



SKRIPSI

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN
KECEMASAN PASIEN STROKE DI RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EKSPERIMENTAL

OLEH:

**JACQUELINE CLAUDIA MAYRIZKITA (CX1614201150)
JELLY ADIO MONTJAI (CX1614201151)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2018**



SKRIPSI

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN
KECEMASAN PASIEN STROKE DI RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

**Diajukan untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

**OLEH:
JACQUELINE CLAUDIA MAYRIZKITA (CX1614201150)
JELLY ADIO MONTJAI (CX1614201151)**

**PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2018**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jacqueline Claudia Mayrizkita (CX1614201150)

: Jelly Adio Montjai (CX1614201151)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 9 April 2018

Yang menyatakan,

(Jacqueline Claudia Mayrizkita)
CX1614201150

(Jelly Adio Montjai)
CX1614201151

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN
KECEMASAN PASIEN STROKE DI RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

**Jacqueline Claudia Mayrizkita (CX1614201150)
Jelly Adio Montjai (CX1614201151)**

Disetujui Oleh:

Pembimbing



(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

NIDN : 0912106501

**Wakil Ketua I
Bidang Akademik**



(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)

NIDN : 0912106501

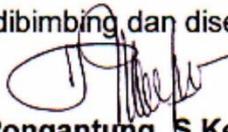
HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN
KECEMASAN PASIEN STROKE DI RSUP
DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:
JACQUELINE CLAUDIA MAYRIZKITA (CX1614201150)
JELLY ADIO MONTJAI (CX1614201151)

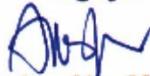
Telah dibimbing dan disetujui oleh:



(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)
NIDN. 0912106501

Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 9
April 2018 dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima
Susunan Dewan Penguji

Penguji I



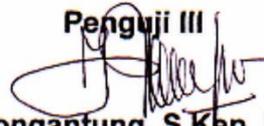
(Fransiska Anita, Ns.,M.Kep.,SpKMB)
NIDN. 0913098201

Penguji II



(Mery Solon, Ns.,M.Kes)
NIDN. 0910057502

Penguji III



(Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN)
NIDN. 0912106501

Makassar, 9 April 2018
Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar



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

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Jacqueline Claudia Mayrizkita (CX1614201150)

: Jelly Adio Montjai (CX1614201151)

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

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-sebenarnya.

Makassar, 9 April 2018

Yang menyatakan,

(Jacqueline Claudia Mayrizkia)
CX1614201150

(Jelly Adio Montjai)
CX1614201151

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Yang Maha Kuasa atas segala rahmat dan kasih setia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“Hubungan *Spiritual Well Being* Dengan Kecemasan Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”**. Adapun penulisan skripsi ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar. Dalam proses penyusunan skripsi ini, penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak baik moral maupun material sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di program studi S1 Keperawatan Stella Maris.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik dan juga sebagai dosen pembimbing yang telah mengarahkan penulis dalam penyusunan dan penyelesaian skripsi.
3. Fransiska Anita, Ns., M.Kep.,Sp.KMB. Selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar dan selaku dewan penguji I yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan kepada penulis.
4. Mery Solon, Ns., M.Kes. selaku dewan penguji II yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan kepada penulis.
5. Dr. dr. Khalid Saleh, SpPD-KKV, FINASIM, MARS selaku direktur RSUP. Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar, semua petugas kesehatan di ruangan Lontara III dan *Brain Centre* atas kesempatan yang telah diberikan untuk kami melakukan penelitian di RSUP. Dr Wahidin

Sudirohusodo serta bantuan dan keramahan yang boleh kami rasakan selama kami melakukan penelitian.

6. Bapak dan Ibu Dosen beserta seluruh Staff yang telah memberikan bekal ilmu pengetahuan dan fasilitas selama menempuh pendidikan
7. Teristimewa untuk kedua orang tua, saudara dan segenap keluarga yang telah memberikan doa dan segala bentuk dukungannya.
8. Rekan-rekan seperjuangan Program S1 Jalur B Angkatan 2016 atas semua kekompakan, bantuan, dukungan dan kerja sama selama menempuh pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan doa dan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia dalam berbagai hal disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini.

Makassar, 9 April 2018

Penulis

ABSTRAK

**HUBUNGAN *SPIRITUAL WELL BEING* DENGAN
KECEMASAN PASIEN STROKE DI RSUP
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR
(dibimbing oleh Henny Pongantung)**

**JACQUELINE CLAUDIA MAYRIZKITA
JELLY ADIO MONTJAI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS STIK STELLA MARIS
xviii + 62 Halaman + 39 Daftar Pustaka + 9 Tabel + 10 Lampiran**

Stroke merupakan suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah di otak. Hal tersebut menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan bahkan kematian. Stroke tidak hanya menyangkut aspek neurologis saja tetapi berdampak pada aspek psikologis yaitu berupa kecemasan. Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pasien dengan *spiritual well being* yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Desain penelitian yang digunakan adalah *observasional analitik* dengan pendekatan *cross sectional study*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling* dengan jumlah 40 responden. Pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner *spiritual well being scale* dan Kuesioner *Zung Self-Rating Anxiety Scale*. Hasil penelitian ini diperoleh dengan menggunakan analisis uji *chi-square* dengan uji alternatif *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh nilai ($p \text{ value} = 0,003 < 0,05$). Dari hasil uji tersebut dapat disimpulkan bahwa ada hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Diharapkan bagi pasien dan keluarga tetap memperhatikan kecemasan yang pasien alami dan memberi dukungan bagi pasien untuk meningkatkan *spiritual well being*.

**Kata Kunci : Stroke, *spiritual well being* (SWB) dan Kecemasan
Kepustakaan : (2006-2015)**

ABSTRAK

**RELATIONSHIPS SPIRITUAL WELL BEING WITH
THE ANXIETY OF STROKE PATIENTS IN RSUP
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR
(guided by Henny Pongantung)**

**JACQUELINE CLAUDIA MAYRIZKITA
JELLY ADIO MONTJAI
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS STIK STELLA MARIS
xviii + 62 Pages + 39 Bibliography + 9 Tabels + 10 Attachment**

Stroke is a condition that occurs due to interruption to the blood circulation within the brain. It leads to the deprivation of brain tissue, in which a person becomes paralyzed and possibly dies. Stroke affects, not only on neurological aspects of a person, but also a particular psychological aspect which is anxiety. One method to ease a patient's anxiety is to apply spiritual well being according to the patient's need and confidence. The aim of this study is to discover the relationship between spiritual well being with the anxiety of stroke patients in Dr. Wahidin Sudirohusodo Central Public Hospital Makassar. The author uses observational analytical design as the design of the study, with the addition of cross sectional study approach. For the sampling technique, the author uses consecutive sampling, numbering 40 respondents. To collect the data, the author uses several research instruments which are a questionnaire on spiritual well being scale and a questionnaire on zung self rating anxiety scale. The result of the study is obtained through an analysis on chi-square testing with kolmogorov-smirnov testing as an alternative test, in which the result show a value (p value = $0,003 < 0,05$). From the result of the test, it is concluded that there is relationship between spiritual well being with the anxiety of stroke patients in Dr. Wahidin Sudirohusodo Central Public Hospital Makassar. It is expected from the patient and the family to pay attention to the anxiety that the patient suffers and to support the patient to raise the spiritual well being.

**Keywords: Stroke, spiritual well being (SWB) and anxiety
Library : (2006-2015)**

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL 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	xiv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	1
C. Tujuan Penelitian	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	5
1. Bagi Pasien dan keluarga	5
2. Bagi Tenaga kesehatan	5
3. Bagi Institusi Pendidikan	6
4. Bagi Peneliti Selanjutnya	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Umum Tentang Kecemasan	7
1. Definisi	7
2. Penyebab kecemasan	8

3. Tingkat Kecemasan	10
4. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan	12
5. Respon Terhadap Kecemasan	13
6. Pengukuran Kecemasan	14
7. Kecemasan Pada Pasien Stroke	15
B. Tinjauan Umum Tentang Spiritual	15
1. Definisi	15
2. Komponen Spiritual	16
3. Kebutuhan Spiritual	17
4. Kesejahteraan Spiritual (<i>Spiritual Well Being</i>)	17
5. Kesejahteraan Spiritual Dan Sakit	18
6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Spiritual	19
7. Masalah Spiritual	19
8. Manifestasi Perubahan Spiritual	20
9. Peran Perawat Dalam Asuhan Spiritual	22
10. Penilaian Kesehatan Spiritual	22
11. Pendampingan Spiritual Pada Pasien Sroke	23
C. Tinjauan Umum Tentang Stroke	26
1. Definisi Stroke	26
2. Epidemiologi Stroke	26
3. Klasifikasi Stroke	27
4. Etiologi Stroke	28
5. Patofisiologi Stroke	29
6. Tanda Dan Gejala Stroke	30
7. Dampak Stroke	30
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	35
A. Kerangka Konseptual	35
B. Hipotesis Penelitian	36
C. Definisi Operasional	37

BAB IV METODE PENELITIAN	39
A. Jenis Penelitian	39
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	39
C. Populasi Dan Sampel	39
D. Instrumen Penelitian	40
E. Pengumpulan Data	41
F. Pengolahan Dan Penyajian Data	43
G. Analisa Data	43
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	45
A. Hasil Penelitian	45
1. Pengantar	45
2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	45
3. Karakteristik Responden	48
4. Hasil Analisis Variabel Yang Diteliti	50
B. Pembahasan	52
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran	61
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Perilaku Adaptif dan Maladaptif pada Perubahan Spiritual....	21
Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	37
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	48
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	48
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pendidikan Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	49
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	50
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Spiritual <i>Well Being</i> Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	51
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kecemasan Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	51
Tabel 5.7 Analisis Hubungan <i>Spiritual Well Being</i> dengan Kecemasan Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	52

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Rentang kecemasan	8
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	36

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan
Lampiran 2	Surat Permohonan Data Awal
Lampiran 3	Surat Ethical Clearence
Lampiran 4	Surat Izin Penelitian
Lampiran 5	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 6	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 7	Lembar Kuesioner Penelitian
Lampiran 8	Surat Keterangan Selesai Penelitian
Lampiran 9	Master Table
Lampiran 10	Output SPSS

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

\geq	: Lebih Besar
$<$: Lebih Kecil
α	: Derajat Kemaknaan
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
Dr.	: Dokter
Editing	: Pemeriksaan data
Entry data	: Memasukkan data
FACIT-Sp	: <i>Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well Being Scale</i>
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>
Independen	: Variabel bebas
Informed consent	: Lembar persetujuan
ρ	: Nilai kemungkinan/ <i>probability continuity correction</i>
Processing	: Proses data

QOL	: <i>Quality of Life</i>
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
SPSS	: <i>Statistical product and service solutions</i>
SPS	: <i>The spiritual perspective scale</i>
STIK	: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
SWB	: <i>Spiritual Well Being</i>
SWBC	: <i>Spiritual well being Scale</i>
Univariat	: Analisis dilakukan pada masing-masing variabel
WHO	: <i>World Health Organization</i>
Yastroki	: Yayasan Stroke Indonesia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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).

Stroke merupakan penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju maupun negara berkembang. Satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke. Secara global, 15 juta orang terserang stroke setiap tahunnya, satu pertiga meninggal dan sisanya mengalami kecacatan permanen. stroke merupakan penyebab utama kecacatan yang dapat dicegah (*American Heart Association, 2014*).

Penyakit stroke sebenarnya sudah tidak asing lagi bagi sebagian besar masyarakat. Hal ini diakibatkan oleh cukup tingginya insidensi (jumlah kasus baru) kasus stroke yang terjadi di masyarakat. Menurut *World Health Organization* tahun 2010, setiap tahun 15 juta orang di seluruh dunia mengalami stroke. Sekitar lima juta menderita kelumpuhan permanen. Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke. Pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal dikarenakan penyakit stroke ini (Misbach, 2010).

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan

menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun (Yastroki, 2012).

Prevalensi stroke di Indonesia Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, telah mengalami peningkatan dari 8,3% pada 2007 menjadi 12,1% pada tahun 2013, dan Sulawesi Selatan menjadi daerah yang memiliki prevalensi stroke tertinggi berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan gejala (17,9%), Yogyakarta (16,9%), Sulawesi Tengah (16,6%), diikuti Jawa Timur sebesar (16%) sedangkan Sumatera Barat sebesar (12,2%).

Prevalensi stroke di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Wahidin Sudirohusodo pada tahun 2016 berjumlah 728 jiwa, dengan angka kematian 245 jiwa dan pada tahun 2017 bulan januari sampai dengan september menunjukkan insiden stroke yang dirawat sebanyak 385 dengan angka kematian 155 jiwa.

Stroke biasanya dapat menimbulkan kelumpuhan sehingga dapat mempengaruhi kehidupan sehari-harinya. Stroke tidak hanya menyangkut aspek neurologis saja tetapi berdampaknya pada krisis kepercayaan terhadap Tuhan pemberi kekuatan, arti hidup yang dialaminya dan harapan (Utami & Supratman, 2009). Kondisi ini seseorang akan mencari cara untuk menemukan jawaban terhadap kejadian yang sudah terjadi pada dirinya dan memberikan nilai spiritual terhadap hidupnya di balik kondisi yang dialaminya ini (Romadhona, 2012).

Penderita stroke pada serangan pertama biasanya mengalami kehilangan kontrol pada diri sendiri, mengalami gangguan daya pikir, penurunan memori dan penampilan sangat turun sehingga menyebabkan timbul rasa sedih, marah dan tak berdaya terhadap hidupnya (Giaquinto, 2010). Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan

mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi. Selain itu juga, penderita stroke sering mengalami kecemasan dan depresi. (Widarti, 2012).

Menurut pendapat El Noor (2012) mengemukakan dalam hal ini, pendekatan yang dapat dilakukan adalah dengan pendekatan spiritual yang bertujuan dapat meringankan masalah psikologis dan meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasinya secara emosional dan mengurangi kecemasan. Hal ini, kebutuhan spiritual sangat diperlukan dalam mengontrol diri seseorang dalam menghadapi masalahnya. Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pasien dengan *spiritual well being* yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien.

Berbagai penelitian telah dilakukan mengenai kecemasan pada pasien stroke, diantaranya dalam penelitian Ridwan, (2014) mengenai gambaran tingkat kecemasan pada pasien stroke iskemik dan hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 39 responden pasien stroke yang mengalami tingkat kecemasan sedang dengan jumlah 28 responden (71,8 %), tingkat kecemasan berat dengan jumlah 7 responden (17,9 %), kecemasan ringan dengan jumlah 4 responden (10,3%). Menurut penelitian Nuri Yulsifa (2016) mengenai spiritual well being membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara *spiritual well being* (SWB) dengan *quality of life* (QOL) pasien stroke di RSUD Pandan Arang Boyolali dengan sebagian besar responden mempunyai SWB kategori cukup (52,4%) dan sebagian besar responden mempunyai quality of life (QOL) dalam kategori kurang (64,3%).

Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada 3 pasien stroke yang dirawat di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar terdapat dua pasien stroke yang mengalami penurunan dalam menjalankan ibadahnya, alasan untuk menjalani hidup berkurang, dan

sudah tidak memiliki kenyamanan pada imannya, dari ketiga indikator tersebut akan mempengaruhi kualitas hidupnya dengan terjadinya penurunan dalam beraktivitas, timbul rasa cemas, depresi, kesepian, dan menjadikan rendah diri dalam menjalani hidup.

Berdasarkan hasil penelitian dan fenomena yang diamati, mencerminkan bahwa setiap pasien stroke membutuhkan peningkatan *spiritual well being* untuk menenangkan, memotivasi, menguatkan serta membantu mencari makna dan tujuan hidup. Dengan demikian peningkatan *spiritual well being* diharapkan dapat membuat kecemasan pasien berkurang bahkan hilang. Kondisi yang seperti inilah menarik perhatian peneliti untuk melakukan penelitian dengan judul 'hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar'.

B. Rumusan Masalah

Stroke biasanya dapat menimbulkan kelumpuhan sehingga dapat mempengaruhi kualitas kehidupan seseorang. Stroke tidak hanya menyangkut aspek neurologis saja tetapi berdampak pada aspek psikologis. Penderita stroke pada serangan pertama biasanya mengalami kehilangan kontrol pada diri sendiri, mengalami gangguan daya pikir, penurunan memori dan penampilan sangat turun sehingga menyebabkan timbul rasa sedih, marah dan tak berdaya terhadap hidupnya serta adanya kecemasan. Menurut pendapat El Noor (2012) mengemukakan dalam hal ini, pendekatan yang dapat dilakukan adalah dengan pendekatan spiritual yang bertujuan dapat meringankan masalah psikologis dan meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasinya secara emosional dan mengurangi kecemasan.

Berdasarkan hasil observasi, ditemukan bahwa pasien yang menderita penyakit stroke sering mengeluh, gelisah, serta mengalami kecemasan akibat keterbatasan fisik dan mental sehingga pasien sering meminta perawat atau pemuka agama untuk mendoakannya. Hal ini

mencerminkan bahwa kebutuhan spiritual sangat diperlukan dalam mengontrol diri seseorang dalam menghadapi masalahnya.

Dengan demikian, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah ada hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi *spiritual well being* pada pasien stroke
- b. Mengidentifikasi kecemasan pada pasien stroke
- c. Menganalisis hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan bermanfaat:

1. Bagi Pasien dan keluarga

Diharapkan penelitian ini dapat mengurangi bahkan sampai mengatasi kecemasan 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 kecemasan 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 kecemasan 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 Kecemasan

1. Definisi

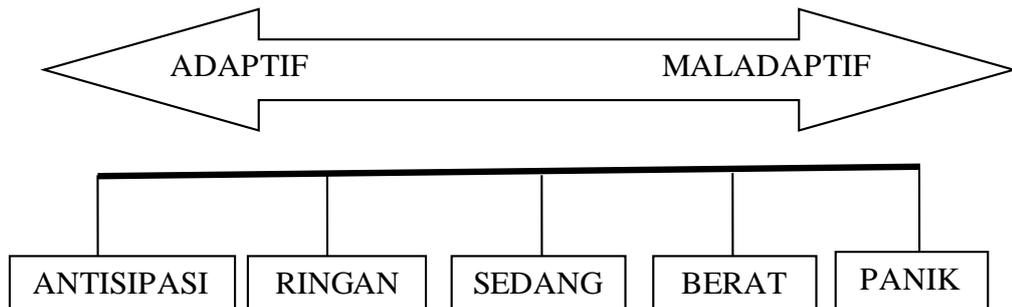
Kecemasan adalah perasaan tidak santai yang samar-samar karena ketidaknyamanan atau rasa takut yang disertai suatu respon (penyebab tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu). Perasaan takut dan tidak menentu sebagai sinyal yang menyadarkan bahwa peringatan tentang bahaya akan datang dan memperkuat individu mengambil tindakan menghadapi ancaman (Nihayat, Yusuf & Fitryasari, 2015).

Ansietas adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi, tidak ada objek yang dapat diidentifikasi sebagai stimulus ansietas (Videbeck, 2008).

Cemas adalah emosi dan merupakan pengalaman subjektif individual yang dikomunikasikan secara interpersonal, mempunyai kekuatan tersendiri dan sulit untuk diobservasikan secara langsung (Nursalam, 2011).

Berdasarkan dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah kondisi emosional yang tidak menyenangkan, yang ditandai oleh perasaan subjektif seperti ketegangan, ketakutan, kekhawatiran dan juga ditandai dengan aktifnya sistem syaraf pusat yang diikuti oleh reaksi fisiologis tertentu seperti perubahan detak jantung, nadi dan pernafasan.

Kecemasan yang dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal berada dalam suatu rentang, yaitu:



Gambar 2.1
Rentang kecemasan (sumber: Stuart Laraia, 2007)

2. Penyebab Kecemasan

Ada 2 faktor utama yang mempengaruhi perkembangan pola dasar yang menunjukkan reaksi rasa cemas:

a. Faktor predisposisi

1) Faktor Pandangan psikoanalitis

Kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian : Id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif, sedangkan superego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Fungsi cemas mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

2) Pandangan interpersonal

Kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan berhubungan dengan perkembangan trauma seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kelemahan fisik. Orang dengan harga diri yang rendah mudah mengalami perkembangan kecemasan berat.

3) Pandangan perilaku

Kecemasan adalah sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ada hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan, konflik menimbulkan kecemasan, dan kecemasan menimbulkan

perasaan tidak berdaya sehingga meningkatkan konflik yang dialami.

4) Kajian keluarga

Kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga karena adanya konflik.

5) Kajian biologis

Bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuoreregulator inhibisi asam gama aminonutirat (GAMA), yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berhubungan dengan kecemasan. Kecemasan mungkin disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan individu untuk mengatasi stressor.

b. Faktor presipitasi

Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktifitas hidup sehari-hari seperti karena trauma fisik dan penyakit. Ada banyak kondisi yang termasuk ke dalam gangguan mental. Beberapa diantaranya adalah:

- 1) Gangguan kecemasan, seperti rasa panik yang berlebihan, obsesif-komplusif, fobia.
- 2) Depresi
- 3) Mood disorder, kondisi di mana suasana hati seseorang sangat mudah untuk berubah-ubah.

Gangguan mental tersebut adalah sebagian gangguan mental yang dipercaya dapat meningkatkan risiko stroke. Hal ini dibuktikan dalam sebuah studi yang berasal dari Columbia University Collage of Physicians and Surgeons. Studi ini melibatkan sekitar 52 ribu pasien yang melakukan kunjungan rutin ke rumah sakit. Kemudian diketahui bahwa sebanyak 3.337 pasien dari total peserta studi tersebut mengalami gangguan kecemasan.

Diakhir penelitian, para ahli menemukan jika pasien gangguan mental mempunyai risiko tiga sampai empat kali lebih tinggi untuk terkena penyalit stroke ketimbang dengan pasien yang tidak mengalami gangguan mental sama sekali.

3. Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan (ansietas) merupakan masing-masing tahap individu memperlihatkan perubahan perilaku, kemampuan kognitif, dan respon emosional ketika berupaya menghadapi ansietas (Videbeck, 2008).

Tingkat kecemasan (ansietas) menurut Stuart dan Sundeen, 2009 terbagi atas beberapa tingkat yaitu:

a. Cemas ringan

Menjelaskan bahwa cemas ringan berhubungan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Hal tersebut menyebabkan seseorang menjadi waspada dan lapangan persepsi meningkat. Manifestasi kliniknya berupa sesekali nafas pendek, berdebar-debar, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung dan muka berkerut serta tangan gemetar. Manifestasi kognitifnya berupa mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah dan menyelesaikan masalah secara efektif, sedangkan manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah tidak dapat duduk tenang, gerakan halus pada tangan, suara kadang meninggi dan menggunakan mekanisme koping yang minimal.

b. Cemas sedang

Menjelaskan pada tingkat ini lahan persepsi terhadap lingkungan menurun. Individu lebih memfokuskan pada hal penting saat itu dan mengesampingkan hal lain. Manifestasi fisiologisnya berupa nafas pendek, berdebar-debar, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, anoreksia, diare/konstipasi, gelisah dan muka

berkerut, serta tangan gemetar. Manifestasi kognitif yang muncul adalah lapangan persepsi menyempit, rangsangan luar tidak mampu diterima dan berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya, sedangkan manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah gerakan yang serentak, bicara mudah lelah, susah tidur, perasaan tidak aman, dan mudah tersinggung.

c. Cemas berat

Menjelaskan bahwa pada cemas berat lahan persepsi menjadi sangat sempit. Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain. Individu tidak mampu berfikir berat lagi dan membutuhkan banyak perhatian/tuntutan. Manifestasi fisiologis yang muncul nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur, tegang, rasa tertekan, nyeri dada, tidak mampu menyelesaikan masalah, perlu pengarahan yang berulang, tidak mampu membuat keputusan dan butuh bantuan. Manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah konsep diri tercemar, disorientasi, bingung, kemungkinan halusinasi.

d. Panik

Pada tahap ini lapangan persepsi sudah terganggu dan individu sudah tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak melakukan apa-apa walaupun sudah diberikan pengarahan dan tuntunan. Manifestasi fisiologis yang muncul berupa napas pendek, rasa tercekek, papitasi dan sakit kepala, pucat, hipertensi dan kordinasi motorik rendah. Manifestasi kognitif berupa lapangan pandang persepsi menyempit dan berfikir logis, sedangkan manifestasi perilaku dan emosi yang muncul adalah mengamuk, marah, ketakutan, berteriak dan kehilangan kendali.

4. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan

Stuart dan Sundeen (2007) mengungkapkan bahwa ada faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan, yaitu:

a. Usia

Usia mempengaruhi psikolog seseorang, semakin baik usia semakin baik tingkat kecemasan seseorang serta kemampuan dalam menghadapi berbagai persoalan.

b. Pendidikan

Tingkat pendidikan rendah pada seseorang akan menyebabkan orang tersebut mudah mengalami kecemasan tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menyelesaikan masalah yang baru.

c. Keadaan fisik

Individu yang mengalami gangguan fisik seperti cedera, penyakit badan, operasi, cacat badan lebih mudah mengalami stress. Disamping itu orang yang mengalami kelelahan fisik yang akan lebih mudah mengalami stress.

d. Respon koping

Mekanisme koping digunakan seseorang saat mengalami kecemasan. Ketidakmampuan mengatasi kecemasan cara konstruktif sebagai penyebab terjadinya perilaku patologis.

e. Dukungan sosial

Dukungan sosial dan lingkungan sebagai sumber koping, dimana kehadiran orang lain dapat membantu seseorang mengurangi kecemasan dan lingkungan mempengaruhi area berfikir seseorang.

f. Tahap perkembangan

Pada tingkat perkembangan tertentu terdapat jumlah dan intensitas stresor yang berbeda sehingga resiko terjadinya stress

pada tiap perkembangan berbeda atau pada tingkat perkembangan individu membentuk kemampuan adaptasi yang semakin baik terhadap stresor.

g. Nilai budaya

Budaya mempengaruhi cara pemikiran seseorang. Reliusitas yang tinggi menjadikan seseorang berpandangan positif atas masalah yang dihadapi.

5. Respon Terhadap Kecemasan

Respon terhadap kecemasan meliputi respon fisiologis, perilaku, kognitif dan afektif (Stuart, 2007):

a. Respon Fisiologis

Respon kecemasan terhadap kardiovaskuler seperti palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa ingin pingsan, tekanan darah menurun. Respon kecemasan terhadap sistem pernapasan seperti nafas cepat, sesak nafas, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembekakan pada tenggorokan dan sensasi tercekik. Respon kecemasan terhadap sistem neuromuscular adalah refleks meningkat, reaksi terkejut, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, gelisah, mondar-mandir, wajah tegang, kelemahan umum, tungkai lemah. Respon kecemasan terhadap sistem gastrointestinal seperti kehilangan nafsu makan, menolak makanan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, diare. Respon kecemasan terhadap sistem perkemihan seperti tidak dapat menahan kencing, sering berkemih. Respon kecemasan terhadap kulit seperti wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon Perilaku

Respon kecemasan terhadap perilaku seperti gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindar, hiperventilasi, sangat waspada.

c. Respon Kognitif

Respon kecemasan pada afektif seperti perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam pemberian penilaian, hambatan berfikir, lapang persepsi menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas balik, mimpi buruk.

d. Respon afektif

Respon kecemasan pada afektif seperti mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah dan malu.

6. Pengukuran Kecemasan

Skala pengukuran kecemasan dengan ZSAS (Zung Self Ranting Anxiety Scale) adalah salah satu bentuk pengukuran kecemasan yang bisa digunakan sebagai alternatif pilihan dalam pemilihan daftar pertanyaan untuk mengukur tingkat kecemasan. Teknik pengukuran kecemasan ini dibuat oleh William W. K. Zung salah seorang psikologis dari universitas duke. Kuesioner ini berisi 20 item pertanyaan dengan menggunakan penilaian sangat jarang (nilai 1), kadang-kadang (nilai 2), sering (nilai 3), dan selalu (nilai 4). Selanjutnya data yang diperoleh dikategorikan menjadi: 20-44 (normal), 45-59 (ringan), 60-74 (sedang), 75-80 (berat). ZSAS ini mampu membedakan dengan jelas penderita yang memiliki kecemasan dengan diagnosa lain yang memiliki gejala hampir mirip dengan kecemasan. Menurut William W.K. Zung instrumen ini telah

diuji cobakan pada 137 orang cacat intelektual dan 96 pengasuhnya. Didapatkan realibilitas koefisien 0,8 dan validitas signifikansi sebesar 21-60. (Siti, 2013)

7. Kecemasan Pada Pasien Stroke

Cemas disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan fisik untuk mengatasi stressor yang akan mengakibatkan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas hidup. Gangguan aktivitas itu salah satunya terjadi pada klien stroke, karena pada pasien stroke terjadi penurunan fungsi tubuh yang menyebabkan gangguan aktivitas. Gangguan aktivitas klien stroke merupakan hal yang sangat penting dengan maksud untuk pemulihan atau pencegahan penurunan fungsi yang berkelanjutan (Permana, 2009).

Mengingat keadaan tersebut tentunya sangat perlu diperhatikan bahwa gangguan aktivitas/ mobilitas yang dialami penderita stroke dalam waktu lama dapat mengakibatkan dampak psikologis terutama bisa meningkatkan kecemasan. Kondisi kecemasan tentunya bisa dipahami karena keterbatasan kemampuan yang dimiliki penderita menjadi terganggu dan tidak sedikit akibat menderita sakit yang terlalu lama klien akan mengalami kecemasan bahkan sampai depresi sebagai respon terhadap kebutuhan dasar yang terganggu. Kecemasan yang terus meningkat dapat menyebabkan prognosis yang buruk terhadap penyakit yang diderita, sehingga pengontrolan kecemasan perlu dilakukan (Semium, 2006).

B. Tinjauan Umum Tentang Spiritual

1. Definisi

Spiritual berasal dari kata spirit, artinya keberani, semangat, energy, atau ekad, 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. Berarti segala sesuatu yang menjadi pusat semua aspek dari kehidupan seseorang (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 pengekspresian diri.

Spiritual adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Maha Kuasa dan Maha Pencipta. Spiritual meliputi aspek (Koenig et al, 2007):

- 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.

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. Komponen Spiritual

Vincensi (2011), membagi komponen spiritual menjadi hubungan intrapersonal, hubungan interpersonal, hubungan transpersonal, transenden, makna dan tujuan hidup, kedamaian, kekuatan dan harapan.

Potter & Perry, (2009) mengungkapkan, spiritual memiliki delapan batas konsep yang saling tumpang tindih, yaitu energy, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai-nilai, kekuatan batin, harmonis dan kedamaian nurani.

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. Hal tersebut tercakup dalam kebutuhan spiritual yang diutamakan Kemp (2009) yaitu : makna, harapan, keterkaitan, pengampunan, transedensi.

4. Kesejahteraan Spiritual (*Spiritual Well-being*)

Kesejahteraan spiritual digambarkan memiliki dua dimensi. Dimensi vertical mendukung hubungan antara individu dan Tuhan atau beberapa kekuasaan tertinggi lainnya. Dimensi horizontal menggambarkan hubungan positif yang menghubungkan individu dengan orang lain. Kesejahteraan spiritual akan menciptakan kesehatan spiritual, sebab individu akan merasa terhubung dengan orang lain dan dapat menemukan arti atau tujuan dalam kehidupan, merasakan kegembiraan, dapat memaafkan diri sendiri dan orang lain, menerima penderitaan dan kematian, melaporkan adanya peningkatan kualitas hidup, serta memiliki pengalaman yang positif tentang kesejahteraan fisik dan emosional (Potter & Perry, 2009). Ditegaskan pula 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, 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 (Fisher, 2009).

5. 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).

Pada suatu penelitian, peneliti menemukan bahwa individu dewasa yang menganut agama dan aliran spiritual serta berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan dilaporkan memiliki kesehatan fisik yang lebih baik, dan depresi lebih sedikit, dan dukungan social yang lebih baik (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.

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Spiritual

- a. Tahap perkembangan
- b. Keluarga
- c. Latar belakang dan budaya
- d. Krisis dan perubahan
- e. Terpisah dari ikatan spiritual
- f. Pengalaman hidup sebelumnya
- g. Isu dan moral terkait terapi
- h. Asuhan keperawatan yang kurang tepat

7. 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 & Perry, 2009).

8. 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 2.1
Perilaku Adaptif dan Maladaptif pada Perubahan Spiritual

Kebutuhan	Perilaku Adaptif	Perilaku Maladaptif
Rasa percaya	Rasa percaya terhadap diri sendiri dan kehidupan walaupun terasa berat. Ketebukaan 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. Memaafkan diri sendiri, menerima diri sendiri, menerima pengampunan Tuhan.	Merasakan penyakit sebagai hukuman. Merasakan penyakit sebagai penghukum. 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	Ketergantungan pada anugrah 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 realistis. 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	Mengekspresikan	Mengekspresikan tidak

tujuan	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.	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. Penyalahgunaan obat.
Bersyukur	Merasakan anugerah yang dilimpahkan Tuhan. Merasa bersyukur.	Mencemaskan masa lalu dan yang akan datang. Terpusat pada penyesalan.

9. 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.

10. 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*)

11. 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, olah raga 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.

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. Hal ini diperlukan untuk mengasah kemampuan bersosialisasi dan berinteraksi dengan masyarakat di sekitarnya, terutama keluarga. 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.

C. Tinjauan Umum Tentang Stroke

1. Definisi Stroke

Dalam bahasa medis, stroke disebut CVA (celebro vascular eccident), yaitu gangguan saraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Syndrome klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara fokal atau global (Lingga,2013).

Stroke didefinisikan sebagai suatu keadaan yang timbul karena terjadinya gangguan peredaran darah diotak. Hal tersebut menyebabkan terjadinya kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan seseorang menderita kelumpuhan atau kematian (Batticaca, 2008).

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 deficit neurologis dan bukan sebagai akibat tumor, trauma ataupun infeksi susunan saraf pusat.

2. Epidemiologi Stroke

Menurut taksiran WHO Stroke menempati posisi ketiga sebagai penyakit jantung dan kanker. Insiden tahunan stroke adalah 2 per 1000 populasi. Sejak lebih dari 3 dekade terakhir ini telah banyak

yang dilakukan dalam menelaah karakteristik epidemiologi dari stroke. Di Amerika dan negara berkembang seperti Indonesia, CVD atau stroke berperan sebagai penyebab utama dari disabilitas kronis dan penyebab kematian. Prevelensi di Amerika pada tahun 2005 adalah 2,6%. Prevelensi meningkat sesuai kelompok usia yaitu 0,8% pada kelompok usia 18-44 tahun, 2,7% pada kelompok usia 45-64 tahun, dan 8,1% pada kelompok usia 65 tahun atau lebih sama yaitu 2,7% dan wanita 2,5%.

3. Klasifikasi Stroke

a. Stroke Iskemik (infrak atau kematian jaringan). Serangan sering terjadi pada usia 50 tahun atau lebih dan terjadi pada malam hingga pagi hari.

- 1) Trombosis pada pembuluh darah otak (*Trombosis of cerebral vessels*).
- 2) Emboli pada pembuluh darah otak (*embolisme of cerebral vassels*)

b. Stroke Hemoragik (pendarahan). Serangan sering terjadi pada usia 20-60 tahun dan biasanya timbul setelah beraktivitas fisik atau karena psikologis (mental) (Batticaca,2008).

Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% sampai 20% dari semua stroke, dapat terjadi apabila lesi vascular intraserubrum mengalami rupture sehingga terjadi pendarahan ke dalam ruang subaraknoid atau langsung ke dalam jaringan otak (Price & Wilson, 2012)

- 1) Perdarahan intraserebral (parenchymatous hemorrhage)

Gejalanya:

- a) Tidak jelas, kecuali nyeri kepala hebat karena hipertensi.
- b) Serangan terjadi pada siang hari, saat beraktivitas, dan emosi atau marah.
- c) Mual atau muntah pada permulaan serangan.

- d) Hemiparesis atau hemiplegia terjadi sejak awal serangan.
 - e) Kesadaran menurun dengan cepat dan menjadi koma (65% terjadi kurang dari $\frac{1}{2}$ jam-2 jam; <2% terjadi setelah 2 jam – 19 hari).
- 2) Perdarahan subarachnoid (subarachnoid hemorrhage)
Gejalanya:
- a) Nyeri kepala hebat dan mendadak
 - b) Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi
 - c) Ada gejala atau tanda meninggal
 - d) Papilledema terjadi apabila terjadi pendarahan subarachnoid karena pecahnya aneurisma pada arteri anterior atau arteri karotis interna (Batticaca,2008).

4. Etiologi Stroke

- a. Kurangnya suplai oksigen yang menuju otak
 - b. Pecahnya pembuluh darah di otak karena kerapuhan pembuluh darah otak
 - c. Adanya sumbatan bekuan darah di otak (Batticaca,2008)
- Ada pun faktor-faktor lainnya yang dapat menyebabkan stroke
- a. Yang tidak dapat diubah (predisposisi) (Batticaca,2008).
 - 1) Usia
 - 2) Jenis kelamin
 - 3) Ras/bangsa
 - 4) Riwayat keluarga
 - b. Yang dapat diubah (prespitasi) (Muttaqin,2008).
 - 1) Hipertensi merupakan faktor resiko utama, pengendalian hipertensi adalah kunci untuk mencegah stroke.
 - 2) Penyakit kardiovaskuler : arteria koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif).
 - 3) Kolestrol tinggi.
 - 4) Obesitas.

- 5) Peningkatan hematocrit (resiko infrak serebral).
- 6) Diabetes Militus (berkaitan dengan disertai hipertensi, merokok, dan kadar estrogen tinggi).
- 7) Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai aterogenesis terakselerasi).
- 8) Konsumsi alcohol yang berlebihan.
- 9) Merokok.
- 10) Stress psikologis.

5. Patofisiologi Stroke

Menurut Price & Wilson (2012) gangguan pasokan darah otak dapat terjadi di mana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk *sirkulasi Willis*. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 menit – 20 menit, maka akan terjadi infrak atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan infrak di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah karena terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut. Proses patologik yang mendasarinya merupakan salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Keadaan patologik dapat berupa :

- a. Keadaan penyakit patah pembuluh darah itu sendiri, seperti pada aterosklerosis dan thrombosis, robeknya dinding pembuluh darah atau peradangan.
- b. Berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositasi darah.
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstraniam.
- d. Ruptur vaskuler di dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

6. Tanda dan Gejala Stroke

Menurut Smektzer & Bare (2013), stroke dapat menyebabkan berbagai deficit neurologic yang bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Berikut deficit neurologic dan manifestasi klinik yang dapat timbul pada pasien stroke :

a. Defisit Lapang Pandang

Manifestasi yang dapat timbul adalah himionimus hemianopsa, kehilangan penglihatan perifer, dan diplopia.

b. Defisit Motorik

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah hemiparesis, ataksia, disartia, dan disfagia.

c. Defisit Sensori

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah paratesia.

d. Defisit Verbal

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah afasia ekspresif dan afasia reseptif.

e. Defisit Kongnitif

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah kehilangan memori, penurunan lapang pandang, kerusakan kemampuan berkonsentrasi, dan perubahan penilaian.

f. Defisit Emosional

Manifestasi klinik yang dapat timbul adalah kehilangan control diri, labilitasi emosional, penurunan toleransi pada stress, depresi, menarik diri, rasa takut dan marah, serta perasaan isolasi.

7. Dampak Stroke

Menurut *Stroke Association*, terdapat beberapa dampak yang timbul pada pasien paska stroke, yaitu :

a. Masalah kognitif

Terdapat beberapa masalah kognitif terjadi pada penderita paska stroke. Beberapa masalah tersebut adalah :

- 1) Memori

Setelah stroke masalah yang paling umum muncul adalah mengenai memori jangka pendek. Dimana mengingat informasi baru bisa sangat sulit bagi penderita, dan kecepatan menggunakan memori mereka mungkin tampak lebih lambat dari biasanya.

- 2) Perhatian

Setelah stroke, akan mengalami kesulitan dalam memilih apa yang membutuhkan perhatian dan apa yang tidak, dan bisa menjadi mudah terganggu. Pasien paska stroke akan merasa sulit untuk fokus pada pekerjaan dilakukan.

- 3) Persepsi

Setelah stroke, masalah bisa muncul pada berbagai tahap persepsi misalnya dari mengambil informasi hingga menafsirkan informasi atau mengakses memori tentang informasi tersebut.

- b. Masalah komunikasi

Kondisi utama dimana stroke dapat mempengaruhi komunikasi adalah sebagai berikut :

- 1) *Afasia* dapat mempengaruhi bagaimana berbicara, kemampuan untuk memahami apa yang dikatakan, dan membaca atau menulis.
- 2) *Disartria* terjadi ketika stroke menyebabkan kelemahan otot-otot yang digunakan untuk berbicara. Jika terjadi disartria, suara akan terdengar berbeda dan akan kesulitan dalam berbicara dengan jelas.
- 3) *Dyspraxia* pidato yang terjadi ketika tidak bisa menggerakkan otot-otot dalam urutan yang benar dan urutan untuk membuat suara yang diperlukan untuk pidato yang jelas. Hal ini membuat pasien paska stroke tidak dapat mengucapkan kata-kata dengan jelas.

c. Depresi

Depresi dapat terjadi kapan saja setelah stroke. Gejala yang paling umum dari depresi adalah :

- 1) Perasaan sedih
- 2) Kehilangan minat dalam kegiatan sehari-hari dan tidak bisa menikmati hal-hal yang dilakukan
- 3) Kesulitan untuk berkonsentrasi atau membuat keputusan
- 4) Merasa cemas
- 5) Perubahan pola tidur karena tidak mampu tidur atau tidur terlalu banyak
- 6) Perubahan nafsu makan
- 7) Keinginan bunuh diri
- 8) Sakit fisik
- 9) Merugikan diri sendiri
- 10) Hilangnya dorongan seksual atau kesulitan dalam seksual
- 11) Menghindari orang
- 12) Kehilangan harga diri atau kepercayaan diri

d. Masalah emosional

Masalah emosional yang dapat terjadi setelah stroke adalah sebagai berikut :

- 1) Kegelisahan
- 2) Emosionalisme
- 3) Perubahan kepribadian
- 4) Kemarahan

e. Kelelahan

Pada pasien paska stroke akan merasa seperti tidak memiliki energy atau kekuatan. Kelelahan pada pasien paska stroke tidak selalu akan meningkat dengan istirahat dan tidak selalu berhubungan dengan aktivitas yang dilakukan. Pada pasien paska stroke kelelahan dapat berkisar dari yang relatife ringan sampai

parah dan intensitas kelelahan tampaknya tidak terkait dengan tingkat keparahan atau jenis stroke yang pernah dialami.

f. Masalah fisik

Efek yang paling umum dari stroke yang fisik seperti kelemahan, mati rasa dan kekakuan.

- 1) Kelemahan dan kelumpuhan
- 2) Spastisitas
- 3) Masalah dengan berjalan kaki
- 4) Perubahan sensasi

g. Masalah penglihatan

Masalah penglihatan yang sering terjadi setelah mengalami stroke, adalah sebagai berikut :

- 1) Kehilangan penglihatan sentral
- 2) Hilangnya lapang pandang
- 3) Masalah gerakan mata
- 4) Masalah proses visual

h. Masalah lain

Masalah umum lain setelah stroke meliputi :

1) Nyeri

Stroke dapat menyebabkan kelenturan dan kondisi menyakitkan, diantaranya :

- a) Spastisitas dengan tanda dan gejala adanya kekakuan pada otot-otot tertentu.
- b) Masalah bahu yang cukup umum terjadi setelah stroke mengakibatkan kekakuan berkepanjangan, kehilangan gerakan dan nyeri sering parah.
- c) *Central Pain Paska Stroke* (CPSP) merupakan nyeri yang dapat digambarkan sebagai dingin terbakar, berdenyut, atau menembak sakit di bagian tubuh yang terkena stroke

- d) Kadang-kadang setelah stroke tangan dapat membengkak dan menjadi menyakitkan. Hal ini biasanya terjadi ketika tangan tidak sedang bergerak.
- 1) Masalah keseimbangan
Masalah dengan keseimbangan yang umum setelah stroke adalah merasa pusing atau goyah yang dapat menyebabkan penurunan atau hilangnya kepercayaan saat berjalan dan bergerak di sekitar.
 - 2) Masalah kandung kemih dan usus
Sekitar setengah dari semua pasien yang dirawat di rumah sakit dengan stroke akan kehilangan control kandung kemih dan akan mengalami kehilangan control buang air besar saat berada dirumah.

BAB III

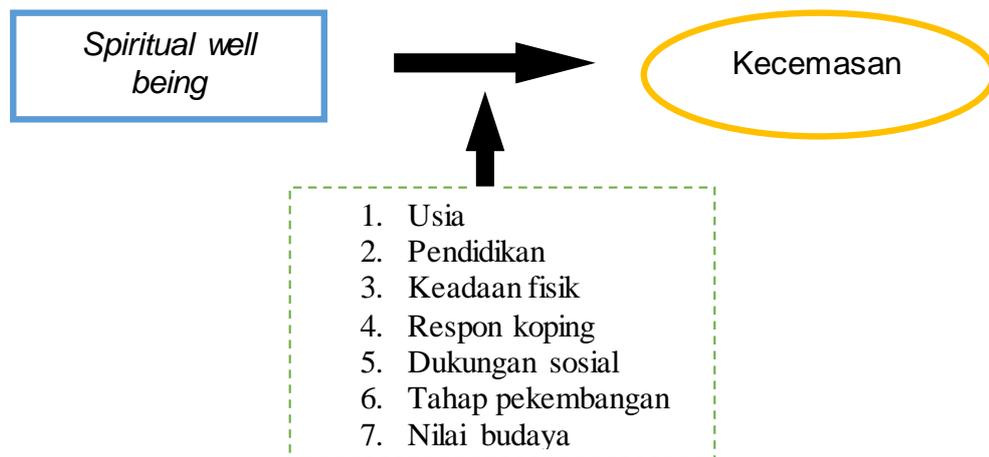
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Perubahan yang terjadi dalam hidup seseorang yang terkena stroke akan mengganggu fungsi peran penderita dan berdampak pada psikologis penderita. Misalnya, gangguan pada daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya memengaruhi kondisi psikologis penderita. Pada umumnya pasien stroke tidak mampu mandiri lagi, sebagian besar mengalami kesulitan mengendalikan emosi. Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental yang mereka alami. Keadaan tersebut berupa emosi yang kurang menyenangkan yang dialami oleh pasien stroke karena merasa khawatir berlebihan tentang kemungkinan hal buruk yang akan terjadi. Inilah seringkali menurunkan semangat hidupnya sehingga muncul dampak emosional berupa kecemasan yang lebih berbahaya.

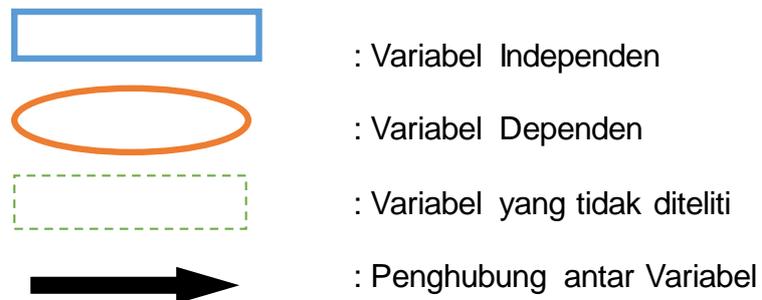
Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pasien yaitu spiritual well being yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien. Hal ini, kebutuhan spiritual sangat diperlukan dalam mengontrol diri seseorang dalam menghadapi masalahnya. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi usia, pendidikan, keadaan fisik, respon koping, dukungan sosial, tahap perkembangan dan nilai budaya.

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel bebas (variabel independen) adalah *spiritual well being* dan variabel terikat (variabel dependen) adalah kecemasan. Berdasarkan uraian di atas, maka kerangka konsep dalam penelitian “hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pada pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar” dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:



B. Hipotesis Penelitian

Mengacu pada tinjauan pustaka dan kerangka pemikiran yang telah dikemukakan, maka diajukan hipotesis penelitian sebagai berikut : Ada hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pada pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

C. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional

1. Variabel Independen : *Spiritual well being*

Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Sebuah penegasan hidup dalam menjalin hubungan khusus dengan Tuhan, diri sendiri, masyarakat dan lingkungan dengan cara memelihara keyakinan, keutuhan untuk bersama dalam kedamaian.	<p><i>Spiritual well being</i> dibagi kedalam tiga aspek:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Affiliatoin</i> (afiliasi): hubungan dengan Tuhan 2. <i>Alienation</i> (pengasingan): kebermaknaan 3. <i>Satisfaction with life</i> (kepuasan hidup): berhubungan dengan masa depan 	Kuesioner 20 pertanyaan <i>spiritual well being scale</i>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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

2. Variabel Dependen : kecemasan

Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Ukur	Skor
Suatu perasaan khawatir atau rasa takut pada pada situasi tertentu yang dapat menyebabkan kegelisahan terhadap sesuatu yang buruk akan terjadi.	Respon fisiologis dan psikologis	Kuesioner Zung Self-Ranting Anxiety Scale	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kecemasan ringan bila total skor 15-30 ➤ Kecemasan sedang bila total skor 31-45 ➤ Kecemasan berat bila total skor 46-60

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 kecemasan pada pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Alasan pemilihan lokasi ini karena mudah dijangkau. Selain itu, dengan pertimbangan bahwa populasi pasien stroke mencukupi dalam pengumpulan data.

2. Waktu penelitian

Waktu penelitian telah dilaksanakan pada bulan februari sampai dengan bulan maret 2018 di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo, jumlah seluruh pasien stroke pada tahun 2016 berjumlah 728 (487 kasus dengan stroke iskemik dan 241 kasus dengan pasien stroke

hemoragik). Dengan demikian rata-rata jumlah pasien perbulan kurang lebih sebanyak 60 pasien.

2. Sampel

Pada penelitian ini, penelitian menggunakan tehnik *Non-probability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel yang dilakukan dengan memilih semua individu yang ditemui dalam populasi dan memenuhi kriteria pemilihan sampel dalam kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

- a. Pasien stroke dengan kesadaran compos mentis
- b. Pasien stroke tidak mengalami gangguan kognitif

2. Kriteria eksklusi

- a. Pasien yang menolak menjadi responden
- b. 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 beberapa pertanyaan untuk mengidentifikasi :

1. Kuesioner *spiritual well being*

Peneliti menggunakan kuesioner yang baku ($r = .89, p < .0001$) untuk mengukur *spiritual well being* yaitu *spiritual well being scale* yang terdiri dari 20 pertanyaan. SWBS dibagi kedalam tiga aspek yaitu *affiliation*, *alienation*, *satisfaction with life*. *Affiliation* (hubungan dengan Tuhan) terdiri dari depalan 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) = 4, Setuju (S) = 3, Tidak Setuju (TS) = 2, Sangat Tidak Setuju (STS) = 1. 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.

2. Kuesioner kecemasan

Peneliti menggunakan kuesioner yang baku untuk mengukur kecemasan, yaitu kuesioner Zung Self-Rating Anxiety Scale (ZSAS) Kuesioner ini berisi 15 item pertanyaan dengan menggunakan penilaian pernah merasakan (nilai 1), kadang-kadang (nilai 2), sering (nilai 3), dan selalu (nilai 4). Masing-masing nilai dari 15 pertanyaan tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat dikategorikan yaitu: kecemasan ringan bila total skor 15-30, kecemasan sedang bila total skor 31-45, dan kecemasan berat bila total skor 46-60.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, dipandang perlu adanya rekomendasi dari institusi kampus Stik Stella Maris Makassar dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian yakni RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Setelah mendapatkan persetujuan dari pihak rumah sakit maka penelitian akan dimulai dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan etika penelitian meliputi :

1. *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 subject penelitian maka responden harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia menjadi subject penelitian maka peneliti harus menghormati hak dari responden tersebut.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menghormati privasi dan kerahasiaan subjek peneliti, peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui tentang orang lain maka peneliti tidak akan mencantumkan nama dan alamat responden, tetapi lembaran tersebut dengan kode tertentu.

3. *Confidentiality* (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 kecemasan 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 RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Setelah data dikumpulkan, data tersebut kemudian diolah dengan prosedur pengolahan data sebagai berikut :

1. *Editing*

Merupakan upaya untuk memeriksa kembali data yang diperoleh atau dikumpulkan. Data yang diteliti diantaranya kelengkapan ketentuan identitas responden dan kelengkapan lembar kuesioner, apakah setiap pernyataan sudah dijawab dengan benar sehingga apabila terdapat ketidaksesuaian dapat dilengkapi dengan segera oleh peneliti.

2. *Coding*

Dilakukan dengan memberikan kode atau simbol tertentu untuk setiap jawaban kuesioner. Koding bertujuan untuk memudahkan pengolahan data.

3. *Processing*

Proses data dengan cara memasukan data dari kuesioner ke komputer dengan menggunakan program statistik agar dapat dianalisis.

4. *Cleaning*

Pengecekan kembali data yang sudah dimasukan ke dalam komputer untuk melihat apakah ada kesalahan atau tidak.

5. *Tabulating*

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

G. Analisa Data

Data yang terkumpul akan dianalisis secara analitik dan diinterpretasi dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan

menggunakan metode komputer program SPSS (*statistical package and social sciences*) versi 24 *windows*. Analisis yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

1. Analisis Univariat

Analisis ini digunakan terhadap masing-masing variabel yang diteliti yaitu variabel *spiritual well being* (variabel independen) dan kecemasan (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 kecemasan pada pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar) dengan uji statistik non-parametrik yaitu uji chi-square dengan skala kategorik dengan tingkat pemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$) dengan interpretasi :

- a. Apabila $p < \alpha$ maka H_a diterima dan H_o ditolak artinya ada hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan.
- b. Apabila $p \geq \alpha$ maka H_a ditolak dan H_o diterima artinya tidak ada hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilaksanakan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tanggal 08 Februari sampai dengan 17 Maret 2018. Teknik pengambilan sampel yang yaitu *nonprobability sampling* dengan pendekatan *consecutive sampling* dengan jumlah sampel 40 orang.

Penelitian ini dilakukan dengan cara pengambilan data primer secara langsung melalui pengisian lembaran pertanyaan dari kuisisioner yang dibagikan kepada responden yaitu pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Sedangkan untuk mengetahui signifikan hubungan antara variabel dilakukan uji statistik *chi-square* dengan menggunakan komputer melalui program SPSS *for Windows* versi 20. Adapun ketentuan terhadap penerimaan dan penolakan apabila $p < \alpha$ maka H_a diterima dan H_0 ditolak, sedangkan $p \geq \alpha$ maka H_0 diterima dan H_a ditolak. Kemudian selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha=0,05$).

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar merupakan rumah sakit yang terletak di Jalan Perintis Kemerdekaan km.10 Kelurahan Tamalanrea Jaya Kecamatan Tamalanrea, kota Makassar dengan batasan sebagai berikut:

- a. Sebelah utara berbatasan dengan jalan perintis kemerdekaan.
- b. Sebelah timur berbatasan dengan kompleks kavaleri kodam VII wirabuana.

c. Sebelah barat dan selatan berbatasan dengan kampus Unhas dengan luas area 8 hektar, yang mana cikal bakal tanah ini adalah tanah hibah dari Unhas.

RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo pada awalnya adalah RSJ Ujung pandang yang berganti nama Rumah Sakit Dadi yang didirikan pada tahun 1947 atas prakarsa Prof. SJ.Warrow dengan fasilitas awal sebuah bangsal bedah dan sebuah bangsal penyakit dalam dengan kepemimpinan rangkap.

Pada tahun 1957 Rumah Sakit Dadi yang berlokasi di jalan Lano Dg. Pasewang No.43 Makassar sebagai Rumah Sakit Pemda Tingka 1 Sulawesi Selatan dan pada tahun 1993 mejadi Rumah Sakit dengan klasifikasi B. Pengembangan Rumah Sakit Umum dipindahkan ke Jalan Perintis Kemerdekaan km.11 Makassar, berdekatan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Pada tahun 1994 Rumah Sakit Umum Dadi berubah menjadi Rumah Sakit Vertikal milik departemen kesehatan dengan nama Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar berdasarkan surat keputusan menteri kesehatan R.I. No.540/SK/VI/1994 sebagai Rumah Sakit Kelas A dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan serta sebagai Rumah Sakit Rujukan Tertinggi di Kawasan Timur Indonesia.

Pada tanggal 10 Desember 1995 Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Wahidin Sudirohusodo ditetapkan menjadi RS Unit Swadana dan pada tahun 1998 dikeluarkan Undang-Undang. No.30 tahun 1997 berubah menjadi Unit pengguna pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP).

Dengan terbitnya peraturan pemerintah R.I. No.125 tahun 2000, RSUP.Dr. Wahidin Sudirohusodo beralih status kelembagaan menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan), yang berlangsung selama lima tahun dan berakhir pada tahun 2005.

Kemudian berdasarkan peraturan pemerintah No. 23 tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum (BLU), Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1243/MenKes/SK/VII/2005 tanggal 11 Agustus 2005 tentang penetapan 13 Eks Rumah Sakit PERJAN menjadi UPT DEPKES dengan penerapan pola PPK-BLU, dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1677/MenKes/Per/XII/2005 tentang Organisasi dan tata kerja RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, maka sejak januari tahun 2006 kelembagaan RSWS berubah menjadi unit pelaksana Teknis Depkes dengan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum.

Adapun visi misi RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi *Academic Health Center* Terkemuka di Indonesia Timur 2019.

b. Misi

- 1) Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan yang berkualitas dan komprehensif.
- 2) Menumbuhkembangkan sistem manajemen organisasi yang efektif.
- 3) Mengampu rumah sakit jejaringan di wilayah Indonesia Timur.

3. Karakteristik Responden

a. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Berdasarkan Umur Pasien Stroke
Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Bulan Februari-Maret 2018

Kelompok Umur (tahun)	Frekuensi (<i>f</i>)	Presentase (%)
17-25 (Remaja Akhir)	1	2.5%
26-35 (Dewasa Awal)	2	5%
36-45 (Dewasa Akhir)	2	5%
46-55 (Lansia Awal)	8	20%
56-65 (Lansia Akhir)	12	30%
>65 (Lansia Manula)	15	37.5%
Total	40	100%

: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.1 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 40 responden pasien stroke diperoleh distribusi data umur responden tertinggi berada pada kisaran umur >65 tahun dengan frekuensi 15 (37,5%) responden dan data umur terendah berada pada kisaran umur 17-25 tahun dengan frekuensi 1 (2.5%) responden.

b. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Stroke
Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Bulan Februari-Maret 2018

Jenis Kelamin	Frekuensi (<i>f</i>)	Presentase (%)
Laki-laki	20	50%
Perempuan	20	50%
Total	40	100%

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.2 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 40 responden pasien stroke diperoleh distribusi frekuensi yaitu data responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 20 (50%) responden dan jumlah responden yang berjenis kelamin perempuan yaitu berjumlah 20 (50%) responden.

c. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi berdasarkan Pendidikan Pasien Stroke
Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Bulan Februari-Maret 2018

Pendidikan	Frekuensi (<i>f</i>)	Presentase (%)
SD	11	27,5%
SMP	1	2,5%
SMA	14	35%
S1	11	27,5%
S2	2	5%
S3	1	2,5%
Total	40	100%

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 40 responden pasien stroke diperoleh distribusi berdasarkan tingkat pendidikan responden tertinggi yaitu 14 dengan presentase 35% adalah tingkat SMA sedangkan tingkat pendidikan terendah yaitu SMP dan S3 yaitu 1 responden dengan presentase 2,5%.

d. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pekerjaan

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi berdasarkan Pekerjaan Pasien Stroke
Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Bulan Februari-Maret 2018

Pekerjaan	Frekuensi (<i>f</i>)	Presentase (%)
Pelajar	1	2,5%
IRT	15	37%
Petani	4	10%
Pensiunan	5	12,5%
Swasta	7	17,5%

Wiraswasta	2	5%
PNS	6	15%
Total	40	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.4 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 40 responden pasien stroke diperoleh distribusi berdasarkan pekerjaan responden tertinggi yaitu ibu rumah tangga sebanyak 15 (30%) responden, dan terendah yaitu kelompok pelajar yaitu 1 (2,5%) responden.

4. Hasil Analisa Variabel Yang Diteliti

a. Analisa Univariat

1) *Spiritual Well Being* Pasien Stroke

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi *Spiritual Well Being* Pasien Stroke
Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Bulan Februari-Maret 2018

<i>Spiritual Well Being</i>	Frekuensi (f)	Presentase (%)
Rendah	5	12,5%
Sedang	6	15%
Tinggi	29	72,5%
Total	40	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.5 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 40 responden pasien stroke yang memiliki *spiritual well being* tertinggi yaitu pada kategori tinggi sebanyak 29 (72,5%) responden dan yang memiliki *spiritual well being* terendah yaitu pada kategori rendah sebanyak 5 (12,5%) responden.

2) Kecemasan Pasien Stroke

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Kecemasan Pasien Stroke
Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
Bulan Februari-Maret 2018

Kecemasan	Frekuensi (<i>f</i>)	Presentase (%)
Ringan	23	57,5%
Sedang	9	22,5%
Berat	8	20%
Total	40	100

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan tabel 5.6 diatas, menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilaksanakan dari 40 responden pasien stroke yang memiliki tingkat kecemasan tertinggi yaitu kecemasan ringan sebanyak 23 (57,5%) responden dan yang memiliki tingkat kecemasan terendah yaitu kecemasan berat sebanyak 8 (20%) responden.

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.7

Analisis Hubungan *Spiritual Well Being* dengan Kecemasan Pasien Stroke Di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Bulan Februari-Maret 2018 (n=40)

	kecemasan						Total		<i>p</i>
	Ringan		Sedang		Berat				
SWB	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tinggi	21	52,5	8	20,0	1	2,5	30	75,0	0,003
Rendah sedang	2	5,0	1	2,5	7	17,5	10	25,0	
Total	23	57,5%	9	22,5%	8	20 %	40	100%	

Sumber: Data Primer 2018

Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan tabel 2 x 3 dibaca pada *pearson chi square*. Namun hasil uji statistik tersebut tidak bisa dibaca pada *pearson chi square* karena nilai *expected count* <5 dan > 20% sel, sehingga langkah selanjutnya dilakukan uji alternatif *Kolmogorov-Smirnov Z* 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 kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Berdasarkan hasil penelitian analisis hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke yang telah dilakukan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dari 40 responden didapatkan data *spiritual well being* tinggi dengan kecemasan ringan 21 (52,5%) responden, *spiritual well being* tinggi dengan kecemasan sedang 8 (20,0 %) dan *spiritual well being* tinggi yang mempunyai kecemasan berat yaitu 1 (2,5%). Sementara itu data lain menunjukkan penggabungan sel rendah dan sedang *spiritual well being* dengan kecemasan ringan yaitu 2 (5,0%) responden, penggabungan sel rendah dan sedang *spiritual well being* dengan kecemasan sedang yaitu 1 (2,5%) responden dan penggabungan sel rendah dan sedang *spiritual well being* dengan kecemasan berat yaitu 8 (20%).

B. Pembahasan

1. *Spiritual well being* pada pasien stroke

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar diperoleh hasil dari 40 responden ada 72,5% responden mempunyai *spiritual well being* kategori tinggi. Jadi dapat disimpulkan bahwa sebagian besar kebutuhan spiritual pasien stroke terpenuhi sehingga mampu mencapai keadaan yang sejahtera. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yulsifa (2016) ada 52,4% pasien stroke di RSD dr Soebandi Jember yang memiliki *spiritual well being* tinggi.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian Utama (2015) menjelaskan sebelum dilakukan operasi jantung, banyak pasien mempunyai *spiritual well being* yang tinggi, hal ini karena adanya rasa pasrah terhadap kondisi kesehatan dan keselamatannya.

Penelitian ini juga 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.

Hal ini 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.

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.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi yang dilakukan dalam penelitian ini didapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi pasien memiliki *spiritual well being* tinggi karena dipengaruhi oleh adanya kasih sayang dari keluarga yang meningkatkan kemampuan untuk berinteraksi dengan baik bagi responden yang mengalami stroke. Selain itu, lingkungan sekitar termasuk perawat memiliki peranan yang sangat penting dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien dikarenakan perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling dekat dengan pasien.

Menurut asumsi peneliti dalam peningkatan *spiritual well being* pasien stroke dimulai dari harapan serta keyakinan pasien untuk sembuh, karena harapan yang optimis terhadap suatu pengobatan akan meningkatkan rasa percaya kepada Tuhan serta dukungan keluarga berperan 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 pasien, dan pemberian aspek spiritual sesuai dengan perencanaan. Misalnya mendatangkan pemuka agama yang diyakini pasien, memberi privacy untuk berdoa, memberi kesempatan pada pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, dan menjalin komunikasi terapeutik dengan pasien.

2. Kecemasan pada pasien stroke

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar diperoleh hasil dari 40 responden ada 57,5% responden mempunyai tingkat kecemasan yang ringan. hal ini sejalan dengan penelitian Ridwan (2014), mengenai gambaran tingkat kecemasan pasien stroke iskemik di rumah sakit umum kota Tasikmalaya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 39 responden pasien stroke, 28 (71,8%) responden mengalami tingkat kecemasan ringan.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kuraesin (2009) menjelaskan bahwa ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan pada pasien yaitu mekanisme koping digunakan seseorang pada saat menghadapi kecemasan karena apabila pasien tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya sehingga sumber koping dimana kehadiran orang lain sangat diperlukan untuk mengurangi kecemasan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, umumnya pasien yang memiliki tingkat kecemasan yang ringan karena adanya mekanisme koping atau kesiapan mental dari pasien sendiri dalam menghadapi kondisi fisik yang dialami, serta dukungan sosial dan lingkungan dapat mengurangi kecemasan sehingga meningkatkan motivasi pasien menuju pemulihan.

Hal ini didukung oleh teori Potter & Perry (2009) menjelaskan bahwa salah satu tindakan untuk mengurangi kecemasan adalah dengan cara mempersiapkan mental diri dari pasien.

Selain itu, didukung oleh teori Smeltzer & Bare (2013), persiapan mental yang kurang memadai dapat mempengaruhi keputusan pasien dan keluarganya. Persiapan mental pasien menjadi hal yang penting untuk diperhatikan dan didukung oleh keluarga atau orang terdekat pasien. Persiapan mental dapat dilakukan dengan bantuan keluarga dan perawat.

Berdasarkan teori Wurara (2013), mengemukakan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kecemasan. Karena keadaan seseorang yang mengalami tekanan membutuhkan kasih sayang, penopang, serta perlindungan dari orang terdekat, khususnya keluarga dalam hal menumbuhkan kembali kepercayaan diri dan kondisi psikis yang baik. Adanya penerimaan penyakit yang dialami memberikan pandangan yang positif bagi pasien.

Menurut asumsi peneliti kondisi kecemasan tentunya bisa dipahami karena keterbatasan kemampuan yang dimiliki, namun persoalan hidup setiap orang pada penderita stroke berbeda demikian juga dengan responnya, sehingga ada yang mengalami kecemasan ringan ada pula yang tidak. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan pasien stroke diantaranya respon koping, keadaan fisik, dan dukungan keluarga. Hal ini juga tidak terlepas dari dukungan perawat atau perilaku perawat kepada pasien stroke dapat mempengaruhi kecemasan yang dialami pasien.

3. Hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke

Hasil penelitian bivariat dilakukan untuk menganalisis hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji *Chi Square* dengan tabel 2 x 3 dibaca pada *pearson chi square*. Namun hasil uji statistik tersebut tidak bisa dibaca pada *pearson chi square* karena nilai *expected count* <5 dan > 20% sel, sehingga langkah selanjutnya dilakukan uji alternatif *Kolmogorov-Smirnov Z* 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 kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Hasil penelitian ini hampir sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nuri, Dwi dan Isnaini (2016) tentang hubungan *spiritual well being* dengan *quality of life* pasien stroke di RSUD Pandan Arang Boyolali. Hasil penelitian didapatkan p value $0,011 < 0,05$ artinya ada 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. Dibuktikan dengan penelitian Ayu (2016) menjelaskan adanya hubungan kualitas hidup dengan tingkat kecemasan pasien stroke.

Penelitian lain yang mendukung yakni penelitian Nuraeni (2016) tentang hubungan kesejahteraan spiritual dengan kecemasan pada pasien penyakit jantung koroner yang dirawat di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesejahteraan spiritual memiliki hubungan yang signifikan dengan kecemasan pada pasien jantung koroner dibuktikan dengan hasil uji statistik menunjukkan p value = $0,008 < 0,05$.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan dari 40 responden bahwa ada 21 (52,5%) pasien yang memiliki *spiritual well being* tinggi dan kecemasan pada kategori ringan. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar *spiritual well being* pada pasien stroke terpenuhi dan mampu mencapai keadaan yang sejahtera sehingga kecemasan yang dialami pasien semakin ringan. Hasil wawancara dan observasi yang dilakukan oleh peneliti hal ini dipengaruhi oleh adanya dukungan keluarga, lingkungan, lamanya pasien dirawat di rumah sakit dan peran perawat dalam menyediakan waktu untuk menunjukkan kepekaan

dalam mendengar kebutuhan spiritual pasien, menyadari saat dibutuhkannya pemuka agama, konselor, keluarga, teman untuk pasien, menghargai keyakinan pasien, dan menunjukkan perasaan damai dan caring.

Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nur Itsna (2016) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemenuhan aspek spiritual dengan tingkat kecemasan pasien stroke sehingga kesejahteraan spiritual pasien stroke banyak yang didapatkan dalam kategori tinggi (53,12%) dan tingkat kecemasan yang rendah (75%). Hal ini membuktikan bahwa semakin baik kesejahteraan spiritual seseorang maka kecemasan seseorang tersebut semakin ringan dan untuk mendapatkan kesejahteraan spiritual yang baik dan kecemasan yang ringan, seseorang harus memiliki hubungan yang harmonis, antara diri sendiri, orang lain, lingkungan dan Tuhan serta pemenuhan aspek spiritual yang dilakukan perawat merupakan bagian yang sangat penting dalam mengurangi kecemasan pasien.

Pada umumnya penderita stroke dengan gangguan aktivitas/mobilitas dalam waktu lama dapat mengakibatkan psikologis terutama dapat meningkatkan kecemasan. Kondisi kecemasan tentunya bisa dipahami karena keterbatasan kemampuan yang dimiliki penderita menjadi terganggu dan tidak sedikit akibat menderita sakit yang terlalu lama klien akan mengalami kecemasan bahkan sampai panik sebagai respon terhadap kebutuhan dasar yang tidak terpenuhi. Oleh karena itu yang dapat dilakukan adalah dengan pendekatan spiritual yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien yang bertujuan untuk meringankan masalah psikologis dan meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasi kecemasan. (El Noor,2012).

Selain itu penelitian ini didukung oleh teori Salvatore Giaquinto (2010) menyatakan bahwa agama dan spiritualitas terkait fisik dan mental memberikan hasil kesehatan yang positif. Potter & Perry (2009) mengemukakan bahwa secara tradisional model holistik keperawatan tentang kesehatan telah mencakup dimensi berikut : fisik, psikologis, cultural, perkembangan, sosial dan spiritual. Dalam model ini, spiritual mewakili totalitas keberadaan seseorang dan berfungsi sebagai perspektif pendorong yang menyatukan berbagai aspek individual.

Menurut Scott (2012), membagi *spiritual well being* kedalam tiga aspek yaitu *affiliation* yang berarti menjelaskan hubungan yang positif dengan Tuhan, *alienation* menjelaskan tentang kebermaknaan, ketidakpuasan dalam hidup dan merasa ada jarak dengan Tuhan dan yang ketiga yaitu *satisfaction with life* menjelaskan hal-hal yang berhubungan dengan kepuasan serta masa depan. Sesuai dengan hasil penelitian ini bahwa banyak pasien stroke yang memiliki *affiliation* yang tinggi namun pada *alienation* dan *satisfaction with life* yang masih rendah dan sedang sehingga kecemasan pada pasien pun masih ada 17,5% pada kategori berat.

Menurut asumsi peneliti peningkatan *spiritual well being* pasien stroke dapat berdampak pada tingkat kecemasan responden. Meskipun adanya peran dari anggota keluarga, namun keterbatasan kemampuan pasien dan keterbatasan kemampuan anggota keluarga dalam membantu meringankan kecemasan pasien maka berakibat kurangnya kesempatan untuk meningkatkan *spiritual well being* pasien. Oleh karena itu, hal ini juga tidak terlepas dari peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat agar pasien merasa nyaman sehingga kecemasan yang dialami semakin ringan dan terjadi peningkatan *spiritual well being*.

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 menyelenggarakan pelayanan spiritual yang sesuai.

Berdasarkan penelitian ini, peneliti mengambil kesimpulan bahwa aspek *spiritual well being* terhadap kecemasan pasien 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 agamaan, meninjau ulang pandangan klien tentang hidup, tanggung jawab diri, dan kepuasan hidup.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap 40 pasien stroke pada tanggal 08 Februari sampai dengan 17 Maret 2018 di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tentang hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pada pasien stroke. Maka diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. *Spiritual well being* pada pasien stroke sebagian besar mempunyai *spiritual well being* tinggi.
2. Kecemasan pada pasien stroke sebagian besar mempunyai kecemasan yang ringan.
3. Ada hubungan antara *spiritual well being* dengan kecemasan pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian diatas maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi pasien dan keluarga

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada pasien maupun keluarga dalam menghadapi pasien stroke kedepannya dalam memperhatikan kecemasan pasien dan banyak memberi dukungan bagi pasien untuk meningkatkan *spiritual well being*.

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah literature dalam dunia keperawatan terutama dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dan juga memperhatikan aspek *spiritual well being* terhadap kecemasan 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 kecemasan 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 kecemasan pasien paska stroke terutama dalam menambah sampel dalam penelitian dan waktu penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- American Heart Association, (2014). *Heart disease and stroke statistics*. <http://circ.ahajournals.org/content/early/2013/12/18/01.cir.0000441139.02102.80>. Di akses pada tanggal 25 september 2017
- Ariyani. (2011). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Spiritual Care Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Kepada Klien di Ruang Intensive Care (ICU) RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Skripsi S1 Mahasiswa PSIK UMY, Yogyakarta.
- Arum, S.P. (2015) *Stroke : Kenali, Cegah dan Obati*. Yogyakarta: Notebook
- Batticaca., (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Bussing, A., Koenig, H.G., (2010). *Spiritual Needs of Patient with Chronic Diseases*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560951/> . Di akses pada tanggal 8 oktober 2017
- Darmawati, T. (2012). *Gambaran Tingkat Kecemasan Orang Tua dari Bayi yang Dirawat di Ruang NICU RSUP Fatmawati*. [Skripsi]. Jakarta. <http://lontar.ui.ac.id>. diakses pada tanggal 6 oktober 2017.
- 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/inlie e. Di akses pada tanggal 9 oktober 2017
- Giaquinto, S., et al. (2010). *Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation*. *Clinical and Experimental Hypertension*, 32 (6): 329-334. <https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&q=Religious+and+spiritual+beliefs+in+stroke+rehabilitation.Clinical+and+Experimental+Hypertension%2C+32+%286%29%3A+329-334.&btnG>. Diakses pada tanggal 9 oktober 2017

- Hasan, Nur., (2013). Hubungan antara dukungan sosial dengan strategi coping pada penderita stroke RSUD Dr. Moewardi. Di akses pada tanggal 25 maret 2018
- Koenig, B.K et al., (2007) . *Praktik Keperawatan Profesional . Konsep dan Perspektif*. Jakarta : EGC.
- Kurniawati henie., (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 25 maret 2018
- Kustiawan R. (2014). *Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Iskemik Di Ruang V Rumah Sakit Umumkota Tasikmalaya*. <http://ejurnal.stikes-bth.ac.id/index.php/P3M/article/view/61>. Di akses pada tanggal 15 september 2017
- Lingga Lanny., (2013). *All about stroke: Hidup sebelum dan pasca stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Misbach, Jusuf, (2010). *Management of cholesterol to reduce the burden of stroke in Asia: consensus statement*. *Journal of Stroke*; 5(3), hal: 209-216.
- Muttaqin Arif., (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan system persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- National interfaith coalition on Aging. (2009). Whashington.
- Nursalam.(2011). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 2*. Salemba Medika. Jakarta
- Permana, A.M. (2009) . *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Klien Penderita Stroke Tasikmalaya* . <http://ejurnal.poltekkestasikmalaya.ac.id/index.php/BMI/issue/view/4> . Di akses tanggal 7 oktober 2017
- Potter. Patricia A, Perry. Anne G. (2009). *Fundamentals of Nursing 7th Edition* Buku 2. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.

- Price & Wilson., (2012). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses penyakit*. Vol. 2. Edisi 6. Jakarta: EGC
- Riskesdas. (2013).<http://www.depkes.go.id> Diakses pada tanggal 25 September 2017
- Romadona, S. (2012). *Pemenuhan kebutuhan spiritual oleh perawat di GICU"RSHS Bandung, Tesis, Universitas Padjadjaran, Bandung*.
http://repository.unpad.ac.id/15749/1/tesis_siti_pemenuhan_kebutuhan_spiritual.pdf. Diakses pada tanggal 25 September 2017
- Royal College of Nursing., (2010). *Spirituality in Nursing Care:a pocket guide*.LondonRCN.http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/393154/guide_003887.pdf. Di akses tanggal 06 oktober 2017
- Saam , Z & Wahyuni, S., (2013). *Psikologi Keperawatan Edisi 1, Cetakkan II*. Jakarta : Rajawali Pers
- Semiun. (2006). *Kesehatan Mental 2*. Yogyakarta: Kanisius
- Stuart & Sundeen, (2009), *Keperawatan psikitrik: Buku Saku Keperawatan Jiwa, Edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Stuart & Laraia .(2007). *Buku Saku Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Suhartini R. (2011). *Pengaruh Pengetahuan Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien Stroke*. Universitas Smatera Utara. Di akses pada tanggal 25 maret 2018.
- Utama, T.A. (2015). *Perbedaan kesejahteraan spiritual pasien sebelum dan sesudah operasi jantung di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung*. Tesis. Program Pasca Sarjana fakultas Keperawatan universitas padjadjaran. Diakses pada tanggal 25 maret 2018.
- Utami, Y. W. & Supratman. (2009). *Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Sikap Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien* Di RSUD.https://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/2039/BIK_Vol_2_No_2_4_Yuni_Wulan_Utami.pdf?sequence=1. Diakses pada tanggal 25 september 2017

- 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 6 oktober 2017.
- Videbeck, Sheila L., (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Walker, J., Payne, S., Smith, P., Jarrett, N., (2008). *Psychology for Nurses and the Caring Profesional*. Edisi : III. North America : McGraw-Hill
- Widarti L. (2012). *Respons Psikologis (Kecemasan Dan Depresi) Dan Respons Biologis (Cortisol, Ifn- Γ Dan Tnf-A) Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Pendekatan Model Home Care Holistic*. <https://www.scribd.com/document/3520338500> .Di akses pada tanggal 14 september 2017
- World Health Organization. (2010) . *The atlas of heart disease and stroke*. www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/. Di akses pada tanggal 25 september 2017
- Wurara, Y. G. (2013). *Mekanisme Koping Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisis Di Rumah Sakit Prof. Dr.R.D Kandou Manado*. <http://ejournal.unsrat.ac.id>. Diakses pada tanggal 28 Maret 2018
- Yastroki. (2012). *Stroke Urutan Ketiga Penyakit Mematikan*. <http://www.yastroki.co.id>. Diakses pada tanggal 18 November 2017
- Yulsifa N. (2016). *Spiritual well being (SWB) dengan quality of life (QOL) pasien stroke di RSUD Pandan Arang Boyolali*. <http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/files/disk1/33/01-gdl-nuriyulsif-1629-1-artikel-i.pdf>. Di akses pada tanggal 15 september 2017
- Yusuf, p.k, Fitryasari & nihayati, (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta: Salemba Medika, 2015

Lampiran 2

	KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245 Telp. (0411) 584675 – 581818 (<i>Hunting</i>), Fax. (0411) 587676 Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com	
---	---	---

Nomor : **LB.02.04/2.2.2/8142/2017** 31 Oktober 2017
Hal : **Permohonan Data**

Yth.

1. Ka. Inst. SIRS
2. Ka. Inst. Rekam Medik

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama	: Jelly Adio Montjai & Jaqueline Claudia Mayrizkita
NIM	: CX1614201151 & CX1614201150
Prog. Studi	: Ilmu Keperawatan
Institusi	: STELLA MARIS Makassar
Strata	: S1

Yang bersangkutan akan melakukan pengambilan data dengan judul "*Hubungan Dukungan Spritual dengan Kecemasan pada Pasien Stroke*" sesuai dengan permohonan Mahasiswa dari *Ketua STELLA MARIS*, dengan Nomor **643.1/STIK-SM/S1.247/X/2017** tertanggal **23 Oktober 2017**, selama bulan **November 2017 s.d Desember 2017**, dengan catatan selama pengambilan data berlangsung mahasiswa tidak mengganggu pelayanan terhadap pasien.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur SDM dan Pendidikan
Ka. Bagian Pendidikan dan Penelitian


dr. Muh. Iham Hamzah, DESS
NIP. 197008202000031007

Cat : Identitas pasien harus dirahasiakan dan tdk diperbolehkan mengambil gambar pasien



Lampiran 3



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLITEKNIK KESEHATAN MAKASSAR
HEALTH POLYTECHNIC MAKASSAR

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
RECOMMENDATIONS FOR APPROVAL OF ETHICS
"ETHICAL APPROVAL"

No. : 001/KEPK-PTKMKS/I/2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassar dalam upaya melindungi hak asasi manusia subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti dan seksama protokol yang berjudul :

The Ethics Commission of the Health Polytechnic Makassar, with regards of the protection of Human Rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

"Hubungan Spiritual *Well Being* dengan Kecemasan Pada Pasien Stroke"

Peneliti Utama : Jacqueline C Mayrizkita dan Jelly Adio Montjai
Principal Investigator

Nama Institusi : STIKES Stella Maris
Name of the Institution

Telah menyetujui protokol tersebut di atas.
Approved the above-mentioned protocol

Makassar, 17 Januari 2018



Dr. Rudi Hartono, SKM, M.Kes
NIP. 19700613 199803 1 002

Lampiran 4

	KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO Jalan Perintis Kemerdekaan Km. 11 Tamalanrea, Makassar, Kode Pos 90245 Telp. (0411) 584675 – 581818 (<i>Hunting</i>), Fax. (0411) 587676 Laman : www.rsupwahidin.com Surat Elektronik : tu@rsupwahidin.com	
---	---	---

Nomor : LB.02.01/2.2/2809 /2018 31 Januari 2018
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Yth.
1. Ka. Inst. Rekam Medik
2. Ka. Inst. Lontara 3
3. Kayan Lontara 3 Neurologi
4. Koord. Brain Center

Dengan ini kami hadapkan peneliti :

Nama : Jaqueline Claudia Mayrizkita & Jelly Adio Montjai
Nim : CX1614201150 & CX1614201151
Prog. Studi : Ilmu Keperawatan
Inst. : STIK Stella Maris

Yang bersangkutan akan melakukan penelitian dengan judul **"Hubungan spiritual Well Being dengan kecemasan pada pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar"** sesuai dengan permohonan peneliti dari Ketua STIK Stella Maris, dengan nomor 046.2/STIK-SM/S1.029.2/I/2018, tertanggal 23 Januari 2018. Penelitian ini berlangsung selama bulan Februari s.d Maret 2018, dengan catatan selama penelitian berlangsung peneliti :

1. Wajib memakai ID Card selama berada di lingkungan RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
2. Wajib mematuhi peraturan dan tata tertib yang berlaku di RSUP. Dr. Wahidin Sudirohusodo
3. Tidak mengganggu proses pelayanan terhadap pasien.
4. Tidak diperkenankan membawa status pasien keluar dari Ruang Rekam Medik
5. Tidak diperbolehkan mengambil gambar pasien dan identitas pasien harus dirahasiakan

Demikian Surat ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya



Direktur SDM dan Pendidikan
Dr. Wahidin Sudirohusodo
MAKASSAR
Ars. Jintan Sinting, Apt, M.Kes
NIP. 196312031996031001

KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Jaqueline Claudia Mayrizkita & Jelly Adio Montjai
Nim : CX1614201150 & CX1614201151
Prog. Studi : Ilmu Keperawatan STIK Stella Maris

BENAR telah melakukan penelitian pada bulan Februari s.d Maret 2018 dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.
Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar ,
An
.....

Lampiran 5



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu

JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10, Makassar. Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.

Contact person **dr. Agussalim Bukhari, PhD, SpGK** (HP. 081241850858), email: agussalimbukhari@yahoo.com

NASKAH PENJELASAN KEPADA SUBYEK UNTUK PERSETUJUAN

Selamat pagi bapak/ibu, perkenalkan kami mahasiswa STIK Stella Maris Makassar (Jacqueline Claudia Mayrizkita dan Jelly Adio Montjai), pada saat ini kami dalam proses penyelesaian tugas akhir sebagai syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan. Dimana kami akan melakukan penelitian dengan judul hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pada Pasien Stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pada pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dengan harapan akan memberikan manfaat kepada bpk/ibu/sdra/i dalam meminimalkan kecemasan. Jika bpk/ibu/sdra/i bersedia menjadi subyek penelitian ini maka kami akan memberikan kuesioner dengan waktu kurang lebih 20 menit untuk mengisi kuesioner, tetapi jika merasa tidak berkenan dengan alasan tertentu, bpk/ibu/sdra/i berhak untuk mengundurkan diri dari penelitian ini. Keikutsertaan bpk/ibu/sdra/i dalam penelitian ini bersifat suka rela tanpa paksaan.

Penelitian ini tidak menimbulkan efek samping atau akibat yang merugikan bagi bpk/ibu/sdr sebagai responden, namun akan menyita waktu beberapa menit ketika kami melakukan penelitian, kami akan memberikan kompensasi berupa sovenir. Identitas bpk/ibu/sdra/i maupun data atau semua informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya

dengan menyamarkan identitas, data disajikan hanya untuk kepentingan penelitian serta pengembangan ilmu. Bila ada hal-hal yang tidak jelas, bpk/ibu/sdr dapat menghubungi kami.

Identitas peneliti

Nama : Jacqueline C Mayrizkita dan Jelly Adio Montjai

Alamat : Jl. Lamadukelleng No. 8

Telepon : 081245727712 / 085242963553

Lampiran 6



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**



Sekretariat : Lantai 2 Gedung Laboratorium Terpadu

JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10, Makassar. Telp. (0411)5780103, Fax (0411) 581431.

Contact person **dr. Agussalim Bukhari, PhD, SpGK** (HP. 081241850858), email: agussalimbukhari@yahoo.com

FORM PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP) *(Informed Consent)*

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Umur/Kelamin :
Alamat :
Bukti diri/KTP :

Setelah membaca/mendengar dan mengerti penjelasan yang diberikan mengenai tujuan, manfaat apa yang akan dilakukan pada penelitian ini, dengan ini saya menyatakan sesungguhnya memberikan persetujuan secara sukarela tanpa paksaan dan bersedia menjalani/mengikuti penelitian mengenai hubungan *spiritual well being* dengan kecemasan pada pasien stroke di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

Saya mengerti bahwa dari semua hal yang dilakukan peneliti pada saya dapat menimbulkan masalah, namun saya percaya kemungkinan tersebut sangat kecil karena akan dilakukan oleh petugas yang terlatih.

Saya tahu bahwa keikutsertaan saya ini bersifat sukarela tanpa paksaan, sehingga saya bisa menolak ikut atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa kehilangan hak saya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Juga saya berhak bertanya atau meminta penjelasan pada

peneliti bila masih ada hal yang belum jelas atau masih ada hal-hal yang ingin saya ketahui tentang penelitian ini.

Saya juga mengerti bahwa semua biaya yang dikeluarkan sehubungan dengan penelitian ini, akan ditanggung oleh peneliti. Demikian juga biaya rawatan dan pengobatan bila terjadi hal-hal yang tidak diinginkan akibat penelitian ini, akan dibiayai oleh peneliti.

Saya percaya bahwa keamanan dan kerahasiaan data penelitian akan terjamin dan saya dengan ini menyetujui semua data yang dihasilkan pada penelitian ini untuk dipublikasikan dalam bentuk lisan maupun tulisan.

Bila terjadi perbedaan pendapat dikemudian hari, kami akan menyelesaikan secara kekeluargaan.

Tanggal:

Klien
penyataan

Yang membuat

(.....)

(Peneliti)

Saksi-saksi

(Keluarga klien)

(Perawat/petugas)

Penanggung jawab penelitian:

Nama :

Alamat :

Telepon (HP):

Tempat meminta penjelasan:

Pejabat peneliti (pembimbing I)

Nama :

Alamat :

Telepon (HP):

Lampiran 7

KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN *SPRITUAL WELL BEING* DENGAN KECEMASAN
PADA PASIEN STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN
SUDIROHUSODO 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 mendapat kepuasan batin sepenuhnya dalam menunaikan ibadah kepada Tuhan.				

2	Saya lebih mengenal diri saya ketika saya bersama dengan Tuhan				
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 selalu bersama-sama dengan saya dalam situasi apapun				
6	Saya tidak merasa cemas tentang masa depan saya				
7	Saya memiliki hubungan bermakna pribadi dengan Tuhan				
8	Saya merasa sangat terpenuhi dan puas dengan kehidupan ini				
9	Saya mendapatkan banyak kekuatan dan dukungan pribadi dari Tuhan				
10	Saya merasa nyaman dengan kehidupan saya				
11	Saya percaya bahwa Tuhan memperhatikan				

	masalah saya				
12	Saya menikmati banyak tentang kehidupan				
13	Saya memiliki hubungan yang memuaskan 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 tidak penuh dengan konflik dan ketidakbahagiaan				
17	Saya merasa damai dan bahagia saat berdoa atau membaca kitab suci				
18	Saya merasa kehidupan saya 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 Kecemasan (Zung Self Rating Anxiety Scale)

NO	Pertanyaan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya merasa lebih gelisah atau gugup dan cemas dari biasanya selama menderita stroke				
2	Saya merasa seakan hidup saya berantakan dan hancur				
3	Saya mudah marah tersinggung atau panik				
4	Saya selalu merasa kesulitan mengerjakan segala sesuatu				
5	Kedua tangan dan kaki saya sering gemetar				
6	Saya sering terganggu oleh sakit kepala, nyeri leher				
7	Saya merasa badan saya lemah dan mudah lelah				
8	Saya tidak dapat istirahat atau duduk dengan tenang				
9	Saya merasa jantung saya berdebar-debar dengan keras dan				

	cepat				
10	Saya sering merasa pusing				
11	Saya mudah sesak napas				
12	Saya merasa kesemutan pada jari-jari tangan dan kaki				
13	Saya sering buang air kecil daripada biasanya				
14	Saya sulit tidur dan tidak dapat istirahat malam dengan baik				
15	Saya sering mengalami mimpi-mimpi buruk				

Lampiran 8

KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Jaqueline Claudia Mayrizkita & Jelly Adio Montjai

Nim : CX1614201150 & CX1614201151

Prog. Studi : Ilmu Keperawatan STIK Stella Maris

BENAR telah melakukan penelitian pada bulan Februari s.d Maret 2018 dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 23-3-2014

An

Miki

KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS



KETERANGAN SELESAI MENGUMPULKAN DATA PENELITIAN

Bersama ini disampaikan bahwa mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Jaqueline Claudia Mayrizkita & Jelly Adio Montjai

Nim : CX1614201150 & CX1614201151

Prog. Studi : Ilmu Keperawatan STIK Stella Maris

BENAR telah melakukan penelitian pada bulan Februari s.d Maret 2018 dengan tanpa mengganggu proses pelayanan.

Demikian keterangan ini dibuat untuk di pergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 23 Maret 2018

An

Jelly Adio Montjai
BIAKUS KeA Ns
081541400075





LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

HUBUNGAN SPIRITUAL WELL BEING DENGAN KECEMASAN PADA PASIEN STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Nama : 1. Jacqueline Claudia Mayrizkita
2. Jelly Adio Montjai
Nim : 1. CX.16.14201.150
2. CX.16.14201.151
Pembimbing : Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN

No	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf	
			Dosen	Mahasiswa
1	Senin 18 September 2017	JUDUL: Pengajuan judul disertai latar belakang dan 3 jurnal yang berkaitan Revisi: cari 2 judul lain disertai LB dan 3 jurnal		
2	Jumat 6 Oktober 2017	BAB I: Tambahkan ulasan mengenai kecemasan dan pasien stroke		
4	Rabu 18 Oktober 2017	BAB I: Tambah ulasan mengenai spiritual well being		
5	Senin 30 Oktober 2017	BAB I • Revisi tujuan khusus • Perbaiki pengetikan		
6	Selasa 7 November 2017	BAB II • Masukkan referensi lain • Tambahkan sumber gambar BAB III: Perbaiki kerangka		

		konseptual			
7	Jumat 10 November 2017	BAB I: Bubuhkan nama instansi dan institusi pada manfaat. BAB II: Ganti sumber gambar BAB III: Alat ukur	<i>h</i>	<i>h</i>	<i>h</i>
8	Selasa 14 November 2017	BAB I: hapus manfaat penelitian bagi peneliti point a. BAB IV: tidak perlu memasukkan teori pada populasi dan lainnya.	<i>h</i>	<i>h</i>	<i>h</i>
9	Rabu 15 November 2017	BAB III: <ul style="list-style-type: none"> perbaiki penulisan dan tata letak ubah variabel pengganggu menjadi variabel yang tidak diteliti. Ubah penulisan hipotesis Ubah penulisan skor BAB IV <ul style="list-style-type: none"> Ubah penulisan sampel Hapus Kriteria sampel yang tidak diperlukan Ubah penulisan analisa data Pemilihan skala yang benar yaitu numerik Ubah penulisan interpretasi analisis data 	<i>h</i>	<i>h</i>	<i>h</i>
10	Senin 20 November 2017	BAB IV: penambahan kata pada analisis bivariat	<i>h</i>	<i>h</i>	<i>h</i>
11	Senin, 4 November	• Ubah penulisan daftar pustaka	<i>h</i>	<i>h</i>	<i>h</i>

	2017	<ul style="list-style-type: none"> Ubah kata peremasan menjadi pemijatan 			
12	Rabu, 6 November 2017	<ul style="list-style-type: none"> Perbaiki pengetikan (spelling, tanda baca, spasi, dll) Ubah penulisan daftar pustaka 	<i>h</i>	<i>Jenny</i>	<i>Jenny</i>
13	Selasa, 11 November 2017	ACC proposal dan powerpoint	<i>h</i>	<i>Jenny</i>	<i>Jenny</i>



LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

HUBUNGAN SPIRITUAL WELL BEING DENGAN KECEMASAN PADA PASIEN STROKE DI RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Nama : 1. Jacqueline Claudia Mayrizkita
2. Jelly Adio Montjai

Nim : 1. CX.16.14201.150
2. CX.16.14201.151

Pembimbing : Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN

No	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf	
			Dosen	Mahasiswa
1	Selasa 20 Maret 2018	BAB V: penulisan dan garis kolom, pengelompokkan umur disesuaikan dengan standar, ringkaskan teori dan hasil penelitian penunjang.	<i>h</i>	<i>Jenny</i> <i>Jenny</i>

		kembangkan asumsi BAB VI: tidak menuangkan data, kesimpulan hubungkan dengan tujuan khusus.			
2	Sabtu 24 Maret 2018	BAB V: masukkan kriteria inklusi, umur menurut WHO/Depkes, penulisan, kembangkan asumsi BAB VI: penulisan			
3	Sabtu 31 Maret 2018	BAB V: kembangkan asumsi, penulisan kata asing dan kutipan hasil penelitian penunjang, lengkapi sumber. BAB VI: kesimpulan dihubungkan dengan tujuan			
4	Senin 2 April 2018	Ringkaskan hasil penelitian sebelumnya, perbaiki penulisan kalimat pada pembahasan, abstrak dan saran.			

Lampiran 9**HUBUNGAN SPIRITUAL WELL BEING DENGAN KECEMASAN PADA
PASIEN STROKE DI RSUD WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

NO	INISIAL	UMUR	KODE	JK	KODE	PENDIDIKAN	KODE	PEKERJAAN	KODE
1	B	39	3	P	2	SMA	3	Wiraswasta	6
2	F	71	6	P	2	SD	1	IRT	2
3	R	51	4	L	1	S2	5	PNS	7
4	J	53	4	P	2	SMA	3	IRT	2
5	J	82	6	P	2	S1	4	Pensiunan	4
6	R	47	4	P	2	SMA	3	IRT	2
7	B	66	6	L	1	SMP	2	Swasta	5
8	H	27	2	L	1	SMA	3	Swasta	5
9	M	69	6	P	2	SD	1	IRT	2
10	D	74	6	L	1	S1	4	Pensiunan	4
11	S	72	6	P	2	SD	1	IRT	2
12	Y	72	6	L	1	SD	1	Petani	3
13	H	57	5	P	2	SD	1	IRT	2
14	J	18	1	L	1	SMA	3	Pelajar	1
15	M	52	4	P	2	S1	4	Swasta	5
16	A	63	5	L	1	S2	5	Swasta	5
17	T	62	5	L	1	SMA	3	Swasta	5
18	N	61	5	L	1	S1	4	PNS	7
19	J	61	5	P	2	S1	4	PNS	7
20	H	63	5	L	1	SD	1	Wiraswasta	6
21	N	49	4	P	2	SMA	3	IRT	2
22	J	86	6	L	1	S1	4	Pensiunan	4
23	M	66	6	L	1	SD	1	Petani	3
24	A	50	4	L	1	S1	4	PNS	7
25	A	60	5	P	2	SMA	3	IRT	2
26	A	66	6	P	2	SMA	3	IRT	2
27	H	46	4	P	2	SMA	3	IRT	2
28	O	64	5	P	2	SMA	3	IRT	2
29	B	75	6	L	1	S1	4	Pensiunan	4
30	H	48	4	P	2	SD	1	IRT	2
31	T	56	5	P	2	SD	1	IRT	2
32	M	40	3	P	2	SMA	3	Swasta	5
33	E	68	6	L	1	S3	6	PNS	7
34	S	77	6	L	1	S1	4	Pensiunan	4
35	S	57	5	L	1	S1	4	PNS	7
36	I	63	5	L	1	S1	4	Swasta	5
37	L	62	5	L	1	SMA	3	Petani	3
38	N	33	2	P	2	SMA	3	IRT	2
39	P	74	6	L	1	SD	1	Petani	3
40	D	86	6	P	2	SD	1	IRT	2

Keterangan:

Usia	17-25 : 1	JK	L : 1	Pendidikan	SD : 1	Pekerjaan	Pelajar : 1
	26-35 : 2		P : 2		SMP : 2		IRT : 2
	36-45 : 3				SMA : 3		Petani : 3
	46-55 : 4				S1 : 4		Pensiunan : 4
	56-65 : 5				S2 : 5		Swasta : 5
	>65 : 6				S3 : 6		Wiraswasta : 6
							PNS : 7

Keterangan : Spiritual Well Being
Rendah : 1
Sedang : 2
Tinggi : 3

Kecemasan
Ringan : 1
Sedang : 2
Berat : 3

Lampiran 10

Hasil SPSS Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Spiritual Well Being dan Kecemasan Pada Pasien Stroke

Statistics

		Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan
N	Valid	40	40	40	40
	Missing	0	0	0	0
	Mean	4,83	1,50	2,88	3,80
	Std. Error of Mean	,202	,080	,215	,300
	Median	5,00	1,50	3,00	3,50
	Mode	6	1 ^a	3	2
	Std. Deviation	1,279	,506	1,362	1,897
	Variance	1,635	,256	1,856	3,600
	Range	5	1	5	6
	Minimum	1	1	1	1
	Maximum	6	2	6	7
	Sum	193	60	115	152

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	1	2,5	2,5	2,5
	26-35	2	5,0	5,0	7,5
	36-45	2	5,0	5,0	12,5
	46-55	8	20,0	20,0	32,5
	56-65	12	30,0	30,0	62,5
	>65	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	20	50,0	50,0	50,0
	Perempuan	20	50,0	50,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	11	27,5	27,5	27,5
SMP	1	2,5	2,5	30,0
SMA	14	35,0	35,0	65,0
Valid S1	11	27,5	27,5	92,5
S2	2	5,0	5,0	97,5
S3	1	2,5	2,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pelajar	1	2,5	2,5	2,5
IRT	15	37,5	37,5	40,0
Pensiunan	4	10,0	10,0	50,0
Pensiunan	5	12,5	12,5	62,5
sw asta	7	17,5	17,5	80,0
w irasw asta	2	5,0	5,0	85,0
PNS	6	15,0	15,0	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Statistics

		Spiritual Well Being	Kecemasan
N	Valid	40	40
	Missing	0	0
	Mean	2,63	1,63
	Std. Error of Mean	,111	,128
	Median	3,00	1,00
	Mode	3	1
	Std. Deviation	,705	,807
	Variance	,497	,651
	Range	2	2
	Minimum	1	1
	Maximum	3	3
	Sum	105	65

Frequency Table

Spiritual Well Being

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	5	12,5	12,5	12,5
	sedang	5	12,5	12,5	25,0
	tinggi	30	75,0	75,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Kecemasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	23	57,5	57,5	57,5
	sedang	9	22,5	22,5	80,0
	berat	8	20,0	20,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

Hasil SPSS Hubungan Spiritual Well Being dan Kecemasan Pada Pasien Stroke

spiritual well being * kecemasan Crosstabulation

		kecemasan			Total	
		ringan	sedang	berat		
spiritual well being	rendah	Count	0	0	5	5
		% within spiritual well being	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% within kecemasan	0,0%	0,0%	62,5%	12,5%
		% of Total	0,0%	0,0%	12,5%	12,5%
	sedang	Count	2	1	2	5
		% within spiritual well being	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% within kecemasan	8,7%	11,1%	25,0%	12,5%
		% of Total	5,0%	2,5%	5,0%	12,5%
	tinggi	Count	21	8	1	30
% within spiritual well being		70,0%	26,7%	3,3%	100,0%	
% within kecemasan		91,3%	88,9%	12,5%	75,0%	
	% of Total	52,5%	20,0%	2,5%	75,0%	
Total	Count	23	9	8	40	
	% within spiritual well being	57,5%	22,5%	20,0%	100,0%	
	% within kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	57,5%	22,5%	20,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,494 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	24,576	4	,000
Linear-by-Linear Association	19,367	1	,000
N of Valid Cases	40		

a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,00.

Penggabungan Sel

spiritual well being * kecemasan Crosstabulation

		kecemasan			Total		
		ringan	sedang	berat			
spiritual well being	rendah+sedang	Count	2	1	7	10	
		% within spiritual well being	20,0%	10,0%	70,0%	100,0%	
		% within kecemasan	8,7%	11,1%	87,5%	25,0%	
		% of Total	5,0%	2,5%	17,5%	25,0%	
	tinggi		Count	21	8	1	30
			% within spiritual well being	70,0%	26,7%	3,3%	100,0%
		% within kecemasan	91,3%	88,9%	12,5%	75,0%	
Total		% of Total	52,5%	20,0%	2,5%	75,0%	
		Count	23	9	8	40	
		% within spiritual well being	57,5%	22,5%	20,0%	100,0%	
		% within kecemasan	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	57,5%	22,5%	20,0%	100,0%		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,853 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	19,089	2	,000
Linear-by-Linear Association	15,690	1	,000
N of Valid Cases	40		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

Two-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

Frequencies

	spiritual well being	N
	rendah+sedang	10
kecemasan	berat	30
	Total	40

Test Statistics^a

		kecemasan
	Absolute	,667
Most Extreme Differences	Positive	,667
	Negative	,000
Kolmogorov-Smirnov Z		1,826
Asymp. Sig. (2-tailed)		,003

a. Grouping Variable: spiritual well being