat hidup lebih terarah, memiliki masa depan dan merasakan kasih sayang dari orang lain.

c. Hubungan dengan Lingkungan

Pemenuhan kebutuhan spiritual meliputi hubungan individu dengan lingkungan. Pemenuhan kebutuhan tersebut melalui kedamaian dan lingkungan atau suasana yang tenang. Kedamaian merupakan keadilan, empati dan kesatuan. Kedamaian membuat individu menjadi tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan.

3. Kebutuhan Spiritual

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dan harapan untuk mencari arti, nilai dan tujuan hidup. Kebutuhan untuk mencintai dan

dicintai serta rasa keterkaitan dan kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf. Bussing (2010) membagi kebutuhan spiritual menjadi empat kategori, yaitu *Connection Peace*, *Meaning/purpose*, *transcendence*. Kebutuhan spiritual yang penting untuk di penuhi pada pasien dengan penyakit Stroke selain dari aspek kebutuhan lainnya, karena penyakit ini dapat berdampak terhadap seluruh aspek kehidupan penderita baik fisik, psikologis maupun spiritual.

4. Kesejahteraan, Spiritual dan Sakit

Dikatakan bahwa banyak individu menggunakan doa sebagai metode adaptasi karena bersifat efektif dalam meminimalkan tekanan fisik. Datang ke tempat ibadah sering memberi dampak yang positif pada kesehatan dan keputusan untuk berpartisipasi dalam praktik perawatan kesehatan.

Dimensi spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stress emosional, penyakit fisik atau kematian. Kekuatan yang timbul diluar kekuatan manusia. Maka dari itu, spiritual merupakan faktor intrinsic individu yang menjadi faktor penting dalam penyembuhan (Potter & Perry, 2009).

Beberapa pengaruh dan makna dari keyakinan spiritual yang perlu dipahami adalah sebagai berikut :

- a. Menurunkan kebiasaan hidup sehari-hari
- b. Sumber dukungan
- c. Sumber kekuatan dan penyembuhan
- d. Sumber konflik

Menurut Walker et al (2008), spiritual dapat menawarkan kehidupan bagi mereka yang merasakan ketidakberdayaan dan kehilangan harapan hidup, termasuk :

- a. Mereka yang depresi
- b. Mereka yang tidak dapat menemukan makna dan tujuan hidupnya.
- c. Mereka yang kekurangan dukungan social
- d. Mereka dihadapkan dengan situasi tak terkendali seperti kehancuran finansial, tunawisma, rusaknya hubungan, stigma, terminal, penyakit kronis atau yang mengancam kehidupan dan kerugian lainnya.

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Spiritual

a. Perkembangan

Perkembangan spiritual seseorang menurut westerhoffs dibagi kedalam empat tingkatan berdasarkan kategori umum, yaitu:

- 1) Usia anak-anak, merupakan perkembangan kepercayaan berdasarkan pengalaman. Pada masa ini, anak belum mempunyai pemahaman salah atau benar. Kepercayaan atau keyakinan yang ada pada masa ini mungkin hanya mengikuti ritual atau meniru orang lain, seperti berdoa sebelum tidur, makan dan lain-lain. Pada masa prasekolah, kegiatan keagamaan yang dilakukan belum bermakna pada dirinya, perkembangan spiritual mulai mencontoh aktivitas keagamaan orang sekelilingnya, dalam hal ini keluarga, arti doa, serta mencari jawaban tentang kegiatan keagamaan.
- 2) Usia remaja akhir, merupakan tahap perkumpulan kepercayaan yang ditandai dengan adanya partisipasi aktif pada aktivitas keagamaan. Pengalaman dan rasa takjub membuat mereka semakin merasa memiliki dan berarti akan kenyakinanya. Perkembangan spiritual pada masa ini sudah mulai pada keinginan akan pencapaian kebutuhan spiritual seperti keinginan melalui meminta atau berdoa kepada penciptanya, yang berarti sudah mulai membutuhkan pertolongan melalui keyakinan atau kepercayaan.

- 3) Usia awal dewasa, merupakan masa pencarian kepercayaan diri, diawali dengan proses pertanyaan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk keyakinan yang tepat untuk mempercayainya. Pada masa ini, pemikiran sudah bersifat rasional. Segala pertanyaan tentang kepercayaan harus dapat dijawab. Secara rasional pada masa ini, timbul perasaan akan penghargaan terhadap kepercayaan.
- 4) Usia pertengahan dewasa, merupakan tingkatan kepercayaan dari diri sendiri, perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya (Asmadi, 2008:1-2).

b. Budaya

Pada umumnya seseorang akan mengikuti budaya dan spiritualitas yang dianut oleh keluarga. Individu belajar tentang nilai moral serta spiritualitas dari hubungan keluarga. Apapun tradisi dan system kepercayaan yang dianut individu, pengalaman spiritualitas merupakan hal yang unik bagi setiap individu (Hamid, 2009).

c. Keluarga

Keluarga sangat berperan dalam perkembangan spiritualitas individu, keluarga merupakan tempat pertama kali individu memperoleh pengalaman dan pandangan hidup. Dari keluarga, individu belajar tentang Tuhan, kehidupan dan diri sendiri. Keluarga memiliki peran yang penting dalam memenuhi kebutuhan spiritualitas kerana keluarga memiliki emosional yang kuat dan selalu berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari dengan individu (Hidayat, 2009 dan Taylor, et al, 2011).

d. Agama

Agama sangat mempengaruhi spiritualitas individu. Agama merupakan suatu sistem keyakinan dan ibadah yang dipraktikkan individu dalam pemenuhan spiritualitas individu. Agama

merupakan cara dalam pemeliharaan hidup terhadap segala aspek kehidupan. Agama berperan sebagai sumber kekuatan dan kesejahteraan pada individu (Potter dan Perry, 2010).

e. Pengalaman hidup

Pengalaman hidup baik yang positif maupun negative mempengaruhi spiritualitas seseorang. Pengalaman hidup mempengaruhi seseorang dalam mengartikan secara spiritual terhadap kejadian yang dialaminya. Pengalaman hidup yang menyenangkan dapat menyebabkan seseorang bersyukur atau tidak bersyukur sebagian besar individu bersyukur terhadap pengalaman hidup yang menyenangkan (Taylor, et al, 2011).

f. Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan spiritualitas pada seseorang. Krisis sering dialami seseorang ketika menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan dan kematian, perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dialami seseorang merupakan pengalaman spiritualitas yang bersifat fisik dan emosional (Hamid, 2009).

g. Isu Moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan untuk menunjukkan kebesarannya walaupun ada agama yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur medik seringkali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama, misalnya sirkumsisi, transplantasi organ, pencegahan kehamilan, sterilisasi, konflik antara jenis terapi dengan keyakinan agama sering dialami oleh klien dan tenaga kesehatan (Taylor, et al, 2011).

h. Asuhan keperawatan yang kurang sesuai

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan untuk peka terhadap kebutuhan spiritualitas klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat menghindar untuk memberikan asuhan keperawatan spiritualitas.

Hal tersebut terjadi karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritualitas, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritualitas dalam keperawatan atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spiritualitas klien bukan merupakan tugasnya tetapi tanggung jawab pemuka agama (Taylor, et al, 2011). Menurut Johnson dan Mortin (1999), *expressive/Mother* subtitle Role yaitu kegiatan yang bersifat langsung dalam menciptakan lingkungan dimana pasien merasa aman, diterima, dilindungi dirawat dan didukung oleh perawat itu. Peran ini bertujuan untuk menghilangkan kegagalan dalam kelompok pelayanan.

Perawat tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritualitas tanpa terlebih dahulu memenuhi kebutuhan spiritualitas mereka sendiri. Perawat yang bekerja di garis terdepan harus mampu memenuhi semua kebutuhan manusia termasuk juga kebutuhan spiritualitas klien.

6. Masalah Spiritual

Ketika sakit, kehilangan, dukacita atau perubahan hidup yang besar, individu menggunakan sumber daya spiritual untuk membantu mereka beradaptasi atau menimbulkan kebutuhan dan masalah spiritual hal itu disebabkan oleh penyakit yang dianggap sebuah bencana dan dapat mengganggu kesejahteraan spiritual seseorang sepenuhnya sehingga menyebabkan keraguan dan kehilangan kepercayaan.

Gangguan kemampuan untuk mengalami dan mengintegrasikan arti dan tujuan melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan dan dengan kekuatan lebih tinggi dari diri sendiri sering dialami sebagai tekanan spiritual (Potter dan Perry, 2009).

7. Manifestasi Perubahan Spiritual

Menurut Koeing (2007), perubahan fungsi spiritual terbagi atas :

a. Verbalisasi distress

Biasanya klien meminta perawat untuk berdoa bagi kesembuhannya atau memberitahukan kepada pemuka agama untuk mengunjunginya. Perawat juga perlu peka terhadap keluhan klien tentang kematian atau merasa tidak berharga dan kehilangan arti hidup. Kepekaan perawat sangat penting dalam menarik kesimpulan dari verbalisasi klien tentang distress yang dialami klien.

b. Perubahan perilaku

Klien ada yang bereaksi dengan perilaku mengintrospeksi diri dan mencari alasan terjadinya suatu situasi dan berupaya mencari fakta yang dapat menjelaskan situasi tersebut, namun ada yang bereaksi secara emosional dan mencari informasi serta dukungan dari keluarga dan teman. Perasaan bersalah, rasa takut, depresi dan ansietas mungkin menunjukkan perubahan fungsi spiritual. Berikut penjelasan ekspresi kebutuhan spiritual yang adaptasi dan maladaptive pasien :

Table 2.3.

Perilaku Adaptif dan Maladaptive pada Perubahan Spiritual

Kebutuhan	Perilaku Adaptif	Perilaku Maladaptif
Rasa percaya	Rasa percaya terhadap diri sendiri dan kehidupan walaupun terasa berat. Keterbukaan terhadap Tuhan.	Merasa tidak nyaman. Ketidakmampuan untuk terbuka terhadap orang lain dan Tuhan. Merasa bahwa hanya orang dan tempat tertentu yang aman.
Kemauan memberikan maaf	Memandang penyakit sebagai sesuatu yang nyata. Memafkan diri	Merasakan penyakit sebagai hukuman. Merasakan penyakit sebagai penghukum.

	sendiri, menerima diri sendiri, menerima pengampunan Tuhan.	Menyalahkan diri sendiri atau orang lain.
Mencintai dan keterikatan	Mengekspresikan perasaan dicintai oleh orang lain atau oleh Tuhan. Mampu menerima bantuan. Menerima diri sendiri.	Menolak bekerja sama dengan tenaga kesehatan. Cemas berpisah dengan keluarga. Menolak diri sendiri atau angkuh mementingkan diri sendiri. Merasa jauh dengan Tuhan.
Keyakinan	Ketertutupan pada anugerah Tuhan. Mengekspresikan kepuasan dengan menjelaskan kehidupan setelah kematian. Mengekspresikan kebutuhan ritual	Tidak percaya pada kekuasaan Tuhan. Takut kematian/kehidupan setelah kematian. Merasa terisolasi dari kepercayaan masyarakat sekitar. Merasa pahit
Kreatiitas dan harapan	Meminta informasi tentang kondisi dan membicarakan secara realistik. Mencari kenyamanan batin daripada fisik. Mengekspresikan harapan tentang masa depan.	Mengekspresikan perasaan takut, kebosanan, putus asa. Tidak dapat menolong atau menerima diri sendiri. Tidak dapat menikmati apapun.
Arti dan tujuan	Mengekspresikan kepuasaana hidup. Menjalankan kehidupan sesuai dengan system nilai. Menerima atau menggunakan penderitaan sebagai cara untuk memahami diri sendiri. Mengekspresikan arti kehidupan/kematian. Mengekspresikan komitmen dan orientasi hidup.	Mengekspresikan tidak ada alasan untuk tetap hidup. Tidak dapat menerima arti penderitaan yang dialami. Tidak dapat menerima arti penderitaan yang di alami. Mempertanyakan arti kehidupan. Mempertanyakan tujuan penyakit. Tidak dapat merumuskan tujuan hidupnya. Penyalah gunaan obat.
Bersyukur	Merasakan anugerah yang dilimpahkan Tuhan. Merasa bersyukur.	Mencemaskan masa lalu dan yang akan datang. Terpusat pada penyesalan.

8. Peran Perawat dalam Asuhan Spiritual

Menurut Royal College Nursing (2010), yaitu :

- a. Menunjukkan perasaan damai, kekuatan batin, kehangatan, keceriaan, caring dan kreativitas dalam interaksinya dengan orang lain.
- b. Mengobservasi petunjuk yang menunjukkan perilaku terhadap respon spiritual (sedih, menarik diri, buku agama).
- c. Menghargai keyakinan dan praktik spiritual orang lain walaupun berbeda dengan keyakinan spiritual perawat.
- d. Menyediakan waktu untuk sekedar hadir dan menunjukkan kepekaan dalam mendengar kebutuhan spiritual pasien.
- e. Menyadari saat dibutuhkannya pendeta, konselor, keluarga, teman untuk pasien.

9. Penilaian Kesehatan Spiritual (*Spiritual Assessment*)

Menurut Potter & Perry, (2009), alat-alat penilaian berupa :

- a. *B-E-L-I-E-F (Belief system, Ethics, or values, lifestyle, Involvement in a spiritual Community, education, future events)*
- b. *SWBC (Spiritual well being Scale)*
- c. *SPS (The spiritual perspective scale)*
- d. *FACIT-Sp (Fuctional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well Being Scale)*

Menurut Dameron (2005), dapat juga didukung oleh pedoman pertanyaan berdasarkan:

- a. *F-I-C-A (faith or beliefs, influence, community, address)*
- b. *H-O-P-E (Hope, organized religion, personal spirituality and effects on care)*
- c. *SPIRIT (Spiritual belief system personal spirituality integration/involvement in a spiritual community, ritualized practies, implications for care, terminal event planning).*

10. Pendampingan Spiritual pada Penderita Stroke

Penderita stroke mengalami beban hidup yang berat, baik secara fisik maupun mental. Beban fisik karena penderita mengalami rasa sakit dan ketidakseimbangan tubuh, yang membuat aktivitas dan rutinitas mengalami kendala bahkan terhenti. Beban mental disebabkan penderita merasa hidupnya tidak berarti. Ketidakmampuan penderita dalam melakukan aktivitas mengakibatkan adanya perasaan putus asa bahkan kehilangan harapan hidup.

Seorang penderita stroke tentunya harus mengikuti terapi, menjaga pola makan, olahraga dan pemeriksaan medis secara teratur, untuk mengantisipasi agar penyakit yang diderita tidak semakin parah dan diharapkan mencapai kesembuhan/ perkembangan kesehatan yang lebih baik. Selain itu penting sekali kita perhatikan bahwa pendampingan spiritual bagi para penderita stroke sangat diperlukan. Melalui tahap ini diharapkan terjadi proses kesembuhan dari dalam batin si penderita.

Menurut Wahyuningrum (2016) Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pendampingan spiritual, yaitu :

- a. Menjalin hubungan yang harmonis dengan Tuhan melalui doa.

Pendekatan yang harmonis dan kepasrahan kepada Tuhan sangat diperlukan bagi penderita. Keyakinan dan kepercayaan bahwa Tuhan sangat mengasihi mereka perlu ditanamkan dalam diri penderita. Melalui doa setiap manusia dapat mencurahkan segala isi hati dan kerinduannya kepada Tuhan sehingga tumbuh iman dan harapan yang baru yang senantiasa dihidupkan dalam diri penderita. Doa melampaui kemustahilan dalam diri manusia "Tiada yang mustahil bagi Tuhan" dan membiarkan kehedakNya terjadi dalam hidup kita.

b. Ciptakan perasaan gembira dalam diri penderita

“Hati yang gembira adalah obat”, perasaan gembira/senang dapat menjadi obat bagi penderita stroke, karena dengan perasaan ini membuat semangat dan kekuatan dari dalam penderita untuk bangkit dari penderitaan. Perasaan ketidakmampuan dan tidak berguna dapat dikikis dengan suatu suasana yang mendatangkan penderita merasa bahagia. Hargailah dan pujilah setiap apapun yang dapat dilakukan oleh pasien sekalipun itu masalah yang sepele, sebab dari penghargaan yang didapatkan penderita akan berusaha untuk dapat melakukan sesuatu yang lebih.

Berikan pemahaman kepada penderita saat mereka gagal melakukan satu tindakan, bahwa orang yang sehat saja juga dapat melakukan kegagalan dan jangan mencela kegagalan yang terjadi pada diri penderita, tetapi berikan motivasi secara terus menerus sehingga timbul perasaan bahagia dalam diri penderita. Disini peran dan kesabaran dari seorang pendamping sangat diperlukan.

c. Mengucap syukur

“Mengucap syukurlah senantiasa di dalam Tuhan” rasa syukur atas setiap keadaan yang dialami oleh penderita mendatangkan ketabahan dan keikhlasan untuk menghadapi semua persoalan yang terjadi dalam diri penderita. Banyak hal yang dapat disyukuri dalam hidup ini sekalipun dalam keadaan sakit dimana Tuhan masih mengijinkan kita untuk menjalani kehidupan dan menjadi berkat dengan apa yang dapat kita lakukan (berdoa untuk sesama dll). Rasa syukur menepis perasaan putus asa.

d. Bersosialisasi dan berinteraksi dengan masyarakat sekitar

Bersosialisasi dan berinteraksi dengan masyarakat sekitar sangat dibutuhkan bagi penderita sehingga penderita tidak

merasa diasingkan tetapi penderita dapat menjalankan kehidupannya secara wajar. Peran keluarga disini sangat menolong penderita untuk menjalankan rutinitas kehidupan sehari-hari, ajaklah penderita untuk mendiskusikan masalah-masalah yang ringan dalam keluarga dan hargailah apapun yang menjadi ide-ide atau gagasannya. Untuk keperluan kerohanian, sekiranya penderita sudah tidak dapat bepergian minta tolonglah kepada pendeta/hamba Tuhan untuk memberikan pelayanan secara rutin (sharing, melakukan pelayanan yang lain seperti yang biasa diterima dalam peribadahan).

Hindari keadaan yang membuat penderita terasing, misalkan dengan menempatkan dikamar yang paling sepi jauh dari aktivitas kehidupan sehari-hari. Hal tersebut akan membuat penderita semakin menderita dan memperparah penyakit yang dialami.

e. Refreshing

Untuk menghilangkan kejenuhan, penderita dapat diajak untuk refreshing agar penderita dapat melepaskan segala kejenuhan yang terjadi dalam rutinitasnya sehari-hari. Ajaklah ke tempat-tempat yang meneduhkan dan melegakan penderita.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Koseptual Penelitian

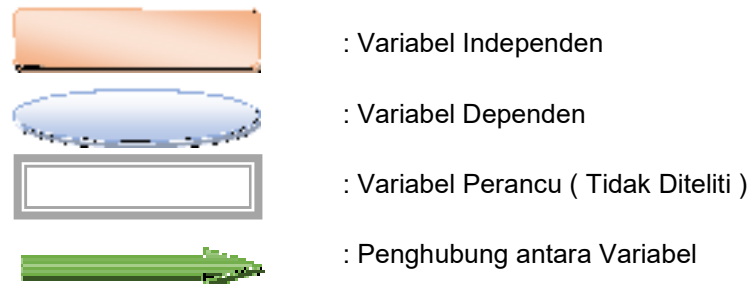
Perubahan yang terjadi dalam hidup seseorang sesudah terkena stroke akan mengganggu fungsi peran penderita dan berdampak pada kemampuannya dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari bahkan kebutuhan yang sangat dasar sekalipun seperti makan, berpakaian, berkemih sehingga menghambat kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan penderita mudah merasa takut, gelisah, marah dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami, sehingga mempengaruhi kualitas hidup pasien pasca stroke yang dapat menimbulkan masalah psikologi dan sosial serta menghambat tantangan yang dialami oleh seseorang akibat spiritual yang tidak baik. Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual seperti, usia, pendidikan, keadaan fisik, respon coping, dukungan sosial, tahap perkembangan dan nilai budaya.

Berdasarkan uraian di atas serta pemikiran penulis maka dikemukakan variabel independen dan variabel dependen melalui kerangka konsep berikut :



Gambar 3.1.
Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :



B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

C. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2.
Definisi operasional

1. Variabel Independen : *Spiritual Well Being*

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Variabel independen <i>spiritual well being</i>	Sebuah penegasan hidup dalam menjalin hubungan khusus dengan Tuhan, diri sendiri, masyarakat dan lingkungan dengan cara memelihara keyakinan, keutuhan untuk bersama dalam kedamaian.	<i>Spiritual well being</i> dibagi kedalam tiga aspek: a. Hubungan dengan Tuhan b. Pengasingan atau kebermaknaan c. kepuasan hidup berhubungan dengan masa depan	Kuesioner 20 pertanyaan <i>Spiritual Well Being Scale</i>	Ordinal	<i>Spiritual well being rendah</i> , bila total skor 20 - 40 <i>Spiritual well being sedang</i> , bila total skor 41 - 60 <i>Spiritual well being tinggi</i> , bila total skor 61 - 80

2. Variabel Dependen : *Quality Of Life*

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Variabel dependen <i>quality of life</i>	Persepsi konseptual untuk menilai adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada dan secara holistik tentang dampak dari penyakit yang dialami dalam hidupnya dari segi fisik, psikologi, sosial, peran, spiritual.	5 Dimensi a. Fisik b. Psikologis c. Sosial d. Peran e. Spiritual	Kuesioner 36 pertanyaan <i>Health Related Quality Of Life</i>	Ordinal	<p>➤ Kurang : jika total skor jawaban responden 36 - 84</p> <p>➤ Cukup : jika total skor jawaban responden 85 - 132</p> <p>➤ Baik : jika total skor jawaban responden 133 - 180</p>

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk penelitian Non-Eksperimental, dengan menggunakan metode kuantitatif. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*, yang merupakan penelitian dimana pengambilan data variabel independen dan dependen dilakukan secara bersamaan yang bertujuan melihat hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar, rawat jalan di ruang fisioterapi, poli saraf dan ruang perawatan. Alasan pemilihan lokasi ini dengan pertimbangan bahwa populasi pasien stroke mencukupi dalam pengumpulan data, selain itu belum pernah dilakukan penelitian sebelumnya untuk mengetahui hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke.

2. Waktu Penelitian

Waktu Penelitian ini dilakukan pada tanggal 15 Januari sampai 14 Februari 2019 selama 1 bulan.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini yaitu semua pasien pasca stroke yang datang di ruang fisioterapi, poli saraf dan ruang rawat inap di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar dengan jumlah 45 populasi

2. Sampel Penelitian

Pada peneliti ini pengambilan sampel di ambil dari sebagian populasi yang memenuhi kriteria. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu *non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu merekrut semua individu yang ditemui dalam populasi untuk dijadikan sampel dan memenuhi kriteria inklusi, pada tanggal 15 Januari s/d 14 Februari, sehingga jumlah sampel terpenuhi 41 responden.

Dalam penelitian ini pengambilan sampel menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi :

- 1) Pasien pasca stroke dalam keadaan sadar
- 2) Pasien pasca stroke yang bisa membaca dan menulis

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Pasien yang menolak menjadi responden
- 2) Pasien dengan gangguan kognitif
- 3) Pasien dalam keadaan kritis

D. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang dilakukan untuk pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan daftar pertanyaan untuk mengukur tiap-tiap variabel dalam metode kuesioner yang diberikan kepada pasien stroke sebagai responden dengan metode yang di buat dalam bentuk *checklist* terdiri dari 3 bagian, yaitu :

1. Karakteristik demografi responden meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan.
2. Kuesioner *Spiritual Well Being*

Peneliti menggunakan kuesioner yang baku untuk mengukur *spiritual well being* yaitu *Spiritual Well Being Scale* (SWBS) yang terdiri dari 20 pertanyaan. SWBS dibagi kedalam tiga aspek yaitu *affiliation*, *alienation*, *satisfaction with life*. *Affiliation* (hubungan

dengan Tuhan) terdiri dari delapan pertanyaan yaitu pertanyaan nomor (1, 3, 7, 11, 12, 15, 17, 19). *Alienation* (kebermaknaan/pengasingan) terdiri dari tujuh pertanyaan yaitu pertanyaan nomor (2, 5, 6, 9, 13, 16, 18). *Satisfaction with life* (kepuasan hidup/berhubungan dengan masa depan) terdiri dari lima pertanyaan yaitu pertanyaan nomor (4, 8, 10, 14, 20).

SWBS menggunakan alternatif pilihan jawaban yaitu Sangat Setuju (SS) = 1, Setuju (S) = 2, Tidak Setuju (TS) = 3, Sangat Tidak Setuju (STS) = 4.

Masing-masing nilai dari 20 pertanyaan tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat dikategorikan yaitu : *Spiritual well being* rendah bila total skor 20 - 40, *spiritual well being* sedang bila total skor 41 - 60, *spiritual well being* tinggi bila total skor 61 - 80.

3. Kuesioner *Quality Of Life*

Pertanyaan tentang kualitas hidup di nilai menggunakan *Instrument Health Related Quality Of Life (HRQOL)* yang terdiri dari 36 pertanyaan.

- a. Dimensi fisik dengan indikator mobilitas fisik pada pernyataan (1, 2, 3, 4), indikator energi pada pernyataan (5, 6), indikator penglihatan pada pernyataan (7, 8), indikator bahasa pada pernyataan (9, 10), indikator perawatan diri pada pernyataan (11, 12, 13, 14), indikator motorik halus pada pernyataan (15, 16, 17), indikator produktivitas pada pernyataan (18,19).
- b. Dimensi psikologis dengan indikator pada pernyataan mood (suasana hati) (20, 21, 22), indikator kepribadian pada pernyataan (23, 24), indikator konsentrasi pada pernyataan (25), indikator memori pada pernyataan (26).
- c. Dimensi sosial dengan indikator hubungan sosial dengan teman dan kerabat pada pernyataan (27, 28), indikator kegiatan

kemasyarakatan pada pernyataan (29), indikator rekreasi pada pernyataan (30, 31, 32).

- d. Dimensi peran dengan indikator peran dalam keluarga pada pernyataan (33).
- e. Dimensi spiritual dengan indikator penerimaan diri pada pernyataan (34, 35), indikator kualitas ibadah pada pernyataan (36).

Pada pertanyaan nomor (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 27, 28, 32, 33, 34), menggunakan alternatif pilihan jawaban yaitu : Masalah dirasakan sangat berat 1, masalah dirasakan berat 2, masalah dirasakan cukup berat 3, masalah dirasakan ringan 4, tidak ada masalah 5. Pada pertanyaan nomor (20, 21, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 35, 36) menggunakan alternatif pilihan jawaban yaitu : sangat sering 1, sering 2, kadang-kadang 3, jarang 4, tidak pernah 5. Pada pertanyaan nomor (11, 12, 13, 14,) menggunakan alternatif pilihan jawaban yaitu : Bantuan total 1, banyak bantuan 2, bantuan sedang 3, bantuan minimal 4, tidak memerlukan bantuan 5. Pada pertanyaan nomor (5, 6,) menggunakan alternatif pilihan jawaban yaitu : Sangat sering 5, sering 4, kadang-kadang 3, jarang 2, tidak pernah 1.

Variabel dependen *quality of life* dengan kategori baik apabila total jawaban responden 133 - 180. Kategori cukup bila total jawaban responden 85 - 132. Kategori kurang bila total jawaban responden 36 - 84.

E. Alur Penelitian

Setelah mendapatkan surat izin penelitian dari Instaldik dan registrasi maka peneliti mulai melakukan penelitian. Langkah pertama yang dilakukan peneliti adalah memilih responden yang memiliki kriteria yakni pasien yang bersedia menjadi responden, pasien pasca stroke dalam keadaan sadar dan pasien pasca stroke yang bisa membaca dan

menulis. Setelah itu, reponden yang memenuhi kriteria akan diberikan informasi tentang penelitian yang akan di lakukan. Setelah responden memahami dan menyetujui dan berparsitipasi dengan terlebih dahulu menandatangani lembar persetujuan menjadi responden maka dilakukan penelitian dengan memberikan kuesioner kepada responden dengan memperhatikan dan melakukan berbagai prosedur

F. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini perlu adanya rekomendasi dari institusi kampus STIK Stella Maris Makassar dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian yakni Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

1. Etika Penelitian

a. *Informed Consent* (lembar persetujuan)

Merupakan persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan terbuka dari peneliti tentang keseluruhan pelaksanaan penelitian. Jika responden bersedia menjadi subjek penelitian maka responden harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia menjadi subjek penelitian maka peneliti harus menghormati hak dari responden tersebut.

b. *Anomity* (tanpa nama)

Untuk menghormati privasi dan kerahasiaan subjek peneliti, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

c. *Cofidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil peneliti.

Data yang telah dikumpulkan disimpan didalam disk dan hanya diakses oleh peneliti dan pembimbing.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan 2 (dua) cara, yaitu :

1. Data primer

Data primer diperoleh secara langsung melalui penyebaran kuisisioner mengenai *spiritual well being* dan *quality of life* kepada responden yang menjadi sampel penelitian dan bersedia untuk diteliti.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data yang diberikan oleh pihak rumah sakit dan instansi rumah sakit yang berkaitan dengan masalah yang diteliti berupa jumlah pasien stroke di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar.

G. Pengolahan Data dan Penyajian Data

Dalam penelitian ini pengolahan dan penyajian data yang digunakan adalah analisis data statistik. Pada tahapan ini dilakukan kegiatan-kegiatan pendahuluan dan analisis kuantitatif yang meliputi :

1. *Editing*

Editing adalah kegiatan yang dilakukan untuk memeriksa jawaban terhadap instrument yang telah diteliti, agar mengurangi kesalahan pengisian, memastikan bahwa instrument telah diisi oleh semua responden, memeriksa apakah tulisan responden dapat dibaca oleh peneliti dan memastikan apakah jawaban responden sesuai dengan pertanyaan yang diberikan.

2. *Coding*

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data yaitu untuk memberikan simbol dari setiap kuisisioner yang telah diisi responden.

3. *Processing*

Processing yaitu proses data dengan cara memasukan data dari instrument penelitian ke computer dengan menggunakan program statistik agar supaya dapat dianalisis.

4. *Cleaning*

Cleaning adalah pengecekan kembali data yang sudah di masukan ke dalam computer untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak.

5. *Tabulating*

Setelah data terkumpul dan tersusun, dikelompokkan dalam satu tabel menurut sifat-sifat sesuai dengan tujuan penelitian, dapat menggunakan tabel sederhana maupun tabel silang.

H. Analisis Data

Data yang sudah terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasikan menggunakan metode statistik dengan menggunakan komputer

1. Analisa Univariat

Analisis ini digunakan terhadap masing-masing variabel yang diteliti yaitu variabel *spiritual well being* (variabel independen) dan *quality of life* (variabel dependen) untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari tiap variabel yang diteliti.

2. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen (hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien stroke di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar) dengan uji *normality* dari setiap variabel dan jika memenuhi syarat maka dilanjutkan dengan uji statistik non parametrik yaitu uji *Chi Square* dengan metode *Pearson Chi Square* (karena tabel lebih dari 2x2) dan jika tidak memenuhi syarat menggunakan uji alternatif yaitu penggabungan sel dengan nilai

kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$) dengan formulasi *Chi Square* sebagai berikut.

- a. Apabila $p < \alpha$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak artinya ada hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke.
- b. Apabila $p \geq \alpha$ maka H_a ditolak dan H_0 diterima artinya tidak ada hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar pada tanggal 15 Januari sampai 14 Februari 2019. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling*, dimana dalam penelitian ini sampel berjumlah 41 responden.

Instrument pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner sebagai alat ukur, sedangkan pengolahan data menggunakan computer program SPSS (*statistical package and social sciences*) for windows versi 22. Kemudian data ini selanjutnya dianalisis dengan menggunakan uji statistik, *Chi square* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$).

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit TK.II Pelamonia merupakan RS TNI-AD yang merupakan unsur pelaksana Kesehatan Angkatan Darat, dengan tipe / tingkat II di lingkungan TNI-AD. Rumah Sakit TK.II Pelamonia terletak dipusat kota, termasuk dalam wilayah Kodim 1408/BS, Jl. Jend. Sudirman No.27, Pisang Utara, Ujung Pandang, kota Makassar, Sulawesi Selatan.

Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar dibangun oleh pemerintah Hindia Belanda pada tahun 1917 dan disebut Militaire Hospital. Pada waktu penyerahan kedaulatan Republik Indonesia pada tahun 1950 Militaire Hospital diserahkan pada TNI-AD dan diubah namanya menjadi Rumah Sakit Tentara Teritorium VII.

Pada tanggal 1 juni 1957 dengan berubahnya TT VII menjadi Komando Daerah Militer Sulawesi Selatan dan Tenggara (KDMSSST) yang kemudian berubah nama menjadi Kodam XIV Hasanuddin, maka Rumah Sakitpun berubah nama dari RST TT. VII menjadi Rumah Sakit Kodam XIV/Hn "Pelamonia". Dan kini dikenal dengan nama Rumah Sakit TK.II Pelamonia.

Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar memiliki visi, misi dan motto. Adapun visi, misi dan motto Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar adalah sebagai berikut :

a. VISI

Menjadi Rumah Sakit kebanggaan TNI dan Masyarakat di wilayah Indonesia Timur Tahun 2020.

b. MISI

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan spesialistik dan subspecialistik terbaik bagi anggota prajurit, Aparatur Sipil Negara, keluarga dan masyarakat umum.
- 2) Peningkatan SDM yang kompetitif
- 3) Menyediakan pelayanan unggulan traumatology, jantung dan stroke.
- 4) Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai dengan visi Rumah Sakit
- 5) Melaksanakan pelayanan terbaik berdasarkan nilai disiplin, jiwa korsa, loyalitas, akuntabilitas, transparansi, efektifitas dan efesiensi.
- 6) Meyelenggarakan standarissasi pelayanan untuk mencapai akreditasi secara paripurna.

c. Motto

Peduli, Ramah, Jujur, Ikhlas dan Terampil (PRAJURIT)

3. Penyajian Karakteristik Data Umum

a. Berdasarkan kelompok umur

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur
Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi,
Saraf dan Ruang Rawat Inap RS
TK.II Pelamonia Makassar
2019

Kelompok Umur (Tahun)	Frekuensi (f)	Presentasi (%)
15-24	1	2.4
25-34	2	4.9
35-44	4	9.8
45-54	12	29.3
55-64	10	24.4
65-74	7	17.1
75 +	5	12.2
Total	41	100.0

Sumber: Data Primer 2019.

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian yang dilakukan di Unit Fisioterapi, Saraf dan ruang Rawat Inap Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar terhadap 41 responden pasien pasca stroke diperoleh distribusi kelompok umur rata-rata berada pada umur 45-54 tahun sebanyak 12 responden (29,3%) dan pada umur 15-24 sebanyak 1 (2,4%) responden.

b. Berdasarkan Kelompok Jenis Kelamin

Table 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin
Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi,
Saraf dan Ruang Rawat Inap RS
TK.II Pelamonia Makassar
2019

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Presentasi (%)
Laki-laki	22	53.7
Perempuan	19	46.3
Total	41	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Unit Fisioterapi, Saraf, dan

Ruang Rawat Inap RS TK.II Pelamonia Makassar dari 41 responden diperoleh distribusi data jenis kelamin laki-laki sebanyak 22 responden (53.7%) dan perempuan sebanyak 19 (46.3%) responden.

c. Berdasarkan Kelompok Pendidikan

Table 5.3
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendidikan
Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi,
Saraf dan Ruang Rawat Inap RS
TK.II Pelamonia Makassar
2019

Pendidikan	Frekuensi (f)	Presentasi (%)
SD	4	9.8
SMP	5	12.2
SMA	23	56.1
SPK	1	2.4
D3	3	7.3
S1	3	7.3
S2	2	4.9
Total	41	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa dari 41 responden diperoleh distribusi data jumlah pendidikan rata-rata berada pada kelompok pendidikan SMA sebanyak 23 responden (56.1%) dan jumlah pendidikan responden yang paling sedikit adalah SPK sebanyak 1 (2.4) responden.

d. Berdasarkan Kelompok Pekerjaan

Table 5.4
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan Pada
Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi,
Saraf dan Ruang Rawat Inap RS
TK.II Pelamonia Makassar
2019

Pekerjaan	Frekuensi (f)	Presentasi (%)
IRT	8	19.5
SWASTA	10	24.4
PNS	2	4.9

TNI	3	7.3
PENSIUN	6	14.6
DOSEN	2	4.9
MAHASISWA	1	2.4
WIRAUUSAHA	5	12.2
PETANI	2	4.9
TIDAK BEKERJA	2	4.9
Total	41	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa dari hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 41 responden diperoleh distribusi data jumlah pekerjaan swasta sebanyak 10 responden (24.4%) dan pekerjaan mahasiswa 1 responden (2.4%).

4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

a. Analisis Univariat

1) *Spiritual Well Being*

Table 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Spiritual Well Being*
Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi,
Saraf dan Ruang Rawat Inap RS
TK.II Pelamonia Makassar
2019

<i>Spiritual Well Being</i>	Frekuensi (f)	Presentasi (%)
Rendah	7	17.1
Sedang	21	51.2
Tinggi	13	31.7
Total	41	100.0

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 41 responden pasien stroke yang memiliki *spiritual well being* rata-rata yaitu pada kategori sedang sebanyak 21 (51.2%) responden dan yang memiliki *spiritual well being* pada kategori Rendah sebanyak 7 (17.1%) responden.

2) *Quality Of Life*

Table 5.6
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan *Quality Of Life*
Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi,
Saraf dan Ruang Rawat Inap RS
TK.II Pelamonia Makassar
2019

<i>Quality Of Life</i>	<i>Frekuensi (f)</i>	<i>presentasi (%)</i>
Kurang	5	12.2
Cukup	14	34.1
Baik	22	53.7
Total	41	100.0

Sumber: Data primer 2019

Berdasarkan tabel 5.6 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 41 responden pasien stroke yang memiliki *quality of life* rata-rata yaitu pada kategori baik sebanyak 22 (53.7%) responden dan yang memiliki *quality of life* pada kategori kurang sebanyak 5 (12.2%) responden.

b. Analisis Bivariat

1) *Spiritual Well Being*

Table 5.7
Analisis Hubungan *Spiritual Well Being* dengan *Quality Of Life* Pada Pasien Pasca Stroke di Unit Fisioterapi,
Saraf dan Ruang Rawat Inap RS
TK.II Pelamonia Makassar
2019

<i>Spiritual Well Being</i>	<i>Quality Of Life</i>				Total		<i>P</i> value
	Kurang + cukup		Baik		n	%	
	f	%	f	%			
Rendah + sedang	8	19.5	20	48.8	28	68.3	0,003
Tinggi	11	26.8	2	4.9	13	31.7	
Total	19	46.3	22	53.7	41	100.0	

Sumber Data primer 2019

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan tabel 3 x 3 dibaca pada *pearson chi square* dengan nilai $p=0.019$. Namun hasil uji statistic tersebut tidak memenuhi syarat untuk bisa dibaca pada *pearson chi square* karena nilai *expected count* <5 dan $>20\%$ sel, sehingga langkah selanjutnya dilakukan uji alternatif penggabungan sel menjadi 2 x 2.

Dari hasil uji alternative di baca di *Continuity Correction* diperoleh nilai $p=0.003$. Hal ini menunjukkan bahwa nilai p (0.000) $<$ α (0.05), maka hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternatif (H_a) diterima artinya ada hubungan yang bermakna antara *spiritual well being* dengan *quality of life* di RS TK.II Pelamonia Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian analisis hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pasien stroke yang telah dilakukan di RS TK.II Pelamonia Makassar dari 41 responden diperoleh *spiritual well being* rendah dan sedang dengan *quality of life* baik yaitu sebanyak 20 (48.8%) responden, *spiritual well being* tinggi dengan *quality of life* kurang dan cukup yaitu sebanyak 11 (26.8%) responden dan *spiritual well being* rendah dan sedang dengan *quality of life* kurang dan cukup yaitu sebanyak 8 (19.5%) responden, dan *spiritual well being* tinggi dengan *quality of life* baik yaitu sebanyak 2 (4.9%) responden.

B. Pembahasan

1. Spiritual Well Being pada Pasien Stroke

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RS TK.II Pelamonia Makassar diperoleh hasil dari 41 responden pasien pasca stroke yang terbanyak termasuk dalam kategori *spiritual well being* sedang yaitu sebanyak 21 (51.2%) responden dan yang termasuk dalam

kategori *spiritual well being* tinggi sebanyak 13 (31.7%) responden dan 7 (17.1%) responden yang termasuk dalam kategori *spiritual well being* rendah.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pratidhina (2016) ada 52.9% responden yang mempunyai *spiritual well being* sedang. Dan tidak sejalan dengan pendapat Hanie (2015) menjelaskan *spiritual well being* ditandai dengan seseorang yang memiliki hubungan yang harmonis dengan diri sendiri, harmonis dengan komunitas/orang lain, harmonis dengan lingkungan dan hubungan yang harmonis dengan Tuhan. Juga tidak sejalan dengan penelitian Utama (2015), sebelum dilakukan operasi jantung, banyak pasien mempunyai *spiritual well being* yang tinggi. Hal ini dikarenakan adanya rasa pasrah terhadap kondisi kesehatan dan keselamatannya.

Dari penelitian Kurniawati (2015) dalam penelitian Pratidhina (2016), menjelaskan bahwa dengan pemberian pendekatan *spiritual well being* dari berbagai pasien penyakit kronis, maka dapat meningkatkan nilai *spiritual well being*.

Menurut pengamatan dan hasil wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi pasien lebih banyak masuk dalam kategori sedang karena merasa cemas dan kurangnya rasa percaya diri meskipun pasien banyak berdoa sesuai dengan keyakinan namun *spiritual well being* pasien masih banyak tergolong dalam kategori sedang karena adanya tantangan yang cukup mengganggu kehidupan atas penyakit yang diderita oleh pasien sehingga pasien merasakan bahwa mengapa usia yang masih tergolong muda/masih kuat untuk bekerja mengalami penyakit stroke sedangkan perjalanan dan tanggung jawab pasien masih panjang dan banyak yang harus dilakukan dan berharap bisa benar-benar mendapatkan kesembuhan dengan baik agar pasien bisa melanjutkan dan bekerja dengan baik dalam mencari nafkah untuk

kelangsungan kehidupan bagi keluarga dan pasien juga merasa kurang mendapatkan adanya dukungan spiritual yang kuat dari keluarga dan teman atau kerabat dalam meningkatkan kemampuan untuk beribadah, namun tetap ada interaksi yang baik pada pasien yang menderita stroke. Selain itu tetap harus ada dukungan juga dari lingkungan sekitar termasuk perawat yang memiliki peran sangat penting dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien dikarenakan perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering bersama pasien dan dekat dengan pasien.

Dari hasil penelitian ini didukung oleh teori dari *National Interfaith coalition on Aging (NICA)* (2009) mengusulkan kesejahteraan spiritual sebagai penegasan hidup dalam menjalin hubungan khusus dengan Tuhan, diri sendiri, masyarakat dan lingkungan dengan cara memelihara keyakinan, keutuhan untuk bersama dalam kedamaian pribadinya. Kesejahteraan spiritual mencerminkan sejauh mana orang hidup dalam harmoninya berkaitan dengan makna, tujuan dan nilai-nilai kehidupan. Terkandung makna pemeliharaan mengenai dunia fisik, biologis, perasaan dan kesatuan dengan lingkungan.

Menurut teori dari Potter dan Perry (2010) dan Taylor, et al (2011), menjelaskan bahwa ada faktor-faktor yang dapat mempengaruhi spiritual, yaitu dimana keluarga sangat berperan penting dalam perkembangan spiritualitas individu, keluarga merupakan tempat pertama kali individu memperoleh pengalaman dan pandangan hidup untuk belajar tentang Tuhan. Dan juga dipengaruhi oleh faktor agama yang dapat mempengaruhi spiritual individu. Agama merupakan suatu system keyakinan dan ibadah yang dipraktikkan individu dalam pemenuhan spiritualitas. Hal negatif yang dapat mempengaruhi kesejahteraan spiritualitas pada pasien takut akan kematian dan merasa tidak memiliki makna dalam hidup serta kurang merasa puas dalam kehidupan karena penyakit.

Hasil penelitian Kozier (2010) mengemukakan bahwa setiap orang memiliki dimensi spiritual dan semua klien memiliki kebutuhan yang mencerminkan spiritualitas mereka, beberapa contoh kebutuhan spiritual yaitu seperti, seperti kebutuhan akan cinta, harapan, kepercayaan, memaafkan dan dimaafkan, dihormati dan dihargai, kebutuhan akan martabat, makna hidup secara utuh, kebutuhan akan nilai, kreativitas, berhubungan dengan Tuhan dan menjadi anggota komunitas.

Selain itu menurut pendapat Mangkunegara (2013), pemenuhan kebutuhan spiritual juga memang merupakan standar kinerja yang harus dilakukan oleh perawat, yang mana seorang perawat juga harus mampu memenuhi kebutuhan spiritual pasien, sehingga banyak perawat memiliki kinerja baik pada pemenuhan aspek spiritual pasien yang memang merupakan standar dari kinerja perawat.

Menurut asumsi peneliti bahwa untuk peningkatan *spiritual well being* pasien stroke dimulai dari harapan serta keyakinan pasien untuk mendapatkan kesembuhan, karena harapan yang optimis terhadap suatu pengobatan akan meningkatkan rasa percaya kepada Tuhan serta adanya dukungan keluarga dan cinta yang sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan pemulihan fisik dan kognitif. Selain itu, hal ini juga menjadi salah satu tugas perawat dalam pemenuhan aspek spiritual pasien dengan memberikan asuhan keperawatan spiritual yang tepat. Perawat harus mampu merumuskan masalah keperawatan pada aspek spiritual, membuat perencanaan pada aspek spiritual yang sesuai dengan keyakinan dan keunikan yang dimiliki oleh masing-masing. Misalnya mendatangkan pemuka agama yang sesuai dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, memberi privacy untuk berdoa, memberi kesempatan pada pasien untuk berinteraksi dengan orang lain dan

menjalin komunikasi terapeutik dengan pasien serta mendukung pasien dalam proses pengobatan dan terapi.

2. Quality Of Life pada Pasien Stroke

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RS TK.II Pelamonia Makassar di peroleh hasil dari 41 responden pasien pasca stroke yang memiliki *quality of life* dengan kategori baik terdapat 22 (53.7%) responden dan yang memiliki *quality of life* kategori cukup terdapat 14 (34.1%) responden dan 5 (12.2%) responden dan memiliki *quality of life* kategori kurang.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sriyanti (2016) kualitas hidup pada pasien pasca stroke di Ruang Poli Saraf RSUD Ulin Banjarmasin didapatkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas hidup tinggi, dimana kualitas hidup terdiri atas beberapa faktor seperti dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial dan lingkungan yang sudah menjadi satu dalam kesatuan dalam kuesioner kualitas hidup. Menurut peneliti, pasien pasca stroke bisa mendapatkan kualitas hidup yang tinggi berdasarkan kemampuan individu untuk dapat menerima segala kondisi yang dialaminya termasuk kondisi kesehatan yang mereka alami, hal ini tergantung dari kemampuan individu dalam menyesuaikan diri dengan situasi yang sudah mereka jalani sehingga membuat individu lebih pasrah dan menerima segala kondisi mereka yang membuat mereka berdamai dengan diri sendiri, maupun menerima penampilan fisiknya, berdamai dengan lingkungan dan menjalin hubungan harmonis dengan orang lain.

Menurut pengamatan dan hasil wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi pasien lebih banyak masuk dalam kategori baik yaitu pasien yang menderita stroke mengalami kecacatan dan dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari baik dalam keluarga maupun diluar lingkungan

dan pasien juga merasa bahwa tidak bisa bekerja karena mengalami hambatan dalam beraktivitas yang menyebabkan terganggunya atau tidak bisa bekerja untuk mencari nafkah sebagai kepala keluarga dan tidak bisa bertanggung jawab dengan baik dalam menjalankan tugasnya sehingga akan mempengaruhi kualitas hidup pada pasien. Tetapi pasien memiliki semangat dan perjuangan yang kuat untuk mendapatkan kesembuhan dalam menjalani pengobatan/terapi dan karena adanya dukungan dari keluarga, kerabat maupun lingkungan yang ada disekitar pasien sehingga pasien mampu dan bisa meningkatkan kualitas hidup pasien untuk menjadi lebih baik agar pasien kembali bisa melakukan aktivitas dan bekerja untuk bisa mencari nafkah sebagaimana mestinya kepala keluarga.

Penelitian yang dilakukan oleh Adawiyah (2014) mengenai Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke didapatkan hasil bahwa adanya hubungan kuat antara status kecacatan dengan komponen mobilitas dan *personal care*. Sedangkan menurut Aprile (2006) dalam Adawiyah (2014) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat kecacatan dan kualitas hidup pasien pasca stroke.

Menurut Dijkers dan Falvo, (2005) dalam Kuswanto, (2014) menyatakan dalam kualitas hidup dalam konteks adaptasi pada penyakit kronis dan kecacatan khususnya pada post stroke diasumsikan dalam dua domain utama yaitu kesuksesan membangun homeostasis psikososial yang sebelumnya terganggu dan pencapaian antara keselarasan adaptasi individu dan lingkungan. Selain itu, kualitas hidup dianggap terkait dengan konsep diri dan citra tubuh yang lebih positif, serta meningkatnya rasa kontrol atas penyakit kronis dan kecacatan dan kualitas hidup secara negative berhubungan dengan stress dan perasaan kehilangan dan kesedihan.

Penelitian yang dilakukan oleh Ananda dan Darliana (2014) tentang Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Stroke didapatkan hasil 71 (74.0%) responden yang termasuk dalam kategori kualitas hidup cukup. Hal ini disebabkan oleh sebagian besar pasien mengalami kecemasan sedang terhadap status kesehatan yang dialami pasien.

Berdasarkan hasil penelitian Pratidhina (2016) mengenai kualitas hidup berdasarkan kondisi fisiologis menunjukkan jawaban responden seperti sedikit dapat menikmati kehidupan sehari-hari, merasa kurang aman, kurang dapat menerima kondisi tubuh saat ini menunjukkan bahwa responden kurang dapat mendapatkan kualitas hidup yang baik.

Dari beberapa hasil penelitian diatas, maka peneliti berasumsi bahwa kualitas hidup pasien pasca stroke dipengaruhi oleh, pekerjaan dan penghasilan serta dapat mempengaruhi kepuasan seseorang dalam mengalami kehidupan sehari-hari dalam beraktivitas termasuk kepuasan terhadap status kesehatan yang dialami oleh pasien dan kualitas hidup pasien stroke dimulai dari harapan yang optimis terhadap suatu pengobatan akan meningkatkan rasa percaya diri pasien serta dukungan keluarga yang berperan sangat penting untuk menjaga dan memaksimalkan serta dapat meningkatkan kesehatan fisik, psikologis, social dan spiritual.

3. Hubungan *Spiritual Well Being* dengan *Quality Of Life* pada Pasien Pasca Stroke

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di RS TK.II Pelamonia Makassar pasien pasca stroke. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan tabel 2 x 2 dibaca pada *Continuity Correction* dan diperoleh nilai $p= 0.003$ dimana nilai $\alpha=0.05$. Hal ini menunjukkan bahwa nilai $p (0.003) < \alpha (0,05)$, maka hipotesis

nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternatif (H_a) diterima artinya ada hubungan yang bermakna antara *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar.

Hasil dari penelitian ini sejalan dengan penelitian Sriyanti dkk (2015). Didapatkan bahwa ada hubungan antara kesejahteraan spiritual dengan kualitas hidup pada pasien pasca stroke di ruang Poli Saraf RSUD Ulin Banjarmasin dengan *coeficient corelation* maka dapat diketahui kekuatan hubungan dari kedua variabel tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian Kurniawati (2015) penelitian meta analisis menunjukkan bahwa kesejahteraan spiritual memberikan kontribusi terhadap kualitas hidup. Kemampuan seseorang dapat di lihat dari kualitas dalam memaknai peluang yang diperoleh dalam hidupnya sebagai hasil interaksi dengan lingkungan dan pencapaian keselarasan hidup. Salah satunya adalah keselarasan menyakini adanya sang pencipta, yaitu kebutuhan untuk mendalami spiritual. Kesejahteraan spiritual berupa pemahaman mendalam tentang pribadinya, sosialnya, lingkungan dan pencipta. Oleh karena itu kesejahteraan spiritual memiliki hubungan konsisten dengan kualitas hidup.

Penelitian ini sejalan dengan Hasil penelitian Pratidhina dkk tahun 2016, yang telah dilakukan di RSUD Pandan Arang Boyolali pasien stroke. Berdasarkan hasil uji *Rank Spearman* didapatkan adanya kekuatan hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pasien stroke. Hal ini mencerminkan bahwa semakin baik *spiritual well being* maka akan semakin baik kualitas hidup responden. Berdasarkan penelitian ini, menjelaskan bahwa jika semakin baiknya kualitas hidup pada pasien stroke akan semakin ringan pula tingkat kecemasan yang dialami.

Hasil penelitian ini menunjukkan dari 41 responden pasien pasca stroke terdapat 11 (26.8%) responden yang memiliki *spiritual*

well being tinggi dengan *quality of life* kurang dan cukup. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar *spiritual well being* pada pasien stroke terpenuhi dan mampu mencapai keadaan yang sejahtera namun masih memiliki *quality of life* yang kurang. Hasil wawancara dan observasi yang dilakukan oleh peneliti hal ini di pengaruhi oleh adanya dukungan dari keluarga dan kerabat dan lingkungan sekitar untuk menyadari kebutuhan spiritual pasien yang harus terpenuhi namun kualitas hidup pasien masih sedang karena dipangaruhi oleh kurangnya bantuan keluarga dalam melakukan latihan fisik karna kurang pemahaman untuk membatu melatih kesehatan fisik pasien stroke. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Sriyanti (2016), yang didapatkan hasil 11 (33.3%) yang memiliki *spiritual well being* baik dengan *quality of life* kurang

Dari hasil penelitian ini menunjukkan dari 41 responden pasien pasca stroke terdapat 20 (48.8%) responden dengan *spiritual well being* yang termasuk dalam kategori rendah dan sedang dengan *quality of life* kategori baik. Menurut (Ellison dalam Sriyanti dkk, 2016) Kesejahteraan spiritual adalah proses menguraikan sifat ikatan yang dinamis anatara pribadi dan pencipta, hubungannya cukup harmonis tergantung pada pengembangan diri yang dilakukan secara sengaja, biasanya datang atas dasar kesesuaian antara pengalaman hidup yang bermakna, memiliki tujuan dan nilai-nilai kehidupan pribadi dan setiap individu memiliki kualitas hidup yang berbeda tergantung dari masing-masing individu dalam menyikapi permasalahan yang terjadi dalam dirinya.

Berdasarkan penelitian di dapatkan karakteristik responden pada usia terbanyak yaitu 45-54 tahun. Hal ini di dukung oleh Asmadi (2008) menjelaskan bahwa usia dapat mempengaruhi spiritual dimana tingkat kepercayaan dari diri sendiri dan perkembangan.

Menurut asumsi peneliti responden dari hasil analisa karakteristik umur responden sebagian besar dalam kategori usia

lansia awal dimana mengalami perubahan secara fisik, biologis, kejiwaan dan sosial. Pasien pasca stroke yang menjalani rehabilitasi mengatakan bahwa tidak puas dengan keadaan yang dialami meskipun pasien sudah banyak berdoa dan berharap segala sesuatunya akan lebih baik, namun pada usia ini mengalami keterbatasan fisik dimana pasien masih berharap melakukan tugas dan tanggung jawab dan aktivitasnya dengan sepenuhnya tanpa adanya keterbatasan.

Pada penelitian ini diketahui sebagian besar pasien pasca stroke yang menjalani terapi rehabilitasi berpendidikan SMA. Namun hasil penelitian ini tidak sejalan teori dari Stuart & Laraia (2005) dalam Darussalam (2011) menyatakan tingkat pendidikan merupakan salah satu faktor yang menentukan terhadap terjadinya perubahan perilaku, dimana seseorang yang berpendidikan tinggi berarti telah mengalami proses belajar yang panjang. Pendidikan dapat melindungi seseorang dari perkembangan buruk dalam menghadapi masalah dan dapat meningkatkan daya penyembuhan kembali dari sakit.

Menurut asumsi peneliti pendidikan sangat penting karena dengan memiliki pengetahuan yang baik dan berfikir secara obyektif akan memberikan kemampuan untuk merubah tingkah laku kearah yang lebih baik namun karena perbedaan kualitas kemampuan dan pengetahuan dalam memahami suatu informasi yang dimiliki pasien serta kurang jelasnya informasi yang diterima atau banyaknya informasi yang diterima dan harus dijalani sehingga interpretasi masing-masing individu tentang spiritual dan kualitas hidup akan berbeda pula.

Hasil wawancara dan pengamatan yang dilakukan oleh peneliti yang di pengaruhi oleh kurangnya dukungan dari keluarga untuk maningkatkan spiritualitas dalam mengajak pasien untuk pergi ke tempat beribadah yang sesuai dengan keyakinan pasien dan

kurangnya penerapan aspek spiritualitas dari perawat terhadap pasien selama melakukan rawat inap dan fisioterapi sehingga dapat mempengaruhi spiritual dan psikologis yang akan mengakibatkan pasien mengalami kecemasan, distress spiritual mengalami gangguan dalam kepercayaan atau sistim nilai yang dapat memberikan kekuatan, harapan dan arti hidup dan mengungkapkan perhatian yang lebih agar tidak cemas terhadap kematian serta merasa sedih atau marah, kesulitan tidur dan tekanan darahnya meningkat.

Didukung dari hasil studi lainnya yang menyatakan bahwa kesejahteraan spiritual dengan kualitas hidup memiliki konsistensi korelasi, dimana spiritual sebagai salah satu aspek dari kualitas hidup memainkan peran penting dalam memaknai sesuatu dalam kehidupannya melalui pemahaman mendalam tentang pribadi, sosial, lingkungan dan penciptanya (Kurniawati, 2015).

Menurut Potter Perry (2009) menjelaskan bahwa pengetahuan dan keterampilan berpikir kritis membantu perawat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan spiritual klien. Selama menggunakan proses keperawatan, gunakan pengetahuan, pengalaman, sikap dan standar dalam menyelenggaraan pelayanan spiritual yang sesuai.

Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pada pasien pasca stroke sebagai tenaga kesehatan professional yang mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya dalam asuhan keperawatan yang komprehensif untuk memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual-kultural. Perawat harus berupaya dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien sebagai bagian dari kebutuhan menyeluruh pasien untuk memfasilitasi seperti membaca kitab suci, menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan pasien, menghadirkan tokoh agama melibatkan keluarga atau meminta perawat lain untuk membantu pasien dalam melaksanakan

ibadah/sholat. Memasukkan aspek spiritual dalam dalam interaksi antara perawat dan pasien dalam bentuk hubungan saling percaya dan menciptakan rasa kekeluargaan dengan pasien, berusaha mengerti maksud pasien, berusaha untuk selalu peka terhadap ekspresi non verbal, berusaha mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaannya, berusaha mengenal dan menghargai pasien maka bimbingan spiritual yang diberikan akan mendapatkan respon yang positif dari pasien.

Dampak peran perawat dalam meningkatkan *spiritual well being* terhadap *quality of life* pasien pasca stoke, akan mengalami peningkatan dalam memampukan dirinya untuk mencapai keselarasan hidup yang terkait dengan kepuasan individu terhadap seluruh aspek hidupnya baik dari segi fisik dimana mampu terhadap kemandirian, nyeri dan ketergantungan terhadap perawatan medis akan berkurang, dari segi psikologis seperti suasana hati, pengetahuan, konsentrasi, harga diri akan menjadi lebih baik. Dari segi sosial termasuk hubungan dengan persoanal akan terarah dengan baik, hubungan dengan orang lain dan aktivitas seks, lingkungan dan masyarakat akan terjalin dengan baik. Dari segi peran dalam keluarga dan dari segi spiritual dimana adanya penerimaan diri terhadap penyakit yang dialami dan kualitas dalam melaksanakan ibadah sesuai dengan keyakinan. Salah satunya adanya keselarasan menyakini adanya sang pencipta, yaitu kebutuhan untuk mendalami spiritual.

Berdasarkan penelitian ini, peneliti mengambil kesimpulan bahwa aspek *spiritual well being* terhadap *quality of life* pasien pasca stroke harus diperhatikan sehingga tidak hanya berfokus pada masalah fisik saja melainkan perawat mampu mengkaji keyakinan dan kepercayaan klien, mengkaji luas persahabatan klien dan komunikasi, meninjau ulang apakah klien mempraktikkan agamanya dalam beribadah, meninjau ulang pandangan klien tentang

kepuasan hidup, tanggung jawab terhadap diri sendiri maupun dalam keluarga.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data yang telah dilakukan terhadap 41 responden pada tanggal 15 Januari sampai 14 Februari 2019 di RS TK.II Pelamonia Makassar, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pasien pasca stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar memiliki dukungan *spiritual well being* dominan pada kategorik rendah dan sedang.
2. Pasien pasca stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar sebagian besar memiliki *quality of life* pada kategori baik.
3. Ada hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pada pasien pasca stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar.

B. Saran

1. Bagi Pasien dan Keluarga

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada pasien dan keluarga untuk tetap memberikan dukungan dan motivasi bagi anggota keluarganya untuk memenuhi kebutuhan spiritual terutama dengan tidak menganggap pasien sebagai beban dan selalu mencari informasi penting untuk perawatan pasien.

2. Bagi Perawat

Diharapkan agar tenaga kesehatan lebih memperhatikan dan memberikan pelayanan yang menyeluruh kepada pasien pasca stroke, tidak hanya memperhatikan kebutuhan fisik saja tetapi juga kebutuhan spiritual pasien untuk memfasilitasi seperti membaca kitab suci, menghadirkan tokoh agama melibatkan

keluarga atau perawat lain untuk membantu dalam melaksanakan ibadah/sholat, sehingga pasien mampu mengatasi masalahnya.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dalam proses belajar mengajar terutama mengenai pentingnya *spiritual well being* dan tingkat *quality of life* baik secara teoritis dan praktik untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mahasiswa keperawatan dalam menghadapi masalah klien khususnya pada pasien stroke.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan kepada peneliti selanjutnya untuk lebih mengembangkan tentang *spiritual well being* yang berhubungan dengan *quality of life* pasien paska stroke terutama dalam menambah sampel dalam penelitian dan waktu penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Adawiyah, R., & Kariasa, M. I. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca Stroke. <http://lib.ui.ac.id/naskahringkas/2016-08//S56513Robiyatul%20Adawiyah>. Di akses pada tanggal 12 Maret 2019
- American, H. A. (2014). Heart Disease And Stroke Statistics. <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/12/18/01.cir.0000441139.02102.80>. Di akses pada tanggal 10 September 2018
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arum, S. P. (2015). *Stroke: Kenali, Cegah dan Obati*. Yogyakarta: Notebook.
- Batticaca. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sisten Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bidianto, M. (2010). Pengaruh Therapy Religius Doa Kesembuhan Terhadap Penurunan Tingkat Kecemasan Pasien. <http://www.core.kmi.open.ac.uk> Di akses pada tanggal 20 September 2018
- Blais, e. (2006). *Keperawatan Praktek Profesional*. Jakarta: EGC.
- Bussing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual Needs Of Patient With Chronic. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560951/>. Di akses pada tanggal 08 September 2018
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: CV. Trans Info Maedia.
- El Noor, M. A. (2012). Spiritual care of the hospitalized patients following admission to the cardiac care units: policy implications. Disertasi, University of Akron, Palestina. https://etd.ohiolink.edu/rws_etd/document/get/akron133463692/inli. Di akses pada tanggal 13 Maret 2019
- Fisher, J. W. (2010) Asesing & nurturing spiritual well being via education.

- Hamid, A. Y. (2009). *Buku Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, B. K. (2008). Perkembangan Spiritualitas Sesuai Tumbuh Kembang. <http://repository.usu.ac.id>. Di akses pada tanggal 11 September 2018
- Junaidi, & Iskandar. (2011). *STROKE: Waspada! Ancamannya*. Yogyakarta: CV. ANDI.
- Koenig, B. K. (2007). *Praktik Keperawatan Profesional Konsep dan Prespektif*. Jakarta: EGC.
- Kozier. (2009). *Buku Ajar Praktek dan Keperawatan Klinis (5 ed.)*. Jakarta : EGC.
- Kozier, B. (2012). *Fundamentals of Nursing: Concepts Process and Practive, Etnics and Value*. Calofornia: Addison Wesley.
- Kurniawati, H. (2015). Analisis spiritual well being dan quality of life. Seminar psikologi & kemanusiaan psikologi forum UMM, ISBN: 978-979-796-324-8. Di akses pada tanggal 12 Maret 2019
- Kuswanto, H. (2014). Hubungan kemampuan adaptasi kualitas hidup pasien post stroke di poli saraf RSUD soedarjo Pontianak. www.stikesyarsi-pontianak.ac.id. Di akses pada tanggal 13 Maret 2019
- Muttaqin, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan System Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- National Survey For Noncommnicabel Disease Risk Factors And Mental Healt Using WHO STEPS Approach In Bhutan, 2014. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/204659>. Di akses pada tanggal 12 September 2018
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis: Berdasarkan Penerapan Diagnosis Nanda, NIC, NOC, dalam Berbagai Kasus (Vol. 2)*. Yogyakarta: MediAction.
- Oktavianus. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Neurobehavior*. Yogyakarta: Ghara Ilmu.
- Potter, & Perry. (2009). *Fundamentals Of Nursing 7th Edition Buku 2 (Vol. 2)*. Jakarta: EGC.

- Pratidhina, N. Y. (2016). Spiritual Well Being (SWB) dengan Quality Of Life (QOL) Pasien Stroke Di RSUD Padana Arang Boyowali. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/33/01-gdlnuriyulsif-1629-1-artikel-i.pdf>. Di akses pada tanggal 13 September 2018
- Price, & Wilson. (2012). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit* (6 ed., Vol. 2). Jakarta: EGC.
- Profil Kesehatan Kota Makassar. (2015). <http://dinkeskotamakassar.com/.../2017-02-09-09-30-56?...profil-kesehatan-kota-makassar-tahun2015> Di akses pada tanggal 21 September 2018
- RISKESDAS. (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. <http://www.depkes.go.id/resources/download/ganeral/Hasil%Riskesdas20%> Di akses pada tanggal 20 September 2018
- Royal College Of Nursing. (2010). *Spirituality In Nursing Care:a Pocket Guide*. http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/393154/guide_003887.pdf. Di akses pada tanggal 10 September 2018
- Saam, Z., & Wahyuni, S. (2013). *Psikologi Keperawatan* (1 ed., Vol. II). Jakarta: Rajawali Pers.
- Smeltzer, S. C. & Bare, G. B. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (8 ed., Vol. 3) Jakarta : EGC.
- Sriyanti, N. P., Warjiman, & Basit, M. (2016). Hubungan Kesejahteraan Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca Stroke. <http://journal.stikessuakainsan.ac.id/index.php/jksi/article/view/43>. Di akses pada tanggal 13 Maret 2019
- Taylor, C., Lilis, C., & Le Mone, P. (2011). *Fundamentals Of Nursing: The art and Science of Nursing Care* (7 ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Utama, T. (2015). Perbedaan kesejahteraan spiritual pasien sebelum dan sesudah operasi jantung di RSUD Dr. Hasan Sadikin Bandung. *Tesis*. Program Pasca Sarjana Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran. Di akses pada tanggal 14 Maret 2019

Vincensi, B. B. (2011). Spiritual Care in Advanced Practice Nursing. http://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1200&context=luc_diss. Di akses pada tanggal 10 Oktober 2018

Walker, J., Payne, S., Smith, P., & Jarrett, N. (2008). *Psychology for Nurse and the Caring Professional* (Vol. III). North America: McGraw-Hill.

Yastroki. (2012). *Stroke Urutan Ketiga Penyakit Mematikan*. <http://www.yastroki.co.id>. Di akses pada tanggal 25 September 2018

Lampiran 1.

JADWAL KEGIATAN
HUBUNGAN SPIRITUAL WELL BEING DENGAN QUALITY OF LIFE PADA PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT TK.II
PELAMONIA MAKASSAR

No	Kegiatan	September					Oktober					November					Desember				Januari					Februari					Maret					April				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
1.	Pengajuan judul																																							
2.	ACC judul																																							
3.	Menyusun proposal																																							
4.	Ujian proposal																																							
5.	Perbaikan proposal																																							
6.	Libur natal																																							
7.	Pelaksanaan penelitian																																							
8.	Pengolahan dan analisis data																																							
9.	Penyusunan laporan hasil penelitian																																							
10.	Ujian hasil																																							
11.	Perbaikan skripsi																																							

Lampiran 2

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Novianti Nopa Lalong (CX1714201147)






















Novita Tombl Langi (CX1714201148)

Judul Hubungan *Spiritual Well Being* Dengan *Quality Of Life* Pada Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar

Pembimbing : Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,Sp.,KMB

No/Tgl	Materi Bimbingan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa	
			1	2
1. 14/09- 18	Pengajuan Judul			
2. 17/09- 18	Pengajuan Judul			
3. 19/09- 18	Pengajuan Judul, Lanjut BAB 1			
4. 27/09- 18	BAB 1 LATAR BELAKANG - Tambahkan pengertian QOL, dampak dan manfaat pada pasien stroke - Tambahkan kebutuhan spiritual hubungannya dengan QOL			
5. 09/10- 18	BAB 1 LATAR BELAKANG - Tambahkan mengapa stroke menyebabkan perubahan dalam hidup			
6. 13/10- 18	BAB 1 LATAR BELAKANG - Perbaiki indeks kalimat - Tambahkan gejala dan komplikasi - Spiritual rendah dan tinggi			

	bagaimana dampaknya pada pasien stroke - Tambahkan fenomena			
7. 16/10-18	BAB 1 LATAR BELAKANG - Bagaimana SWB meningkatkan QOL - Bagaimana kaitannya QOL dan WBL	f	NOP	Seti
8. 23/10-18	Lanjut BAB II Dan Instrumen	f	NOP	Seti
9. 29/11-18	BAB II - Tinjauan Umum Stroke dikurangi - Tambahkan kebutuhan spiritual pada pasien stroke - QOL pada stroke bagaimana - Urutkan tinjauan umum dari stroke, SWB dan QOL	f	NOP	Seti
10. 31/10-18	Lanjut BAB III	f	NOP	Seti
11. 07/11-18	BAB III A. Kerangka konsep penelitian - Perbaiki kerangka konseptual penelitian	f	NOP	Seti
12. 08/11-18	BAB III A. Kerangka konseptual - Bagaimana QOL dipengaruhi oleh WBC - Hilangkan 5 Aspek QOL	f	NOP	Seti
13. 14/08-18	BAB IV - Perbaiki sampel kriteria inklusi dan eksklus - Perbaiki kuesioner	f	NOP	Seti
14. 06/03-19	- Print out BAB I-BAB IV	f	NOP	Seti

15. 12/03- 19	BAB V - Mengubah penggabungan sel - Persingkat judul table			
16. 16/03- 19	BAB V - Menjelaskan tiap masing-masing sel - Tambahkan sejalan dan tidak sejalan pada SWB - Tambahkan teori kenapa banyak yang sedang - Tambahkan pengamatan			
17. 17/03- 19	BAB V - Tambahkan peran perawat untuk meningkatkan SWB - Dampak peran perawat pada QOL			
18. 18/03- 19	BAB V - Tambahkan cara perawat melakukan implementasi - Tambahkan alur penelitian pada BAB IV			
19. 19/03- 19	Lanjut BAB VI			
20. 20/03- 19	- Perbaiki kata pengantar - Lanjut abstrak			
21. 21/03- 19	Print out BAB I – BAB VI			

Lampiran 3

KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN *SPRITUAL WELL BEING* DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN PASCA STROKE DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA MAKASSAR

Petunjuk Pengisian Kuesioner:

1. Bacalah pertanyaan dengan cermat sebelum menjawab
2. Mohon jawablah semua pertanyaan yang tersedia
3. Mohon bantuan dan kesediaan saudara/l untuk menjawab seluruh pertanyaan dengan jujur sesuai dengan yang anda rasakan.
4. Berikanlah tanda check list (√) pada kolom yang telah disediakan.
5. Apabila ada pertanyaan yang kurang jelas, silahkan menanyakan kepada peneliti.

A. Identitas Responden

Nama (Initial) :
Jenis Kelamin :
Umur : tahun
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :

B. Kuesioner *Spiritual Well Being*

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Sangat setuju	Setuju	Tidak setuju	Sangat tidak setuju
1	Saya tidak menemukan banyak kepuasan dalam doa pribadi dengan Tuhan.				

2	Saya tidak tahu siapa saya, dari mana saya berasal, atau kemana saya pergi				
3	Saya percaya bahwa Tuhan mencintai saya dan peduli dengan saya.				
4	Saya merasa bahwa hidup adalah pengalaman yang positif				
5	Saya percaya bahwa Tuhan itu tidak bersifat pribadi dan tidak tertarik dengan situasi sehari-hari saya.				
6	Saya merasa tidak tenang tentang masa depan saya				
7	Saya memiliki hubungan bermakna pribadi dengan Tuhan				
8	Saya merasa sangat terpenuhi dan puas dengan kehidupan				
9	Saya tidak mendapatkan banyak kekuatan dan dukungan pribadi dari Tuhan saya				
10	Saya merasakan rasa nyaman tentang arah hidup saya				
11	Saya percaya bahwa Tuhan memperhatikan masalah saya				
12	Saya tidak menikmati banyak tentang kehidupan				
13	Saya tidak memiliki hubungan yang memuaskan secara pribadi dengan Tuhan				
14	Saya merasa baik tentang masa depan saya				
15	Hubungan saya dengan Tuhan membantu saya untuk tidak merasa kesepian				
16	Saya merasa bahwa hidup itu penuh dengan konflik dan ketidakbahagiaan				
17	Saya merasa paling terpenuhi saat saya berada				

	dalam persekutuan yang erat dengan Tuhan				
18	Hidup tidak memiliki banyak arti				
19	Hubungan saya dengan Tuhan memberi peran pada rasa kesejahteraan saya				
20	Saya percaya ada beberapa tujuan nyata untuk hidup saya				

C. KUESIONER *QUALITY OF LIFE*

1. Saya merasakan masalah dalam berjalan
 - Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah diraskan ringan
 - Tidak ada masalah
2. Saya kehilangan keseimbangan saat membungkukkan badan untuk menggapai sesuatu
 - Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak ada masalah
3. Saya merasakan masalah saat menaiki tangga
 - Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak ada masalah
4. Saya mengalami masalah dalam berdiri
 - Masalah dirasakan sangat berat

- Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak ada masalah
5. Saya berhenti beraktivitas karena merasa kelelahan
- Selalu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Jarang
 - Tidak pernah
6. Saya terlalu lelah untuk melakukan aktivitas yang saya inginkan
- Selalu
 - Sering
 - Kadang-kadang
 - Jarang
 - Tidak pernah
7. Saya merasakan masalah saat menonton televisi karena gangguan penglihatan
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak ada masalah
8. Saya memiliki masalah melihat benda dengan mata ditutup satu
- Masalah dirasakan sangat berat
 - Masalah dirasakan berat
 - Masalah dirasakan cukup berat
 - Masalah dirasakan ringan
 - Tidak dirasakan masalah

9. Saya merasakan adanya masalah berbicara dengan orang lain seperti berbata-bata atau berbicara gagap

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

10. Saya memiliki masalah untuk menentukan kata-kata yang ingin saya sampaikan

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

11. Saya memerlukan bantuan dalam menyiapkan makanan saya

- Sepenuhnya dibantu
- Lebih banyak dibantu
- Sebagian dibantu
- Sedikit dibantu
- Tidak memerlukan bantuan

12. Saya memerlukan bantuan untuk berpakaian

- Sepenuhnya dibantu
- Lebih banyak dibantu
- Sebagian dibantu
- Sedikit dibantu
- Tidak memerlukan bantuan

13. Saya memerlukan bantuan untuk mandi

- Sepenuhnya dibantu
- Lebih banyak dibantu
- Sebagian dibantu
- Sedikit dibantu

- Tidak memerlukan bantuan

14. Saya memerlukan bantuan untuk ke toilet (buang air besar dan buang air kecil)

- Sepenuhnya dibantu
- Lebih banyak dibantu
- Sebagian dibantu
- Sedikit dibantu
- Tidak memerlukan bantuan

15. Saya merasakan masalah dalam menulis atau mengetik

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

16. Saya memiliki masalah dalam mengancing baju

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

17. Saya memiliki masalah dalam mengencangkan restleting

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

18. Saya memiliki masalah dalam melakukan kegiatan sehari-hari di rumah

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan

- Tidak ada masalah

19. Saya memiliki masalah mengakhiri pekerjaan yang telah saya mulai

- Masalah dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak ada masalah

20. Saya merasa enggan dengan kehadiran orang lain

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

21. Saya merasakan nafsu makan saya berkurang

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

22. Saya merasa hilang kepercayaan diri untuk beraktivitas

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

23. Saya mudah marah

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang

Tidak pernah

24. Saya tidak sabar terhadap perilaku orang yang menjengkelkan

Selalu

Sering

Kadang-kadang

Jarang

Tidak pernah

25. Saya mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi ketika sedang berfikir atau melakukan pekerjaan

Selalu

Sering

Kadang-kadang

Jarang

Tidak pernah

26. Saya mengalami masalah dalam mengingat sesuatu

Masalah dirasakan sangat berat

Masalah dirasakan berat

Masalah dirasakan cukup berat

Masalah dirasakan ringan

Tidak dirasakan masalah

27. Saya merasakan adanya masalah saat mencoba berhubungan dengan teman dan kerabat

Masalah dirasakan sangat berat

Masalah dirasakan berat

Masalah dirasakan cukup berat

Masalah dirasakan ringan

Tidak dirasakan masalah

28. Saya merasakan masalah kondisi fisik mengganggu kehidupan sosial saya

Masalah dirasakan sangat berat

Masalah dirasakan berat

- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

29. Saya mengikuti kegiatan di masyarakat semenjak menderita stroke

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

30. Saya masih melakukan hobi saya seperti biasa

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

31. Saya pergi berekreasi sesuai dengan keinginan saya

- Selalu
- Jarang
- Sering
- Tidak pernah
- Kadang-kadang

32. Saya memiliki masalah dengan pola berhubungan sex bersama pasangan hidup saya

- Masalah yang dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

33. Saya tidak dapat menjalankan peran saya di keluarga (sebagai pencari nafka, ibu rumah tangga atau mengasuh anak) seperti dulu

- Masalah yang dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

34. Saya mengalami masalah untuk menerima keterbatasan yang saya alami

- Masalah yang dirasakan sangat berat
- Masalah dirasakan berat
- Masalah dirasakan cukup berat
- Masalah dirasakan ringan
- Tidak dirasakan masalah

35. Saya berusaha mendapatkan pengobatan untuk kesembuhan

- Selalu
- sering
- kadang-kadang
- jarang
- Tidak pernah

36. Saya melaksanakan ibadah sesuai agama yang saya anut meskipun dengan keterbatasan fisik

- Selalu
- Sering
- Kadang-kadang
- Jarang
- Tidak pernah

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Bapak/Ibu/Saudara/i Calon Responden

Di-

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa program studi ilmu keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.

Nama : Novianti Nopa Lalong

(CX1714201147)

Novita Tombi Langi

(CX1714201148)

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Hubungan *Spiritual Well Being* Dengan *Quality Of Life* pada pasien pasca stroke di RS TK.II Pelamonia Makassar”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan pengaruh negative pada Saudara/i sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Saudara/i tidak bersedia menjadi responden maka Saudara/i diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila Saudara/i menyetujui, maka peneliti mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang peneliti sertakan pada surat ini. Atas perhatian dan kesediaan Saudara/i sebagai responden peneliti ucapkan banyak terima kasih.

Makassar, 15 Januari 2019

Peneliti

Novianti Nopa Lalong

Novita Tombi Langi

Lampiran 5

LEMBARAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian: Hubungan *Spiritual Well Being* Dengan *Quality Of Life*
Pada Pasien Pasca Strok Di Rumah Sakit TK.II Pelamonia
Makassar

Nama penelitian: Novianti Nopa Lalong
(CX1714201147)
Novita Tombi Langi
(CX1714201148)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari peneliti, bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “Hubungan *Spiritual Well Being* Dengan *Quality Of Life* Pada Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit TK.II Pelamonia Makassar” yang dilaksanakan oleh Novianti Nopa Lalong dan Novita Tombi Langi mahasiswa S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Makassar, 15 Januari 2019

Saksi

Responden

()

()

Lampiran 6

RUMAH SAKIT TK. II 14.05.01 PELAMONIA
INSTALASI PENDIDIKAN

Makassar, 17 Oktober 2018

Nomor : B/240 /X/2018
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Data Awal

Kepada

Yth. Kasi Yanmed

di -


Tempat

1. Dasar : Surat Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris, nomor :581.1/STIK-SM/S1.235.1 /IX/2018, Tanggal 24 September 2018 tentang permohonan Ijin data awal.
2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, mohon kiranya dapat membantu membenarkan data untuk penyusunan Skripsi. Mulai tanggal, 17 s/d 23 Oktober 2018 An.

No	Nama	Nim
1.	Novita Tombi Langi	CX1714201148
2.	Novianti Nopa Lalong	CX1714201147
3.	Ireni Rombe Tabang	CX1714201129
4.	Fransiska Ayunirma	CX1714201129
5.	Imayanti	CX1714201134
6.	Retsi Stevani Kaunang	CX1714201151

3. Demikian untuk dimaklumi.

Kainetaldik.


Syahrir Paduai, Amd Kep
Mayer Ckm NRP 575684

Tembusan :

1. Kasi Tuud Rumkit Tk.II 14.05.01 Pelamonia

Yth. Ibu Kasi
Mohon dibantu Data yang
di perlukan
ke [Signature] 23/10/2018
Hj. Dewi

RUMAH SAKIT TK. II 14.05.01 PELAMONIA
INSTALASI PENDIDIKAN

Makassar, 15 Januari 2019

Nomor : B / 291 / 11 / 2019
Klasifikasi : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada

Yth. - Karu. Watnap
- Kapol. Interna
- Kapol. Syaraf
- ~~Ka. FISIOTERAPI~~ ✓
di -

Tempat


1. Dasar : Surat Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris, nomor :763.1/STIK-SM/S1.235.1 /XII/2018, Tanggal 12 Desember 2018 tentang permohonan Ijin Penelitian.
2. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, mohon kiranya dapat membantu memberikan data untuk penyusunan Skripsi. Mulai tanggal, 15 s/d 30 Januari 2019 An.

No	Nama	Nim
1.	Novita Tombi Langi	C1714201148
2.	Fransisca Ayunirma Laru	C1714201129
3.	Ireny Rombe Taibang	C1714201133

4. **NOVIANTY**
3. Demikian untuk dimaklumi.

C1714201147 2.000/16-1-2019

Kainstaldik


Syahrul Paduai, Amd Kep
Mayor Ckm NRP 575684

Tembusan :

1. Kasi Tuud Rumkit Tk.II 14.05.01 Pelamonia

KESEHATAN DAERAH MILITER XIV/HASANUDDIN
RUMAH SAKIT TK II 14.05.01 PELAMONIA

SURAT KETERANGAN
Nomor : Sket / Watnap / 2019 / 1 / 2019

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Syahrir Paduai, Amd Kep
Pangkat / NRP : Mayor Ckm NRP 575684
Jabatan : Kainstaldik
Kesatuan : Kesdam XIV/Hasanuddin

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Novianti Nopa Lalong
NIM : CX 1714201147
Institusi : STIK Stella Maris Makassar

Dengan ini menerangkan bahwa yang bersangkutan benar telah melakukan penelitian dalam rangka penyusunan Skripsi di Rumkit TK.II.14.05.01 Pelamonia, mulai tanggal 15 Januari s/d 14 Februari 2019 dengan judul :

"Hubungan Spiritual Well Being Dengan Quality Of Life Pada Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit Tk. II Pelamonia Makassar"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Januari 2019
a.n Kepala Rumah Sakit
Wakil Kepala



Syahrir Paduai, Amd Kep
Mayor Ckm NRP 575684

**KESEHATAN DAERAH MILITER XIV/HASANUDDIN
RUMAH SAKIT TK II 14.05.01 PELAMONIA**

SURAT KETERANGAN
Nomor : Sket / Watnap / 291 / 11 / 2019

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Syahrir Paduai, Amd Kep
Pangkat / NRP : Mayor Ckm NRP 575684
Jabatan : Kainstaldik
Kesatuan : Kesdam XIV/Hasanuddin

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Novita Tombi Langi
Nim : CX1714201147
Institusi : STIK Stella Maris Makassar

Dengan ini menerangkan bahwa yang bersangkutan benar telah melakukan penelitian dalam rangka penyusunan Skripsi di Rumkit TK.II.14.05.01 Pelamonia, mulai tanggal 15 Januari s/d 14 Februari 2019 dengan judul :

"Hubungan Spiritual Well Being Dengan Quality Of Life Pada Pasien Pasca Stroke Di Rumah Sakit Tk. II Pelamonia Makassar"

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, Januari 2019
a.n Kepala Rumah Sakit
Wakil Kepala
U.b

Kainstaldik

Syahrir Paduai, Amd Kep
Mayor Ckm NRP 575684

Lampiran 7

MASTER TABEL
 HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN PASCA STROKE
 DI RUMAH SAKIT TK.II PELAMONIA MAKASSAR

NAMA	JK	KODE	UMUR	KODE	PT	KODE	PEKERJAAN	KODE	SPIRITUAL WELL BEING																				TOTAL	SKOR	KODE	
									1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
T	L	1	67	6	SMA	3	PENSIUN	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	73	TINGGI	3
Y	L	1	52	4	SMA	3	PNS	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	1	2	2	40	RENDAH	1	
E	P	2	64	5	SPK	4	PENSIUN	5	1	4	2	1	2	2	2	3	2	4	2	2	2	3	2	3	1	3	3	3	47	SEDANG	2	
B	L	1	38	3	SMA	3	SWASTA	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	37	RENDAH	1	
R	P	2	55	5	SD	1	IRT	1	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	52	SEDANG	2	
I	P	2	48	4	S1	7	SWASTA	2	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	72	TINGGI	3	
D	P	2	61	5	SMA	3	IRT	1	2	4	2	3	2	1	2	4	2	3	2	1	2	3	2	3	2	2	3	3	48	SEDANG	2	
M	L	1	47	4	SMA	3	TNI	4	3	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	45	SEDANG	2	
N	L	1	44	3	DIII	6	TNI	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	71	TINGGI	3	
C	P	2	58	5	S2	8	DOSEN	6	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	75	TINGGI	3		
R	P	2	21	1	SMA	3	MAHASISWA	7	3	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	44	SEDANG	2		
A	P	2	54	4	SMA	3	SWASTA	2	3	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	36	RENDAH	1	
J	L	1	70	6	SMA	3	PENSIUN	5	3	4	2	2	3	2	1	4	3	2	4	2	3	3	2	3	2	2	2	3	52	SEDANG	2	
R	L	1	48	4	SMP	2	SWASTA	2	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	69	TINGGI	3	
S	P	2	52	4	SMA	3	SWASTA	2	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	66	TINGGI	3	
N	P	2	82	7	SD	1	IRT	1	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	75	TINGGI	3	
D	L	1	55	5	SMP	2	PNS	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	70	TINGGI	3	
B	L	1	47	4	SMA	3	SWASTA	2	4	4	3	3	3	2	3	2	3	2	4	2	3	3	3	2	3	3	3	3	58	SEDANG	2	
A	L	1	28	2	SMA	3	IRT	1	3	2	1	3	2	1	2	3	2	3	4	2	3	1	2	3	1	2	3	2	45	SEDANG	2	
K	L	1	57	5	SMA	3	SWASTA	2	2	4	2	2	2	1	1	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	2	45	SEDANG	2	
S	L	1	65	6	SMP	2	WIRUSAHA	8	3	1	2	3	2	3	1	3	2	3	1	2	3	2	2	3	2	2	3	2	45	SEDANG	2	
W	L	1	54	4	SMA	3	WIRUSAHA	8	2	1	3	2	2	2	1	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	37	RENDAH	1	
Y	P	2	69	6	SD	1	IRT	1	2	1	3	2	3	2	3	2	2	2	2	1	3	1	3	2	2	1	2	2	42	SEDANG	2	
T	P	2	52	4	S1	7	SWASTA	2	2	1	2	3	2	2	1	3	2	3	1	2	3	2	2	1	2	3	3	2	42	SEDANG	2	
M	P	2	25	2	SMA	3	TDK BEKERJA	10	3	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	2	3	2	38	RENDAH	1	
S	P	2	75	7	SD	1	IRT	1	4	4	3	2	3	2	4	3	3	2	4	3	3	3	4	2	4	3	3	3	62	TINGGI	3	
A	L	1	54	4	SMP	2	WIRUSAHA	8	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	35	RENDAH	1	
W	L	1	59	5	SMA	3	IRT	1	3	2	1	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3	2	3	3	1	3	3	2	46	SEDANG	2	
L	L	1	75	7	SMA	3	WIRUSAHA	8	3	2	2	3	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	3	3	3	4	3	4	62	TINGGI	3	
M	L	1	72	6	SMA	3	PETANI	9	2	1	3	2	3	2	1	3	1	3	1	2	3	2	1	1	2	2	3	2	40	RENDAH	1	
A	P	2	68	6	SMA	3	PENSIUN	5	2	2	1	2	3	2	3	4	1	2	3	2	1	4	4	1	2	2	2	2	45	SEDANG	2	
R	L	1	75	7	SMP	2	PETANI	9	1	4	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	1	2	2	47	SEDANG	2	
D	L	1	63	5	S1	7	PENSIUN	5	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	72	TINGGI	3	
G	P	2	58	5	DIII	6	SWASTA	2	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4	73	TINGGI	3	
V	P	2	80	7	SMA	3	WIRUSAHA	8	3	2	1	3	2	3	1	2	3	2	3	1	3	2	3	3	1	3	3	2	46	SEDANG	2	
B	L	1	39	3	SMA	3	TDK BEKERJA	10	3	3	2	3	3	1	3	1	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	47	SEDANG	2	
K	L	1	47	4	DIII	6	TNI	4	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	3	1	2	1	2	3	2	2	2	2	43	SEDANG	2	
E	P	2	59	5	S2	8	DOSEN	6	3	4	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	3	1	2	3	2	2	2	43	SEDANG	2	
F	P	2	37	3	SMA	3	IRT	1	3	4	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	44	SEDANG	2	
D	P	2	67	6	SMA	3	PENSIUN	5	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	72	TINGGI	3	
Q	L	1	53	4	SMA	3	SWASTA	2	3	4	2	2	3	2	1	4	3	2	4	2	3	3	2	3	2	2	2	3	52	SEDANG	2	

QUALITY OF LIFE																																				TOTAL	SKOR	KODE			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36						
2	2	1	1	5	5	2	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	5	4	1	1	1	2	2	2	3	2	5	5	5	5	2	2	1	3	84	KURANG	1			
5	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	2	5	5	4	3	3	3	1	3	140	BAIK	3			
5	5	4	3	5	4	4	4	4	4	3	5	3	3	4	4	4	3	5	4	4	3	3	2	4	4	3	5	5	3	3	2	3	1	4	133	BAIK	3				
5	5	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	3	3	2	5	5	5	4	4	3	1	1	136	BAIK	3			
3	3	3	3	5	5	4	4	4	4	3	5	3	5	4	4	4	2	5	5	3	4	3	4	3	4	4	3	5	5	4	4	3	3	1	3	134	BAIK	3			
2	2	2	2	4	1	3	2	3	4	2	2	2	3	3	3	3	1	2	4	3	1	3	2	3	3	3	3	5	5	4	3	2	2	1	4	97	CUKUP	2			
5	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	2	5	5	4	3	3	3	1	3	142	BAIK	3			
5	5	5	4	3	3	5	4	5	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	2	5	4	4	4	2	3	1	4	134	BAIK	3			
2	2	2	2	4	4	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	1	2	3	4	2	4	2	4	4	4	2	5	5	4	2	1	1	1	3	100	CUKUP	2			
2	2	1	2	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	1	4	4	3	2	5	5	4	3	1	1	1	4	105	CUKUP	2			
5	5	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	5	4	4	3	5	4	3	3	4	3	3	3	4	2	5	5	5	5	4	2	1	4	134	BAIK	3			
5	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	2	5	5	4	3	3	3	1	3	139	BAIK	3			
2	2	2	2	4	4	3	2	3	4	2	2	2	3	3	3	3	1	2	4	3	1	3	2	3	3	3	3	5	5	4	3	2	2	1	4	100	CUKUP	2			
3	3	3	3	4	4	2	2	4	4	2	3	2	3	3	3	3	2	4	3	2	3	3	2	3	3	3	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2	102	CUKUP	2		
2	2	1	1	5	5	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	5	4	1	1	1	2	2	2	3	2	5	5	5	5	2	2	1	3	83	KURANG	1			
5	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	2	5	5	4	3	3	3	1	4	141	BAIK	3			
5	5	5	4	3	3	5	4	5	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	2	5	5	4	4	4	3	1	4	135	BAIK	3		
2	2	1	2	5	5	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	1	1	1	4	1	5	5	5	1	1	1	1	4	78	KURANG	1			
5	5	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	3	3	2	5	5	5	4	4	2	1	1	135	BAIK	3			
5	5	4	4	3	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	5	4	5	3	3	1	3	149	BAIK	3		
5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	2	5	5	4	3	3	3	1	3	143	BAIK	3			
1	1	2	2	4	5	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	5	4	2	2	2	1	4	68	KURANG	1		
4	4	2	2	5	5	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	4	3	3	3	5	3	4	3	3	1	2	3	89	CUKUP	2
5	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	3	3	1	3	148	BAIK	3			
5	5	5	4	4	3	5	4	5	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	2	5	4	4	4	4	3	1	4	135	BAIK	3		
1	1	1	2	5	5	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	1	3	3	2	1	1	2	3	2	5	5	5	3	3	2	3	4	87	CUKUP	2			
4	4	3	3	4	4	2	2	4	4	2	3	2	2	3	3	3	2	4	3	2	3	3	2	3	2	3	2	4	4	4	2	2	2	2	3	105	CUKUP	2			
5	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	3	4	3	5	5	4	3	3	3	2	3	142	BAIK	3			
3	3	2	2	5	5	3	3	3	4	2	2	2	3	3	3	3	2	3	4	2	2	3	2	2	3	4	2	5	5	3	1	1	2	1	4	102	CUKUP	2			
4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	3	3	2	4	151	BAIK	3			
3	3	4	3	3	3	4	3	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	3	2	2	1	5	5	4	2	3	1	2	4	85	CUKUP	2			
4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	3	3	1	3	149	BAIK	3			
2	2	1	2	5	5	4	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	2	1	1	1	1	1	4	1	5	5	5	1	1	1	1	4	79	KURANG	1			
3	3	3	3	4	4	2	2	4	4	2	3	2	2	3	3	3	3	2	4	3	2	3	3	2	3	3	2	4	4	4	2	2	2	2	1	101	CUKUP	2			
5	5	4	3	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	3	3	2	5	5	5	4	4	2	1	2	135	BAIK	3			
4	4	2	2	5	5	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	4	3	3	3	5	3	4	3	3	1	2	3	89	CUKUP	2			
5	5	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	3	3	2	5	5	5	4	4	2	1	2	136	BAIK	3			
5	5	4	4	3	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	4	3	1	3	150	BAIK	3			
5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	3	2	5	5	4	3	3	1	3	142	BAIK	3				
3	3	3	3	4	4	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	2	2	2	2	3	107	CUKUP	2			
1	2	2	2	5	4	4	3	4	4	2	2	1	3	2	3	2	1	2	4	1	1	1	1	3	1	3	1	5	5	5	2	1	2	1	1	87	CUKUP	2			

Lampiran 8

Frequencies

		Statistics			
		UMUR	JK	PT	PEKERJAAN
N	Valid	41	41	41	41
	Missing	0	0	0	0
Mean		4.68	1.46	3.46	4.22
Std. Error of Mean		.227	.079	.290	.453
Median		5.00	1.00	3.00	4.00
Mode		4	1	3	2
Std. Deviation		1.457	.505	1.859	2.903
Variance		2.122	.255	3.455	8.426
Range		6	1	7	9
Minimum		1	1	1	1
Maximum		7	2	8	10
Sum		192	60	142	173

Frequency Table

		UMUR			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-24	1	2.4	2.4	2.4
	25-34	2	4.9	4.9	7.3
	35-44	4	9.8	9.8	17.1
	45-54	12	29.3	29.3	46.3
	55-64	10	24.4	24.4	70.7
	65-74	7	17.1	17.1	87.8
	75+	5	12.2	12.2	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

JK

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	22	53.7	53.7	53.7
	PEREMPUAN	19	46.3	46.3	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

PT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	4	9.8	9.8	9.8
	SMP	5	12.2	12.2	22.0
	SMA	23	56.1	56.1	78.0
	SPK	1	2.4	2.4	80.5
	DIII	3	7.3	7.3	87.8
	S1	3	7.3	7.3	95.1
	S2	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

PEKERJAAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	IRT	8	19.5	19.5	19.5
	SWASTA	10	24.4	24.4	43.9
	PNS	2	4.9	4.9	48.8
	TNI	3	7.3	7.3	56.1
	PENSIUN	6	14.6	14.6	70.7
	DOSEN	2	4.9	4.9	75.6
	MAHASISWA	1	2.4	2.4	78.0
	WIRUSAHA	5	12.2	12.2	90.2
	PETANI	2	4.9	4.9	95.1
	TDK BEKERJA	2	4.9	4.9	100.0
	Total	41	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		SWB	QOL
N	Valid	41	41
	Missing	0	0
Mean		2.15	2.41
Std. Error of Mean		.108	.110
Median		2.00	3.00
Mode		2	3
Std. Deviation		.691	.706
Variance		.478	.499
Range		2	2
Minimum		1	1
Maximum		3	3
Sum		88	99

Frequency Table

SWB

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	RENDAH	7	17.1	17.1	17.1
	SEDANG	21	51.2	51.2	68.3
	TINGGI	13	31.7	31.7	100.0
Total		41	100.0	100.0	

QOL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG	5	12.2	12.2	12.2
	CUKUP	14	34.1	34.1	46.3
	BAIK	22	53.7	53.7	100.0
Total		41	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SWB * QOL	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%

SWB * QOL Crosstabulation

			QOL			Total
			KURANG	CUKUP	BAIK	
SWB	RENDAH	Count	1	1	5	7
		Expected Count	.9	2.4	3.8	7.0
		% within SWB	14.3%	14.3%	71.4%	100.0%
		% within QOL	20.0%	7.1%	22.7%	17.1%
		% of Total	2.4%	2.4%	12.2%	17.1%
SEDANG	SEDANG	Count	1	5	15	21
		Expected Count	2.6	7.2	11.3	21.0
		% within SWB	4.8%	23.8%	71.4%	100.0%
		% within QOL	20.0%	35.7%	68.2%	51.2%
		% of Total	2.4%	12.2%	36.6%	51.2%
TINGGI	TINGGI	Count	3	8	2	13
		Expected Count	1.6	4.4	7.0	13.0
		% within SWB	23.1%	61.5%	15.4%	100.0%
		% within QOL	60.0%	57.1%	9.1%	31.7%
		% of Total	7.3%	19.5%	4.9%	31.7%
Total	Total	Count	5	14	22	41
		Expected Count	5.0	14.0	22.0	41.0
		% within SWB	12.2%	34.1%	53.7%	100.0%
		% within QOL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	12.2%	34.1%	53.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.758 ^a	4	.019
Likelihood Ratio	12.783	4	.012
Linear-by-Linear Association	5.879	1	.015
N of Valid Cases	41		

a. 6 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .85.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
SWB2 * QOL2	41	100.0%	0	0.0%	41	100.0%

SWB2 * QOL2 Crosstabulation

			QOL2		Total
			KURANG + CUKUP	BAIK	
SWB2	RENDAH + SEDANG	Count	8	20	28
		Expected Count	13.0	15.0	28.0
		% within SWB2	28.6%	71.4%	100.0%
		% within QOL2	42.1%	90.9%	68.3%
		% of Total	19.5%	48.8%	68.3%
TINGGI		Count	11	2	13
		Expected Count	6.0	7.0	13.0
		% within SWB2	84.6%	15.4%	100.0%
		% within QOL2	57.9%	9.1%	31.7%
		% of Total	26.8%	4.9%	31.7%
Total		Count	19	22	41
		Expected Count	19.0	22.0	41.0
		% within SWB2	46.3%	53.7%	100.0%
		% within QOL2	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	46.3%	53.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.214 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	9.074	1	.003		
Likelihood Ratio	11.953	1	.001		
Fisher's Exact Test				.002	.001
Linear-by-Linear Association	10.941	1	.001		
N of Valid Cases	41				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.02.

b. Computed only for a 2x2 table