

KARYA TULIS ILMIAH

HUBUNGAN PENGETAHUAN SPIRITUAL TERHADAP

PERILAKU PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL:

SHALAT DAN THAHAROH PASIEN STROKE DI RUMAH

SAKIT PUSAT KESEHATAN UMUM MUHAMMADIYAH

GAMPING

Disusun untuk Memenuhi Sebagian Syarat Memperoleh
Derajat Sarjana Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Gamping



Disusun oleh

Azika Sasmika

20120320017

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

2016

HALAMAN PENGESAHAN KTI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN SPIRITUAL TERHADAP
PERILAKU PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL:
SHALAT DAN THAHAROH PASIEN STROKE DI RS PKU
MUHAMMADIYAH GAMPING**

Disusun oleh

Azika Sasmika

20120320017

Telah disetujui dan diseminarkan pada tanggal 11 Agustus 2016

Dosen Pembimbing

Dosen Penguji



Ambar Relawati, S.Kep., Ns., M.Kep

Shanti Wardaningsih., M.Kep., Ns., Sp.Kep.J, Ph.D

NIK: 19860604201410173232

NIK: 19790722200204173058

Mengetahui,

Ka.Prodi Ilmu Keperawatan FKIK UMY

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Ns. Sri Sumaryani, M. Kep., Sp. Mat., HNC

NIK: 19770313200104173046

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Azika Sasmika

NIM : 20120320017

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang penulis tulis ini benar-benar merupakan hasil karya penulis sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks yang dicantumkan dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka penulis bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 11 Agustus 2016

Yang membuat pernyataan,



Azika Sasmika

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM

Sebuah usaha kecil kewajiban dari kewajiabn agama-MU untuk menuntut ilmu. Alhamdulillah telah engkau lapangkan jalanya. Ya Allah sujud syukurku atas rahmatnya dan hidayahnya yang tercurahkan kepadaku dan kepada Muhammad SAW yang menjadi teladan hidupku dan umatnya yang membawa cahaya di dunia-MU Aku persembahkan karya tulis ilmiah ini kepada IBUKU ASMAYANG, BAPAKku SUHAIDI dan Adekku TIARA yang sudah memberikan dukungan, motivasi, semangat, do'a dan material ☺

Aku sayang banget sama mereka semua tanpa mereka aku hanya ampas benih yang tidak bisa tumbuh dan hidup sampai saat ini

Keluarga besarku yang selalu memberikan penerang dalam hidupku terutama nenek tercintaku AINI yang selalu memberikan penyejuk hati dan sepupu-sepupuku Pentii dan Laura.

Teman-teman Bidadari Surgaku (Hana, Kiki, Tiwi, Eka, Dewi) yang selalu memberikan semangat, selalu ada disaat canda tawa atau kesedihan dan selalu memberikan senyuman kepada penulis

Teman-teman Kost An-Nisa (mbak Evi, mbak Indri, mbak Ika, Munik, Erma, Simud) dan Bapak Dwi Hartono beserta Ibu Rini yang terbaik selalu menanyakan perkembangan studi peneliti

Vitta yang selalu memberikan semangat dan menemani ketika pengambilan data dan Amel yang sudah membantu sehingga terlaksana dalam menyelesaikan penelitian ini.

Temen-temen satu bimbingan (Pitrop, Sari, Defia, Palupi, Aya dan Tifa yang sudah memberikan semangat satu sama lainnya.

Alhamdulillah alhamdulillahirrabalalami

HALAMAN MOTTO

TIDAK ADA YANG TIDAK BISA DISELESAIKAN

SELAMA ADA KOMITMEN BERSAMA UNTUK MENYELESAIKANYA

BERANGKAT PENUH KEYAKINAN

BERJALAN DENGAN PENUH KEIKHALSAN

ISTIQOMAH DALAM MENGHADAPAI COBAAN

BADAI ITU PASTI BERLALU!!!

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillahirabbil'alamin, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat, rahmat, petunjuk dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal yang berjudul "Hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual:shalat dan thaharoh pasien stroke" Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai sebagian syarat memperoleh derajat sarjana keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis dengan penuh kerendahan hati menghaturkan banyak terimakasih kepada:

- 1 Dr. H. Ardi Pramono, Sp. An., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengadakan dan menyusun Karya Tulis Ilmiah.
- 2 Sri Sumaryani, Ns., M.Kep., Sp. Mat., selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengadakan dan menyusun Karya Tulis Ilmiah.
- 3 Ambar Relawati, S.kep., Ns., M.Kep., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 4 Shanti Wardaningsih.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J.,PhD selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
- 5 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Gamping yang telah memberikan izin kepada peneliti dalam melakukan penelitian serta membantu dan memberika dukungan dalam terlaksananya penelitian ini.

- 6 Bapak Suhaidi dan Ibu Asmayang yang selalu memberikan motivasi, do'a, materi dan segalanya kepada penulis. Beserta adik dan nenek saya yang selalu memberikan senyuman semangat.
- 7 Teman-teman PSIK UMY 2012 yang selalu memberikan semangat dan dorongan kepada peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kesalahan dan kekurangan, sehingga saran dan kritik sangat diharapkan untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap proposal ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang ilmu keperawatan. Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarokatuh.

Yogyakarta, 11 Agustus 2016

Azika Sasmika

KARYA TULIS ILMIAH.....	i
HALAMAN PENGESAHAN KTI.....	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSEMBAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
INTISARI.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I.....	1
A Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
E. Keaslian Penelitian	9
BAB II.....	13
A Stroke	13
B Pengetahuan spiritual dan religius	27
C Perilaku kebutuhan spiritual.....	41
D Shalat dan Thaharoh.....	47
E Kerangka Konsep.....	55
F Hipotesis.....	55
BAB III	56
A Jenis Penelitian.....	56
B Populasi dan Sample	56
C Lokasi dan Waktu penelitian.....	58
D Variabel Penelitian	58
E Definisi Operasional.....	59
F Instrumen Penelitian.....	59
G Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	62
H Teknik Pengumpulan Data.....	64
I Pengolahan Data dan Metode Analisa Data.....	67
J Etik Penelitian	69

BAB IV	72
A Hasil Penelitian	72
1. Deskripsi Wilayah Penelitian.....	72
2. Karakteristik Responden	72
3. Analisa Univariat	74
4. Analisa Bivariat.....	75
B PEMBAHASAN	75
1. Karakteristik Responden	75
2. Pengetahuan Spiritual	79
3. Perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh.....	81
4. Hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke	84
C KEKUATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN	88
1. Kekuatan Penelitian	88
2. Kelemahan Penelitian	89
BAB V.....	90
A KESIMPULAN.....	90
B SARAN.....	91
DAFTAR PUSTAKA	92
LAMPIRAN.....	97
Lampiran I: Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	98
Lampiran II: Lembar Persetujuan Menjadi Responden	99
Lampiran III: Permohonan Menjadi Asisten Penelitian.....	100
Lampiran IV: Kuesioner Data Demografi Responden.....	101
Lampiran V: Kuesioner Pengetahuan Spiritual.....	102
Lampiran VI: Kuesioner Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spiritual: Shalat Dan Thaharoh	104
Lampiran VII: Uji Validitas dan Uji Reliabilitas... Error! Bookmark not defined.	
Lampiran VIII: Hasil Analisa Data SPSS	116
Lampiran IX: Surat Survey Pendahuluan Dari FKIK UMY.....	118
Lampiran X: Surat Survey Pendahuluan Dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II	119
Lampiran XI: Surat Etik Penelitian Dari FKIK UMY.....	120
Lampiran XII: Surat Izin Penelitian Dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.....	121

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Definisi Operasional

Tabel 2. Kisi-Kisi Kuesioner Pengetahuan

Tabel 3. Kisi-Kisi Kuesioner Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Shalat Dan Thaharoh

Tabel 4. Interpretasi Reliabilitas

Tabel 5. Analisa Data

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Usia, Jenis Kelamin, Pekerjaan dan Pendidikan

Tabel 7. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Spiritual

Tabel 8. Distribusi frekuensi perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh

Tabel 9. Analisa data hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh

DAFTAR SINGKATAN

AHA: *American Heart Assosation.*

ESO: *European Stroke Organisation.*

FICA: *Faith or belief, impotence and influence, Community and Address.*

HDL: *High-Density Lipoprotein*

LDL: *Low Density Lipoprotein*

PIS : Perdarahan Intraserebral

PSA : Pendarahan Subarakhnoid

TIA : *Transient Ischemic Attack*

RIND: *Reversible Ischemic Neurologic Deficit*

DAFTAR SKEMA

Skema 1. Kerangka Konsep

Hubungan Pengetahuan Spiritual Terhadap Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spiritual: Shalat Dan Thaharoh Pasien Stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

¹Azika Sasmika, ²Ambar Relawati

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY

²Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan FKIK UMY

INTISARI

Latar Belakang: Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak akibat gangguan peredaran darah pada daerah otak, sehingga dapat menyebabkan kelumpuhan anggota gerak serta berdampak terhadap spiritualnya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Metode: Penelitian ini adalah penelitian *non-eksperimental* dengan desain *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping, sedangkan jumlah sampel adalah 43 orang dengan teknik *accidental sampling*. Analisa data menggunakan uji *spearman rho*. Penelitian ini dilakukan pada bulan April sampai Mei.

Hasil: Berdasarkan hasil uji Spearman rho didapatkan hasil pengetahuan spiritual responden adalah baik, yaitu sebanyak 38 orang (88,4%). Perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual (shalat dan thaharoh) responden baik, yaitu sebanyak 28 orang (65,1%). Hasil uji korelasi didapatkan *p-value* 0,014. Keeratan hubungan didapatkan hasil $r=0,372$ dengan arah korelasi positif.

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual:shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Saran: Peneliti selanjutnya disarankan mencari faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku responden tidak melaksanakan ibadah shalat dan thaharoh.

Kata kunci: Stroke, Spiritual, Pengetahuan, Perilaku.

Correlation of spiritual knowledge toward behavior of fulfillment spiritual need: prayer and thaharoh patients with stroke at hospital PKU Muhammadiyah Gamping

¹Azika Sasmika, ²Ambar Relawati

¹Student of Nursing Academy University Muhammadiyah Yogyakarta

²Lecturer of Nursing Academy University Muhammadiyah Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Stroke is brain function disorder that occurs suddenly and the cause is circulatory disorder in area of brain, so it can cause paralysis on the limbs and influences to the spiritual.

Objective: This study aims to knowing the correlation between spiritual knowledge toward behavior of fulfillment spiritual need: prayer and thaharoh for patients with stroke at hospital PKU Muhammadiyah Gamping.

Methods: This study is non-experimental with cross sectional design. Population in this study is patients with stroke at hospital PKU Muhammadiyah Gamping, while the total of sample are 43 peoples using accidental sampling technique. Data analysis using Spearman rho test.

Result: Based on Spearman rho test showed the results of spiritual knowledge of respondent is good, that is 38 people (88,4%). Behavior of spiritual fulfillment need: prayer and thaharoh of respondent is good, that is 28 peoples (65.1%). The results of correlation in this study showed p-value is 0,014. The relationship showed $r = 0,372$ with the correlation direction is positive.

Conclusion: There is correlation between spiritual knowledge toward behavior of fulfillment spiritual need: prayer and thaharoh for patients with stroke at hospital PKU Muhammadiyah Gamping.

Suggest: To the next study suggests to looking for the factors that influence behavior of respondent that don't do prayer and thaharoh.

Keywords: stroke, spiritual, knowledge, behavior.

BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang

Stroke merupakan gangguan neurologik mendadak yang terjadi akibat terbatasnya atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri ke bagian otak (Price & Wilson, 2006). Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul secara mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah pada daerah otak yang terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan kecacatan berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, dan daya ingat sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008). Saat ini, tingkat kepedulian masyarakat terhadap pemeliharaan kesehatan yang dapat menimbulkan risiko terjadinya stroke sangat rendah.

Menurut *American Heart Assosiation* (AHA, 2015) angka kejadian stroke pada laki-laki usia 20-39 tahun sebanyak 0,2% dan perempuan sebanyak 0,7%. Usia 40-59 tahun angka terjadinya stroke pada perempuan sebanyak 2,2% dan laki-laki 1,9%. Seseorang pada usia 60-79 tahun yang menderita stroke pada perempuan 5,2% dan laki-laki sekitar 6,1%. Prevalensi stroke pada usia lanjut semakin meningkat dan bertambah setiap tahunnya dapat dilihat dari usia seseorang 80 tahun keatas dengan angka kejadian stroke pada laki-laki sebanyak 15,8% dan pada perempuan sebanyak 14%. Prevalensi angka kematian yang terjadi di Amerika disebabkan oleh stroke dengan populasi 100.000 pada perempuan sebanyak 27,9% dan pada laki-laki sebanyak 25,8%

sedangkan di Negara Asia angka kematian yang diakibatkan oleh stroke pada perempuan sebanyak 30% dan pada laki-laki 33,5% per 100.000 populasi (AHA, 2015).

Menurut Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia (Rikesdas, 2013) angka kejadian stroke di Indonesia sangat mendesak dikarenakan jumlah penderita stroke semakin hari semakin bertambah dan menduduki urutan pertama di Asia. Di Indonesia pada usia diatas 75 tahun stroke menduduki urutan pertama sedangkan, angka kejadian pada usia 15-24 tahun penderita stroke sebanyak 2,6% dari penduduk Indonesia. Berdasarkan data riset diagnosis tenaga kesehatan di Indonesia angka kejadian stroke di Indonesia yang paling tertinggi ada di provinsi Sulawesi sebanyak 10,8% dan di Yogyakarta 10,3%. Hal ini, disebabkan gejala yang meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang terutama tertinggi kejadian stroke pada usia lebih dari 75 tahun sebanyak 43,1% (Rikesdas, 2013).

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan (Dinkes, 2014) stroke berdasarkan jenis kelamin terdapat angka kejadian pada laki-laki sebanyak 18,4% dan perempuan sebanyak 15,5%. Pembagian berdasarkan tingkat pendidikan stroke menurut diagnosa dokter dan tenaga kesehatan didapatkan data yaitu tidak sekolah 44%, tidak tamatan SD 21,2%, tamatan SD sebanyak 21,4%, tamatan SMP sebanyak 9,4%, tamatan SMA 8,7% dan tamatan perguruan tinggi sebanyak 24,3%. Menurut data Dinas Kesehatan Istimewa Yogyakarta (2014) data pasien stroke yang rawat jalan sekitar 2066 orang sedangkan data pasien stroke rawat inap di rumah sakit sebanyak 576 orang

dan yang meninggal sebanyak 82 orang selama tahun 2014. Data rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II sejak Januari sampai bulan Oktober 2015 sebanyak 239 orang yang di rawat inap.

Stroke sering terjadi secara mendadak dan menimbulkan kecacatan pada penderitanya. Stroke biasanya dapat menimbulkan kelumpuhan sehingga dapat mempengaruhi kehidupan sehari-harinya. Seseorang mengalami stroke akan mempengaruhi beberapa aspek seperti aspek kesehatan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. 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). Selain itu juga, Penderita stroke sering mengalami kecemasan dan depresi. Depresi merupakan gangguan emosi yang paling sering dikaitkan dengan stroke.

Menurut Dudung dkk (2015) hasil penelitian pada penderita stroke sebanyak 24 orang. Data yang didapatkan sebanyak 45,8% responden mengalami depresi ringan, 25% responden mengalami depresi sedang, 4,2%

responden mengalami depresi berat, 25% responden tidak mengalami depresi sehingga sebagian mengalami kekambuhan. 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. Salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pasien dengan dukungan spiritual yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien (Smeltzer, 2010 dalam Ariyani, 2011). Hal ini, kebutuhan spiritual sangat diperlukan dalam mengontrol diri seseorang dalam menghadapi masalahnya.

Menurut penelitian Romadoni (2013) menyatakan bahwa kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan beribadah, rasa nyaman, motivasi dan kasih sayang terhadap sesama maupun sang penciptanya. Pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dilihat melalui pengkajian pemahaman klien tentang spiritualnya meliputi kebiasaan beribadah, berdoa klien dan hubungan klien dengan sesama makhluk sosial lainnya (Susanto, 2009). Kebutuhan spiritual sangat diperlukan yang bertujuan agar klien merasa seimbang dan memiliki semangat hidup sehingga klien dapat meraih ketenangan jiwa, ketenangan ibadah dan kesembuhan karena Allah SWT.

Menurut Moeni (2012) dengan dipenuhinya kebutuhan spiritual, maka diharapkan pasien akan mencapai kesejahteraan spiritual. Apabila, kesejahteraan spiritual tidak tercapai maka dimensi lain seperti biologis, psikologis dan sosial tidak berfungsi dengan baik atau tidak dapat

mencapainya kapasitasnya secara maksimal sehingga derajat kualitas kehidupan yang paling tinggi tidak dapat tercapai (Omidvari, 2008 dalam Ariyani dkk, 2014). Jika, kebutuhan spiritualnya seseorang tidak terpenuhi maka akan menyebabkan distres spiritual dan perubahan perilaku. Distres spiritual merupakan gangguan kemampuan untuk mengalami dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup melalui hubungan diri sendiri, orang lain, alam atau kekuatan yang lebih besar daripada diri sendiri (Nanda, 2012). Hal ini sangat mempengaruhi kualitas hidupnya seharusnya seseorang harus meningkatkan pengetahuan spiritualnya.

Menurut pendapat Utami & Supratman (2009) pengetahuan dalam komponen spiritual sebanyak 98 responden tingkat pengetahuannya cukup. Pengetahuan dalam hal ini dipengaruhi pengalaman hidup, tingkat pendidikan (semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi tingkat pengetahuannya), kesehatan fisik (kesehatan panca indra), usia (berhubungan dengan daya tangkap atau ingatan terhadap suatu materi), media massa atau buku sebagai sumber informasi seseorang dalam belajar dan memahami yang belum mereka ketahui. Secara teoritis pengetahuan seseorang akan membentuk daya kritis untuk bersikap atau berperilaku sesuatu. Perilaku seseorang akan terpola jika dilandasi oleh pengetahuan yang baik (Notoadmojo, 2010).

Al-Quran juga telah menggambarkan dalam (surah Al-Mujadilah:11) tentang pengetahuan yang artinya *wahai orang-orang beriman, apabila dikatakan kepadamu berilah kelapangan di dalam majelis-majelis, maka lapngkanlah. Niscaya Allah SWT akan memberikan kelapangan untukmu. Apabila dikatakan kepadamu berdirilah maka berdirilah. Niscaya Allah SWT akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu*

dan orang-orang diberi ilmu beberapa derajat. Sesungguhnya, Allah SWT maha teliti terhadap apa yang kamu kerjakan.

Surah Al Mujadilah ayat 11 menjelaskan tentang keutamaan orang-orang beriman dan berilmu pengetahuan yang akan diangkat derajatnya oleh Allah SWT. Orang yang beriman merupakan orang yang paling mulia dihadapan Allah dikarenakan kepatuhannya. Orang yang memiliki ilmu pengetahuan luas akan dihormati oleh orang lain karena kemampuannya melakukan dan mengelola sesuatu apa saja yang terjadi dalam kehidupannya. Ilmu pengetahuan terutama dalam spiritual sangat bermanfaat dan dibutuhkan bagi kehidupan seseorang. Surah Al Mujadilah ayat 11 mengatakan jika seseorang beriman tetapi tidak berilmu maka dia akan menjadi orang yang lemah dan sebaliknya juga jika dia tidak beriman tapi hanya memiliki ilmu maka dia akan tersesat. Jadi dalam surat ini antara ilmu dan iman harus sejalan. Ketika seseorang memiliki ilmu dan iman maka seseorang akan merasa hidupnya lebih berguna walaupun dia sedang sakit tetapi dia tetap selalu bersyukur.

Pengetahuan tentang kebutuhan spiritual sangat penting untuk disebarluaskan dan dipahami pasien terutama pasien stroke dikarenakan dengan pengetahuan seseorang yang baik, maka akan menunjukkan perilaku kesehatan yang baik pula. Menurut Wawan dan Dewi (2011) bahwa perilaku seseorang yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif maka perilaku seseorang akan berlangsung lama (*long lasting*), sebaliknya jika perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama (Notoatmojo, 2010). Pengetahuan

seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu: faktor predisposisi merupakan faktor internal yang ada pada individu misalnya sikap, nilai, persepsi, dan keyakinan. Faktor penguat merupakan faktor yang dapat menguatkan perilaku seperti keterampilan petugas kesehatan, teman sebaya dan orang tua.

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 18 November 2015 di RS PKU Muhammadiyah Gamping di bangsal Wardah, Zaitun, Ar Royan, dan Al-Kautsar. Dilakukan wawancara dan observasi didapatkan hasil dari 8 responden, sebanyak 5 responden (62,5%) yang jarang dan sama sekali tidak pernah melakukan ibadah terutama shalat dan thaharoh. Responden mengatakan bahwa kesulitan dalam melakukan ibadahnya dan kurang mengetahui tata cara bersuci ketika sakit. Responden selama sakit ketika bersuci dengan bertayyamum menggunakan debu sedangkan dirumah sakit masih memiliki air. Ada 3 responden (37,5%) yang tahu dan melaksanakan sholat ataupun thaharoh ketika sedang sakit. Rata-rata tingkat pendidikan responden pasien stroke ini di jenjang Sekolah Dasar. Jadi, ada beberapa responden mengatakan belum tahu tata cara thaharoh dan sholat yang benar.

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti akan melakukan penelitian tentang hubungan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pada pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: sholat dan thoharah pasien stroke di rumah sakit Pusat Kesehatan Umum Muhammadiyah Gamping?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui data demografi responden
- b. Mengetahui pengetahuan spiritual pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.
- c. Mengetahui perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.
- d. Mengetahui keeretan hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

D. Manfaat Penelitian

1 Manfaat Bagi praktek Keperawatan

Sebagai sumber informasi dan masukan untuk memberikan asuhan keperawatan tentang spiritual terutama pemenuhan kebutuhan shalat dan thaharoh kepada pasien terutama yang beragama islam.

2 Manfaat Bagi pengembangan ilmu Keperawatan atau instuisi

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan, sehingga dapat meningkatkan kualitas dalam memberikan pengetahuan di bidang kesehatan dan spiritual.

3 Manfaat Bagi Responden

Dapat memberikan wawasan dan pengetahuan tentang perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual shalat dan thaharoh atau tata cara beribadah yang benar.

4 Manfaat Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai data penunjang sehingga dapat diterapkan kepada pasien yang lain dengan sebaik-baiknya dan sebagai sumber referensi untuk melakukan penelitian di bidang spiritual terutama shalat dan thaharoh.

E. Keaslian Penelitian

1. Rois (2014) perbedaan tingkat spiritual pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang di RSUD Dr.R. Goeteng Taroenadibrata purbalingga. Penelitian ini menggunakan analisis komparatif dengan desain penelitian *cross sectional*. Populasi pasien stroke di RSUD Dr. R.Goeteng

Taroenadibrata Purbalingga. Teknik pengambilan sampel yaitu *consecutive sampling* dan jumlah sampel sebanyak 50 pasien stroke. Hasil penelitian terdapat perbedaan tingkat spiritual yang bermakna antara pasien stroke serangan pertama dan serangan berulang dengan nilai $p=0,001$.

Perbedaan penelitian yaitu dalam penelitian Rois (2014) menggunakan analisa komparatif sedangkan pada metode penelitian peneliti menggunakan metode non-eksperimen bersifat korelasi dengan teknik pengambilan sample *accidental sampling* sedangkan penelitian Rois (2014) menggunakan *consecutive sampling*. Penelitian peneliti populasi yang digunakan adalah pasien stroke di rumah RS PKU Muhammadiyah Gamping sedangkan pada penelitian ini populasi yang digunakan pasien stroke di RSUD Dr. R. Goeteng Taroenadibrata Purbalingga dan teknik pengambilan sampel yaitu *consecutive sampling*. Persamaan dengan penelitian peneliti sama-sama menggunakan desain penelitian *cross sectional* dan populasi sama-sama menggunakan pasien stroke.

- 2 Yosalina, dkk (2012). Gambaran kebutuhan spiritual pada pasien stroke. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran kebutuhan spiritual pada pasien kanker payudara. Kebutuhan spiritual merupakan gabungan dari 4 komponen yaitu kebutuhan beragama, kebutuhan akan kedamaian, kebutuhan akan makna keberadaan, dan kebutuhan memberi. Jenis penelitian adalah menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian menggunakan *cross sectional*, teknik pengambilan sampling menggunakan *consecutive sampling* berjumlah 64 responden. Kuesioner

menggunakan Inventori SpNQ (*Spiritual Needs Questionnaire*). Hasil penelitian mayoritas memiliki kebutuhan spiritual yang tinggi.

Perbedaan dengan penelitian peneliti yaitu metode yang digunakan peneliti menggunakan metode non-eksperimen bersifat korelasi sedangkan dalam penelitian Yosalina menggunakan metode deskriptif. Penelitian ini menggunakan responden pasien kanker payudara sedangkan pada penelitian peneliti menggunakan responden pasien stroke. Teknik pengambilan sampling yang digunakan pada penelitian ini menggunakan *consecutive sampling* sedangkan pada penelitian peneliti menggunakan teknik *accidental sampling*. Persamaan dengan penelitian peneliti sama-sama menggunakan dengan desain penelitian *cross sectional* dan sama melakukan penelitian tentang kebutuhan spiritual.

- 3 Narulita (2015). Gambaran tingkat pengetahuan dan pelaksanaan shalat terhadap pemenuhan kebutuhan shalat dan thaharoh pasien rawat inap Pusat Kesehatan Umum Muhammadiyah Gamping. Penelitian ini menggunakan *deskriptik analitik* dan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sample dengan teknik total sampling dan penelitian ini dilakukan di empat bangsal dewasa di RS PKU Muhammadiyah Gamping pada bulan Maret sampai April 2015 dengan jumlah responden 50 orang. Perbedaan penelitian saya menggunakan jenis penelitian *non-eksperimen* yang bersifat *corelation* dengan teknik pengambilan sampling menggunakan *accidental sampling*. Persamaan sama menggunakan pendekatan *cross sectional* dan variabel

yang diteliti sama-sama menggunakan kebutuhan spiritual:sholat dan thaharoh di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A Stroke

1 Definisi Stroke

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficite neurologis*) akibat terhamatnya aliran darah ke otak (Junaidi, 2011). Menurut Ginsberg (2007) stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal atau global yang terjadi secara cepat dan mendadak (dalam menit atau pun detik) yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Jadi, stroke merupakan gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa menit dan jam.

2 Klasifikasi Stroke

a. Stroke Iskemik

Stroke Iskemik (*non hemoragic*) adalah penurunan aliran darah ke bagian otak yang disebabkan karena vasokonstriksi akibat penyumbatan pada pembuluh darah arteri sehingga suplai darah ke otak mengalami penurunan (Mardjono & Sidharta, 2008). Stroke iskemik merupakan suatu penyakit yang diawali dengan terjadinya serangkain perubahan dalam otak yang terserang, apabila tidak ditangani akan segera berakhir dengan kematian di bagian otak. Stroke ini sering diakibatkan oleh

trombosis akibat plak aterosklerosis arteri otak atau suatu emboli dari pembuluh darah di luar otak yang tersangkut di arteri otak. Jenis stroke ini merupakan jenis stroke yang paling sering menyerang seseorang sekitar 80% dari semua stroke (Junaidi, 2011). Berdasarkan manifestasi klinis menurut *ESO executive committee* dan *ESO writing committee* (2008) dan Jauch dkk (2013) yaitu:

- 1) TIA (*transient ischemic attack*) atau serangan stroke sementara: gejala defisit neurologis hanya berlangsung kurang dari 24 jam. TIA menyebabkan penurunan jangka pendek dalam aliran darah ke suatu bagian dari otak. TIA biasanya berlangsung selama 10-30 menit.
- 2) RIND (*Reversible Ischemic Neurologic Deficit*): gejala defisit neurologi yang akan menghilang dalam waktu lebih lama dari 24 jam, tetapi gejala akan menghilang tidak lebih dari 7 hari.
- 3) Stroke evaluasi (*Progressing Stroke*): kelainan atau defisit neurologi yang berlangsung secara bertahap dari yang ringan sampai yang berat sehingga makin lama makin berat.
- 4) Stroke komplit (*Completed Stroke*): kelainan neurologis yang sudah menetap dan tidak berkembang lagi.

b. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik merupakan stroke yang disebabkan oleh karena adanya perdarahan suatu arteri serebralis yang menyebabkan kerusakan otak dan gangguan fungsi saraf. Darah yang keluar dari pembuluh darah dapat masuk ke dalam jaringan otak sehingga terjadi hematoma (Junaidi,

2011). Berdasarkan perjalanan klinisnya stroke hemoragik di kelompokkan sebagai berikut:

1) PIS (Perdarahan intraserebral)

Perdarahan intraserebral disebabkan karena adanya pembuluh darah intraserebral yang pecah sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial atau intraserebral sehingga terjadi penekanan pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan penurunan aliran darah otak dan berujung pada kematian sel sehingga mengakibatkan defisit neurologi (Smeltzer & Bare, 2005). Perdarahan intraserebral (PIS) adalah perdarahan yang primer berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh hipertensi dan penyakit darah seperti hemofilia (Pizon & Asanti, 2010).

2) PSA (Pendarahan subaraknoid)

Pendarahan subaraknoid merupakan masuknya darah ke ruang subaraknoid baik dari tempat lain (pendarahan subaraknoid sekunder) atau sumber perdarahan berasal dari rongga subaraknoid itu sendiri (pendarahan subaraknoid) (Junaidi, 2011). Perdarahan subaraknoidal (PSA) merupakan perdarahan yang terjadi masuknya darah ke dalam ruangan subaraknoid (Pizon & Asanti, 2010).

3 Patofisiologi Stroke

Otak sangat tergantung kepada oksigen dan otak tidak mempunyai cadangan oksigen apabila tidak adanya suplai oksigen maka metabolisme di otak mengalami perubahan, kematian sel dan kerusakan permanen dapat terjadi dalam waktu 3 sampai 10 menit. Iskemia dalam waktu lama menyebabkan sel mati permanen dan berakibat menjadi infark otak yang disertai edem otak sedangkan bagian tubuh yang terserang stroke secara permanen akan tergantung kepada daerah otak mana yang terkena. Stroke itu sendiri disebabkan oleh adanya arterosklerosis (Junaidi, 2011).

Arterosklerosis terjadi karena adanya penimbunan lemak yang terdapat di dinding-dinding pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah ke jaringan otak. Arterosklerosis juga dapat menyebabkan suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat sehingga menyebabkan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (Amin & Hardhi, 2013). Arterosklerosis dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah atau trombus yang melekat pada dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan sumbatan pada pembuluh darah. Apabila arteriosklerosis bagian trombus terlepas dari dinding arteri akan mengikuti aliran darah menuju arteri yang lebih kecil dan akan menyebabkan sumbatan yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah (Wang, 2005).

4 Faktor resiko

Menurut Israr (2008) ada beberapa macam faktor resiko yang menyebabkan terjadinya stroke yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi merupakan faktor yang dapat dicegah terjadinya suatu penyakit dengan cara memberikan intervensi. Faktor risiko ini dipengaruhi oleh banyak hal terutama perilaku. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi meliputi hipertensi, stress, diabetes melitus, penyakit jantung, merokok, dan konsumsi alkohol. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor risiko yang tidak dapat dirubah walaupun dilakukan intervensi karena termasuk karakteristik seseorang mulai dari awal kehidupannya. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia dan jenis kelamin.

a. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Stroke dapat terjadi pada semua orang dan pada semua usia, termasuk anak-anak. Kejadian penderita stroke iskemik biasanya berusia lanjut (60 tahun keatas) dan resiko stroke meningkat seiring bertambahnya usia dikarenakan mengalaminya degeneratif organ-organ dalam tubuh (Amin & Hardhi, 2013). Sedangkan menurut Pinzon dan Asanti (2008) stroke dapat terjadi pada semua usia, namun lebih dari 70% stroke terjadi pada usia di atas 65 tahun. Perubahan struktur pembuluh darah

karena penuaan dapat menjadi salah satu faktor terjadi serangan stroke (Masood dkk, 2010).

Riset Kesehatan Dasar Daerah Istimewa Yogyakarta (2014) mengemukakan berdasarkan diagnosa dokter dan tenaga kesehatan atau gejala pengelompokan stroke menurut usia, pada usia >15-24 tahun sebanyak 1,7%. Usia 25-34 tahun sebanyak 3,3% sedangkan, usia 35-44 tahun sebanyak 8,1% pada usia seseorang 45-54 tahun sebanyak 16,4%. Usia sekitar 55-64 tahun sebanyak 37,4%, untuk usia 65-74 tahun sebanyak 59,5% sedangkan pada usia >75 tahun sebanyak 70,3%. Menurut Potter dan Perry (2010) berdasarkan klasifikasi usia bahwa pada usia 20-40 tahun memasuki usia dewasa awal, pada usia 41-60 tahun memasuki usia dewasa tengah dan ketika pada usia >60 tahun memasuki kategori usia lanjut.

2) Jenis kelamin

Pria memiliki kecenderungan lebih besar untuk terkena stroke pada usia dewasa awal dibandingkan dengan wanita dengan perbandingan 2:1. Insiden stroke lebih tinggi terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan rata-rata 25%-30%. Walaupun para pria lebih rawan daripada wanita pada usia yang lebih muda, tetapi para wanita akan menyusul setelah usia mereka mencapai menopause. Hal ini, hormon merupakan yang berperan dapat

melindungi wanita sampai mereka melewati masa-masa melahirkan anak (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012).

Usia dewasa awal (18-40 Tahun) perempuan memiliki peluang yang sama juga dengan laki-laki untuk terserang stroke. Hal ini membuktikan bahwa resiko laki-laki dan perempuan untuk terserang stroke pada usia dewasa awal adalah sama. Pria memiliki risiko terkena stroke iskemik atau perdarahan intraserebral lebih tinggi sekitar 20% daripada wanita. Namun, wanita memiliki resiko perdarahan subaraknoid sekitar 50%. Sehingga baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang sama untuk terkena stroke pada usia dewasa awal 18-40 Tahun (Handayani, 2013).

b. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

1) Stres

Pengaruh stres yang dapat ditimbulkan oleh faktor stres pada proses aterosklerosis melalui peningkatan pengeluaran hormon seperti hormon kortisol, epinefrin, adrenalin dan ketokolamin. Dikeluarkannya hormon kortisol, hormon adrenalin atau hormon kewaspadaan lainnya secara berlebihan akan berefek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Sehingga bila terlalu sering dapat merusak dinding pembuluh darah dan menyebabkan terjadinya plak. Jika sudah terbentuk plak akan menghambat atau berhentinya peredaran darah ke bagian otak

sehingga menyebabkan suplai darah atau oksigen tidak adekuat (Junaidi, 2011).

2) Hipertensi

Hipertensi adalah peningkatan tekanan darah di atas normal dimana tekanan darah sistolik diatas 140 mmHg dan tekanan distolik diatas 90 mmHg. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak, sedangkan penyempitan pembuluh darah dapat mengurangi suplai darah otak dan menyebabkan kematian sel-sel otak. Hipertensi mempercepat pengerasan dinding pembuluh darah arteri dan mengakibatkan penghancuran lemak pada sel otot polos sehingga mempercepat proses arteriosklerosis, melalui efek penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang berakibat pembentukan plak pada pembuluh darah semakin cepat (Junaidi, 2011).

Menurut Burhanuddin, Wahidudin, dan Jumriani (2012) mengemukakan hipertensi sering disebut sebagai penyebab utama terjadinya stroke. Hal ini disebabkan peningkatan tekanan darah dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah yang dapat mengakibatkan terjadinya stroke. Hipertensi menyebabkan kerusakan dinding pembuluh darah karena adanya tekanan darah yang melebihi batas normal dan pelepasan kolagen. Endotel yang terkelupas menyebabkan membran basal bermuatan positif

menarik trombosit yang bermuatan negatif sehingga terjadi agregasi trombosit. Selain itu, terdapat pelepasan trombokinase sehingga menyebabkan gumpalan darah yang stabil dan bila pembuluh darah tidak kuat lagi menahan tekanan darah yang tinggi akan berakibat fatal pecahnya pembuluh darah pada otak maka terjadilah stroke.

3) Diabetes Melitus

Diabetes melitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis baik pada pembuluh darah kecil maupun pembuluh darah besar atau pembuluh darah otak dan jantung. Kadar glukosa darah yang tinggi akan menghambat aliran darah dikarenakan pada kadar gula darah tinggi terjadinya pengentalan darah sehingga menghambat aliran darah ke otak. Hiperglikemia dapat menurunkan sintesis prostasiklin yang berfungsi melebarkan saluran arteri, meningkatkannya pembentukan trombusis dan menyebabkan glikolisis protein pada dinding arteri (Wang, 2005).

Diabetes melitus juga dapat menimbulkan perubahan pada sistem vaskular (pembuluh darah dan jantung), diabetes melitus mempercepat terjadinya arteriosklerosis yang lebih berat, lebih tersebar sehingga risiko penderita stroke meninggal lebih besar. Pasien yang memiliki riwayat diabetes melitus dan menderita stroke mungkin diakibatkan karena riwayat diabetes melitus

diturunkan secara genetik dari keluarga dan diperparah dengan pola hidup yang kurang sehat seperti banyak mengonsumsi makanan yang manis dan makanan siap saji yang tidak diimbangi dengan berolahraga teratur atau cenderung malas bergerak (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012).

4) Hiperkolestrolema

Secara alamiah tubuh kita lewat fungsi hati membentuk kolesterol sekitar 1000 mg setiap hari dari lemak jenuh. Selain itu, tubuh banyak dipenuhi kolesterol jika mengonsumsi makanan berbasis hewani, kolesterol inilah yang menempel pada permukaan dinding pembuluh darah yang semakin hari semakin menebal dan dapat menyebabkan penyempitan dinding pembuluh darah yang disebut aterosklerosis. Bila di daerah pembuluh darah menuju ke otot jantung terhalang karena penumpukan kolesterol maka akan terjadi serangan jantung. Sementara bila yang tersumbat adalah pembuluh darah pada bagian otak maka sering disebut stroke (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012).

Kolestrol merupakan zat di dalam aliran darah di mana semakin tinggi kolestrol semakin besar kolestrol tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Hiperkolestrol akan meningkatkannya LDL (lemak jahat) yang akan mengakibatkan terbentuknya arterosklerosis yang

kemudian diikuti dengan penurunan elastisitas pembuluh darah yang akan menghambat aliran darah (Junaidi, 2011).

5) Merokok

Merokok adalah salah satu faktor resiko terbentuknya lesi aterosklerosis yang paling kuat. Nikotin akan menurunkan aliran darah ke ekstermitas dan meningkatkan frekuensi jantung atau tekanan darah dengan menstimulasi sistem saraf simpatis. Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh kandungan nikotin di rokok dan terganggunya konsentrasi fibrinogen, kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah (Priyanto, 2008).

Merokok adalah penyebab nyata kejadian stroke yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal dibandingkan lebih tua. Risiko stroke akan menurun setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis (Pizon & Asanti, 2010). Arteriosklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah yang lambat karena terjadi viskositas (kekentalan). Sehingga dapat menimbulkan tekanan pembuluh darah atau pembekuan darah pada bagian dimana aliran melambat dan menyempit.

Merokok meningkatkan juga oksidasi lemak yang berperan pada perkembangan arteriosklerosis dan menurunkan jumlah HDL (kolesterol baik) atau menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan (Burhanuddin, Wahidudin, Jumriani, 2012).

6) Konsumsi Alkohol

Alkohol merupakan faktor resiko untuk stroke iskemik dan kemungkinan juga terkena serangan stroke hemoragik. Minuman beralkohol dalam waktu 24 jam sebelum serangan stroke merupakan faktor resiko untuk terjadinya perdarahan subarakhnoid. Alkohol merupakan racun untuk otak dan apabila seseorang mengkonsumsi alkohol akan mengakibatkan otak akan berhenti berfungsi (Priyanto, 2008).

5 Komplikasi Stroke

Menurut Junaidi (2011) komplikasi yang sering terjadi pada pasien stroke yaitu:

- a. Dekubitus merupakan tidur yang terlalu lama karena kelumpuh dapat mengakibatkan luka/lecet pada bagian yang menjadi tumpuan saat berbaring, seperti pinggul, sendi kaki, pantat dan tumit. Luka dekubitus jika dibiarkan akan menyebabkan infeksi.
- b. Bekuan darah merupakan bekuan darah yang mudah terjadi pada kaki yang lumpuh dan penumpukan cairan.

- c. Kekuatan otot melemah merupakan terbaring lama akan menimbulkan kekakuan pada otot atau sendi. Penekanan saraf peroneus dapat menyebabkan *drop foot*. Selain itu dapat terjadi kompresi saraf ulnar dan kompresi saraf femoral.
- d. Osteopenia dan osteoporosis, hal ini dapat dilihat dari berkurangnya densitas mineral pada tulang. Keadaan ini dapat disebabkan oleh imobilisasi dan kurangnya paparan terhadap sinar matahari.
- e. Depresi dan efek psikologis dikarenakan kepribadian penderita atau karena umur sudah tua. 25% menderita depresi mayor pada fase akut dan 31% menderita depresi pada 3 bulan paska stroke s dan keadaan ini lebih sering pada hemiparesis kiri.
- f. Inkontinensia dan konstipasi pada umumnya penyebab adalah imobilitas, kekurangan cairan dan intake makanan serta pemberian obat.
- g. Spastisitas dan kontraktur pada umumnya sesuai pola hemiplegi dan nyeri bahu pada bagian di sisi yang lemah. Kontraktur dan nyeri bahu (*shoulder hand syndrome*) terjadi pada 27% pasien stroke.

Stroke tidak hanya menyerang orang yang sakit saja tetapi juga dapat menyerang orang secara fisik yang sehat juga. Stroke datangnya secara tiba-tiba dalam waktu sejenak, beberapa menit, jam atau setengah hari. Hal ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya stress yang tinggi (Smeltzer, Bare, 2005 & Junaidi, 2011). Stres dan depresi merupakan gangguan emosi yang paling sering dikaitkan dengan stroke

dan 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).

Menurut *ESO executive committee and ESO writing committee* (2008) dan *Stroke National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transite ischemic attack* (2014), daerah-daerah (*domain*) neurologis yang mengalami gangguan akibat stroke dapat dikelompokkan yaitu:

- a. Motor: gangguan motorik adalah yang paling prevalen dari semua kelainan yang disebabkan oleh stroke dan pada umumnya meliputi muka, lengan, dan kaki maupun dalam bentuk gabungan atau seluruh tubuh. Biasanya manifestasi stroke seperti hemiplegia, hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh), hilang atau menurunnya refleks tendon. Hemiparesis adalah kekuatan otot yang berkurang pada sebagian tubuh dimana lengan dan tungkai sisi lumpuh sama beratnya ataupun dimana lengan sisi lebih lumpuh dari tungkai atau sebaliknya sedangkan hemiplegia adalah kekuatan otot yang hilang.
- b. Sensori: defisit sensorik berkisar antara kehilangan sensasi primer sampai kehilangan persepsi yang sifatnya lebih kompleks. Penderita mungkin menyatakannya sebagai perasaan kesemutan, rasa baal, atau gangguan sensitivitas.

- c. Penglihatan: stroke dapat menyebabkan hilangnya visus secara monokuler, hemianopsia homonim, atau kebutaan kortikal.
- d. Bicara dan bahasa: disfasia mungkin tampak sebagai gangguan komprehensi, lupa akan nama-nama, adanya repetisi, dan gangguan membaca dan menulis. Kira-kira 30% penderita stroke menunjukkan gangguan bicara. Kelainan bicara dan bahasa dapat mengganggu kemampuan penderita untuk kembali ke kehidupan mandiri seperti sebelum sakit.
- e. Kognitif: kelainan ini berupa adanya gangguan memori, atensi, orientasi, dan hilangnya kemampuan menghitung. Sekitar 15-25% penderita stroke menunjukkan gangguan kognitif yang nyata setelah mengalami serangan akut iskemik.
- f. Afek: gangguan afeksi berupa depresi adalah yang paling sering menyertai stroke. Depresi cenderung terjadi beberapa bulan setelah serangan dan jarang pada saat akut.

B Pengetahuan spiritual dan religius

1 Definisi pengetahuan spiritual dan religius

Pengetahuan merupakan hasil "tahu" yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu dan penginderaan terjadi melalui pancaindra dan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan seseorang diperoleh melalui panca indera yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan yang hadir dalam kesadaran bersifat spontan dan subyektif,

sebagian besar pengetahuan diperoleh dari indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata) (Romadona, 2012).

Spiritual adalah sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan) yang menimbulkan suatu kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya tuhan dan permohonan maaf atas kesalahan yang pernah di buat (Azis, 2014). Menurut Rois (2014) spiritual merupakan multidimensi yang terdiri dari dimensi vertikal dan dimensi horisontal. Dimensi vertikal adalah hubungan individu dengan Tuhan yang dapat menuntun dan mempengaruhi individu dalam menjalani kehidupannya, sedangkan dimensi horisontal merupakan hubungan individu dengan dirinya sendiri, orang lain dan dengan lingkungannya. Jadi, pengetahuan spiritual merupakan hasil tahu seseorang yang dipercayai dalam hubungannya terhadap kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan) yang menimbulkan suatu kebutuhan serta permohonan maaf atas kesalahan yang pernah di buat.

Religius adalah Sebuah proses untuk mencari sebuah jalan kebenaran yang berhubungan dengan sesuatu yang sakral, tingkah laku manusia yang sepenuhnya dibentuk oleh kepercayaan kepada kegaiban atau alam gaib dan sikap untuk melaksanakan upacara keagamaan yang berhubungan dengan Tuhan (Azizah, 2006).

Kerohanian adalah suatu sikap dan kepercayaan individu terkait dengan kelebihan (Tuhan) atas kehidupan dan alam dimensi seseorang terkait dengan nilai dan tujuan akhir dengan makna kehidupan (Borneman &

Punchalski, 2010). Menurut pendapat Borneman dan Punchalski (2010) mengatakan bahwa spiritualitas merupakan sumber coping bagi individu dengan cara membuat individu memiliki keyakinan dan harapan positif, mampu menerima kondisi, sumber kekuatan dan membuat hidup lebih berarti. Selain itu, Borneman dan Punchalski (2010) mengemukakan bahwa spiritual dapat dikaji melalui 4 domain dari FICA, yakni *Faith or belief* (iman/kepercayaan), *Importance and influence* (dampak dan pengaruh), *Community* (komunitas) dan *Address in Care* (alamat).

2 Tingkatan pengetahuan

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah di pelajari sebelumnya, pada tingkatan ini merupakan suatu hal yang mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang di pelajari atau rangsangan yang diterima (Notoadmojo, 2010). Menurut Wawan & Dewi (2011) tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari yaitu menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, dan menyatakan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami merupakan kemampuan seseorang bukan hanya tahu saja tetapi dapat menginterpretasikan atau mengulang informasi dengan bahasa sendiri secara benar tentang objek yang diketahui (Notoadmojo, 2010). Maulana (2009) mengemukakan memahami merupakan

kemampuan seseorang yang telah paham tentang menjelaskan, memberikan contoh dan menyimpulkan.

c. Aplikasi (*Appilication*)

Aplikasi merupakan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi ataupun kondisi real yang sebenarnya (Wawan & Dewi, 2011). Menurut Maulana (2009) kemampuan untuk menggunakan materi dan bahan yang sudah dipelajari pada keadaan nyata misalnya: menggunakan hukum, rumus, metode dalam situasi nyata.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisa adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitanya satu dengan yang lainnya. Kemampuan ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan, membedakan dan mengelompokan (Notoadmojo, 2010). Menurut Wawan & Dewi (2011) suatu kemampuan untuk menyatakan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen tetapi masih di dalam struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitanya satu sama lain. Analisa merupakan kemampuan untuk menguraikan objek kedalam bagian kecil tetapi masih dalam struktur yang sama dan dapat membedakan pengertian fisiologi dan psikologi (Maulana, 2009).

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada (Notoadmojo, 2010). Kemampuan untuk menghubungkan, menyusun, meringkas, merencanakan dan menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang sudah ada (Maulana, 2009).

f. Evaluasi (*evaluasi*)

Evaluasi diartikan sebagai kemampuan membuat penilaian dan pemikiran terhadap suatu objek atau materi berdasarkan kriteria yang telah ditentukan sendiri atau norma yang berlaku di masyarakat (Notoadmojo, 2010). Evaluasi merupakan suatu cara yang dilakukan untuk mengukur hasil dan penilaian terhadap suatu materi (Maulana, 2009).

3 Macam-macam pengetahuan

Pengetahuan merupakan bagian dari perilaku kesehatan. Jenis pengetahuan diantaranya sebagai berikut (Budiman, 2013):

a. Pengetahuan implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata seperti keyakinan pribadi, perspektif dan prinsip. Pengetahuan seseorang biasanya sulit untuk di transfer ke orang lain

baik secara tertulis maupun lisan. Pengetahuan implisit seringkali menjadi kebiasaan dan budaya bahkan bisa tidak disadari.

b. Pengetahuan eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau disimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan.

4 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

a. Faktor internal

Menurut Wawan & Dewi (2011) faktor internal adalah faktor yang mempengaruhi seseorang dari dalam dirinya. Ada beberapa yang dapat mempengaruhi faktor dari dalam diri seseorang yaitu:

- 1) Usia merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan yaitu semakin bertambah usia seseorang maka tingkat kematangan seseorang akan lebih tinggi pada saat berfikir dan bekerja (Wawan & Dewi, 2011). Sedangkan menurut Azwar (2009) dimata masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum dewasa. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya, dimana semakin tua seseorang maka seseorang akan semakin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi.
- 2) Pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti terjadi proses pertumbuhan, perkembangan atau perubahan kearah lebih

dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka makin mudah menemukan informasi, jika semangkin banyak ilmu pengetahuan yang dicari seseorang maka semakin banyak pengetahuan yang dimiliki orang tersebut (Wawan & Dewi, 2011). Sedangkan menurut Notoadmojo (2010) pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan dan bantuan yang diberikan kepada seseorang yang menuju kepada kedewasaan. Seseorang yang berpendidikan tinggi, cenderung memiliki pengetahuan yang luas.

- 3) Motivasi merupakan suatu dorongan keinginan dan penggerak yang berasal dari dalam diri seseorang untuk melakukan sesuatu dengan mengesampingkan hal-hal yang kurang bermanfaat. Agar motivasi muncul diperlukan rangsangan dari dalam dan dari luar individu (Budiman, 2013).
- 4) Minat diartikan sebagai suatu keinginan atau kecenderungan yang tinggi terhadap sesuatu, seseorang dapat mencoba atau menekuni suatu hal sehingga dapat memperoleh pengetahuan yang mendalam dan lebih rinci (Budiman, 2013).
- 5) Pengalaman adalah suatu peristiwa yang dialami seseorang dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dari diri sendiri maupun orang lain di masa lalu. Pengalaman yang kurang baik cenderung dilupakan oleh seseorang, tetapi jika

pengalaman dapat membuat seseorang merasa senang secara psikologis maka akan timbul kesan yang tertinggal sehingga menghasilkan perilaku positif (Budiman, 2013). Sedangkan menurut Notoadmojo (2010) pengalaman merupakan sesuatu yang dimiliki seseorang secara langsung maupun tidak langsung akan menambah pengetahuan tentang sesuatu yang bersifat formal dan informal.

b. Faktor eksternal

Menurut Notoadmojo (2010), faktor eksternal adalah suatu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang dari luar. Ada beberapa hal yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

- 1) Sumber informasi mempengaruhi tingkat pengetahuan. Paparan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber, antara lain: buku cerita, media massa seperti koran, majalah, ataupun televisi, serta saling bertukar informasi (Notoadmojo, 2007) sedangkan menurut Budiman (2013) informasi diartikan suatu teknik atau cara untuk mengumpulkan informasi yang ingin diketahui untuk tujuan tertentu.
- 2) Sosial budaya (*culture*) merupakan budaya setempat yang biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya pengetahuan seseorang. Dapat dilihat dari tiap-tiap etnis di Indonesia yang berbeda-beda, karena memang masing-masing etnis mempunyai budaya yang berbeda yang mempunyai ciri khas masing-masing

dan dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang atau perilakunya. Kebudayaan memiliki pengaruh yang besar terhadap pengetahuan dalam pembentukan sikap kepribadian atau sikap seseorang (Notoadmojo, 2007). Tradisi yang biasanya turun-menurun baik positif maupun negatif dalam suatu kebudayaan dapat mempengaruhi pengetahuan, persepsi, dan sikap (Budiman, 2013).

- 3) Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Seseorang akan lebih tahu jika dia mampu berinteraksi dengan baik dengan lingkungannya dikarenakan lingkungan sangat berperan aktif dalam proses pengetahuannya (Budiman, 2013). Lingkungan yang baik akan membentuk kepribadian yang baik juga maupun sebaliknya jika lingkungan seseorang kurang baik maka berpengaruh terhadap kepribadian seseorang yang berefek kurang baik juga (Notoadmojo, 2010).

Menurut Wawan dan Dewi (2011) bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dari penginderaan yang akan menambah wawasan terhadap seseorang. Menurut teori Notoadmojo (2010) bahwa pengetahuan diinterpretasikan yaitu:

- a. Baik, bila nilai diperoleh 76%-100%
- b. Cukup Baik, bila nilai yang diperoleh 56%-75%
- c. Kurang Baik, bila yang diperoleh <56% (Notoadmojo, 2010)

5 Perkembangan spiritual

- a. Usia anak-anak (6-12 tahun) mendapatkan dasar spiritual, kebersamaan, rasa percaya, harapan, cinta dan kasih sayang. Masa ini anak dapat dipengaruhi oleh contoh atau tindakan yang ada. Anak menghubungkan yang ada dipikirkannya dengan keadaan yang berada di lingkungannya (Kozier, 2008).
- b. Usia remaja (12-18 tahun) merupakan tahap perkumpulan kepercayaan yang ditandai dengan adanya partisipasi aktif pada aktivitas keagamaan. Perkembangan spiritual pada masa ini sudah melalui meminta dan berdoa kepada penciptanya yang berarti sudah mulai membutuhkan pertolongan melalui keyakinan dan kepercayaan jika permintaannya tidak terpenuhi akan menimbulkan rasa kecewa (Azis, 2014). Menurut Rois (2012) pada usia ini seseorang akan membandingkan antara orang tuanya dengan orang tua orang lain dan terkadang membandingkan antara pandangan ilmiah dengan pandangan agama serta ingin mencoba mempersatukan. Ketika pada saat masa remaja seseorang yang mempunyai orang tua berbeda agamanya, mereka akan memutuskan pilihan mana yang akan dianutnya atau tidak dipilih satupun dari kedua agama yang dianutnya.
- c. Usia dewasa awal (18-25) merupakan masa pencarian kepercayaan, diawali dengan proses pertanyaan akan keyakinan atau kepercayaan yang dikaitkan secara kognitif sebagai bentuk yang tepat untuk

mempercayainya. Pada usia ini pemikiran seseorang sudah bersifat rasional semua tentang kepercayaan harus di jawab secara rasional dan timbul perasaan akan penghargaan terhadap kepercayaan (Azis, 2014). Sedangkan menurut Rois (2012) pada usia ini mereka dihadapkan pada pertanyaan yang bersifat keagamaan dari anak-anaknya. Mereka akan membuka memori masa lalu ketika masih anak-anak tentang apa yang pernah didapatkannya terkait masalah keagamaan untuk menjawab setiap pertanyaan dari anak-anaknya. Masukan atau jawaban dari orang tua dulu dipakai untuk mendidik anaknya.

- d. Usia pertengahan dewasa (25-38 tahun) dan lansia (>65 tahun) merupakan tingkatan kepercayaan dari diri sendiri, perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya (Azis, 2014) masa ini mempunyai banyak waktu untuk melakukan kegiatan keagamaan dan berusaha untuk memahami setiap nilai-nilai agama yang diyakininya. Perasaan kehilangan karena tidak aktif dan melihat atau menghadapi kematian orang lain menimbulkan kesepian dan mawas diri (Rois, 2014).

6 Fungsi spiritual

Spiritual merupakan sumber dukungan atau kekuatan individu supaya dapat mencapai kualitas dan kesejahteraan hidup yang lebih baik

terutama dapat meringankan masalah psikologis dan meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengatasi secara emosional (El Noor, 2012). Ketika mengalami stres, seseorang akan mencari sumber dukungan dari agama yang di anutnya. Dukungan seperti ini sangat penting bagi setiap individu yang sedang sakit atau memerlukan proses penyembuhan yang lama. Dukungan yang diberikan supaya individu yang sakit dapat menerima keadaan yang dialaminya dan setiap masalahnya. Ritual agama seperti halnya berdoa, membaca kitab dan ritual agama yang lain merupakan cara memenuhi kebutuhan spiritualnya (Romadona, 2012).

Spiritual bermanfaat untuk menghadapi persoalan, menjalani hidup dan menempatkan perilaku ke dalam konteks yang lebih bermakna. Saat stress, spiritual digunakan sebagai sumber dukungan maupun kekuatan (Dwidiyanti 2008 & Ginanjar 2010). Spiritual menjadi sumber coping yang membuat kualitas hidup lebih baik, memberikan rasa damai serta menjalin hubungan yang harmonis dengan Tuhan (Utami & Supratman, 2009). Menurut Hamid (2008) dalam pernyataannya diungkapkan bahwa manfaat praktik-praktik spiritual itu sendiri dapat membantu menjadi *buffer* atau penyangga rasa sakit yang dirasakan seseorang akibat dari pengalaman yang buruk. Berdasarkan penelitian Ariani (2014) tentang intervensi perawatan spiritual dan tingkat stres pasien gagal jantung kongestif di rumah sakit Prof. R. D. Kandou Manado bahwa ada hubungan yang signifikan antara intervensi perawatan spiritual terhadap

tingkat stress pasien dengan diagnosa gagal jantung kongestif baik secara fisiologis maupun psikologis.

7 Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritual

a. Perkembangan

Perkembangan dapat menentukan proses pemenuhan kebutuhan spiritual, karena setiap tahap perkembangan memiliki cara meyakini kepercayaan terhadap tuhan (Azis, 2014). Sedangkan menurut Rois (2012) kebutuhan spiritual seseorang dipengaruhi perkembangan seseorang semakin bertambahnya usia seseorang, maka spiritual seseorang akan semakin bertambah karena mereka akan merasakan kedekatan dengan Tuhan.

b. Keluarga

Keluarga memiliki peran yang cukup strategis dalam memenuhi kebutuhan spiritual di dalam keluarga seseorang belajar dan mendapatkan ilmu tentang spiritual dan penggunaan dalam kehidupan. Maka, keluarga yang memiliki kekuatan untuk pembentukan tentang spiritual dan mempengaruhi seseorang dalam bertindak (Azis, 2014). Sedangkan menurut Rois (2014) Keluarga memiliki peran dalam membentuk spiritual seseorang dikarenakan merupakan tahap awal dari perkembangan spiritualitas. Dari keluarga seseorang akan mendapatkan pengalaman, pandangan hidup tentang spiritual dan belajar tentang Tuhan, diri sendiri, serta kehidupan yang dijalannya. Keluarga memiliki peran yang sangat

vital karena keluarga merupakan tempat pendidikan pertama yang didapatkan oleh seorang anak. Keluarga juga memiliki ikatan emosional yang kuat dalam kehidupan sehari-harinya karena selalu berinteraksi.

Peran orang tua menentukan dalam perkembangan spiritual anak. Hal yang penting diajarkan orang tua kepada anaknya yaitu tentang Tuhan, kehidupan, diri sendiri dari perilaku orang tua (Taylor dan Craven (1997) dalam Ismi (2015)). Sehingga, keluarga merupakan lingkungan terdekat dan pengalaman pertama anak dalam mempersepsikan kehidupan di dunia, maka pandangan anak diwarnai oleh pengalaman mereka dalam berhubungan dengan saudara dan orang tua (Kozier, 2008).

c. Ras/suku

Ras/suku memiliki keyakinan/kepercayaan yang berbeda, sehingga proses pemenuhan kebutuhan spiritual pun berbeda sesuai dengan keyakinan yang dimiliki (Azis, 2014). Ras mempengaruhi sikap, keyakinan dan nilai seseorang yang pada umumnya mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Individu belajar pentingnya menjalankan kegiatan agama, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan di dalam masyarakat (Rois, 2014).

d. Agama yang dianut

Agama merupakan hal yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang dikarenakan agama sebagai keyakinan seseorang terhadap Tuhan-nya dan tempat untuk mempraktikkan spiritualitasnya. Apabila seseorang secara tiba-tiba harus kehilangan fungsi anggota tubuh yang disebabkan karena stroke maka dapat menyebabkan distress spiritual dan perubahan perilaku (Rois, 2014). Hal tersebut membuat individu menjadi kehilangan kontrol terhadap dirinya sendiri.

Menurut Azis, (2014), agama adalah salah satu cara yang dapat dijadikan sebagai sumber kekuatan dan kesejahteraan hidup melalui ibadah yang dijalankannya seperti sholat, berdzikir, dan berdoa sehingga individu akan lebih menerima terhadap kejadian yang dialaminya serta menemukan makna dari tujuan hidup. Keyakinan pada agama tertentu yang dimiliki oleh seseorang dapat menentukan arti pentingnya kebutuhan spiritual.

C Perilaku kebutuhan spiritual

1 Definisi perilaku

Perilaku merupakan suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup dari respon seseorang yang bersangkutan sehingga apa yang dikerjakan oleh organisme (mahluk hidup) tersebut, baik yang dapat diamati secara langsung maupun secara tidak langsung (Notoatmodjo, 2010). Perilaku adalah respon individu terhadap suatu stimulus atau suatu tindakan yang dapat diamati dan mempunyai frekuensi spesifik, durasi dan tujuan baik maupun tidak (Wawan

& Dewi, 2011). Sedangkan menurut pendapat Maulana (2009) perilaku merupakan suatu erat kaitannya dengan upaya peningkatan pengetahuan masyarakat terbentuk melalui kegiatan. Menurut teori Skinner (1938), perilaku terjadinya melalui proses adanya stimulus terhadap organisme (mahluk hidup) selanjutnya mahluk hidup ini akan merespons stimulus itu, maka teori skiner ini sering disebut dengan teori S-O-R atau stimulus, organisme dan respons.

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia dalam mencari arti dan tujuan hidup (Azis, 2014). Menurut penelitian (Nurhalimah, 2013) klien mengatakan kebutuhan spiritual itu adalah memberikan motivasi, keyakinan, memberikan semangat, pengertian-pengertian, mendoakan, memberikan dukungan dan mengingatkan ibadah mahdonya (shalat dan hubungan pasien dengan mahluk, mahluk dengan penciptanya). Hal ini merupakan kebutuhan spiritual sangat dibutuhkan oleh pasien maupun keluarganya dikarenakan dapat mempengaruhi kesehatan pasien baik fisik, emosional dan rohani untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan untuk memenuhi kewajibannya sebagai umat yang beragama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan sang pencipta maupun sesama orang di sekitar lingkungannya (Susanto, 2009). Jadi, perilaku kebutuhan spiritual adalah suatu kegiatan

atau aktivitas seseorang untuk mencari arti, tujuan hidup, mendapatkan maaf atau pengampunan dan menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan sang pencipta ataupun sesama orang lain dan lingkungan.

2. Macam-macam perilaku kebutuhan spiritual

a. Bentuk perilaku

1) Bentuk perilaku pasif atau perilaku tertutup (*covert behaviour*)

Respon internal yang terjadi di dalam diri manusia dan tidak secara langsung dapat terlihat oleh orang lain (Notoadmojo, 2007 & Maulana, 2009). Sedangkan menurut (Wawan & Dewi, 2011), bentuk perilaku pasif atau perilaku tertutup (*covert behaviour*) merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup dan stimulus masih terbatas pada perhatian, persepsi, dan sikap sehingga belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Jadi, perilaku tertutup merupakan suatu perilaku seseorang yang terbatas dan terselubung dalam menerima stimulus sehingga orang lain belum bisa melihatnya.

2) Bentuk aktif atau perilaku terbuka (*overt behaviour*)

Perilaku itu jelas sehingga dapat diobservasi secara jelas dan nyata (Wawan & Dewi, 2011). Sedangkan menurut Notoadmodjo (2010) & Maulana (2009) bentuk perilaku ada perilaku terbuka (*overt behaviour*) merupakan respons seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata, praktek dan terbuka sehingga stimulus mudah diamati dan dilihat oleh orang lain.

b. Bentuk kebutuhan spiritual

Ada beberapa macam tentang kebutuhan spiritual menurut Hamid (2008) dan Azis (2014) yaitu:

- 1) Kebutuhan akan kepercayaan dasar (*basic trust*) kebutuhan ini secara terus-menerus diulang guna membangkitkan kesadaran bahwa hidup itu adalah untuk beribadah.
- 2) Kebutuhan tentang arti dan tujuan hidup adalah agar individu memiliki arti dan tujuan hidupnya. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan menemukan makna hidup dalam membangun hubungan yang selaras dengan tuhanya (vertikal) dan sesama manusia (horizontal) serta alam sekitarnya.
- 3) Kebutuhan akan pengisian keimanan dengan secara teratur mengadakan hubungan dengan Tuhan, tujuannya agar keimanan seseorang tidak melemah.
- 4) Kebutuhan tentang moralitas dan etika adalah kebutuhan agar individu dapat menjalani kehidupan yang bermoral dan beretika serta bertanggung jawab.
- 5) Kebutuhan tentang cara untuk menghadapi kematian adalah kebutuhan agar individu mendapatkan pemahaman yang benar tentang kematian serta cara yang tepat untuk menghadapi kematian.

- 6) Kebutuhan akan rasa cinta, memiliki, menghormati adalah kebutuhan individu agar merasa diterima oleh orang lain tanpa syarat serta agar individu memberi dan menerima rasa cinta
- 7) Kebutuhan tentang rasa syukur, harapan, perdamaian, pikiran positif Adalah kebutuhan agar individu memiliki rasa damai, tenang, pikiran positif dalam menjalani kehidupan.
- 8) Kebutuhan tentang keagamaan adalah kebutuhan agar individu dapat melakukan doa, ritual keagamaan dan beribadah kepada Tuhan.
- 9) Kebutuhan tentang apresiasi seni dan keindahan adalah kebutuhan agar individu dapat memiliki apresiasi tentang seni dan keindahan.

3 Karakteristik kebutuhan spiritual

a. Pemenuhan kebutuhan vertikal

Pemenuhan kebutuhan vertikal merupakan pemenuhan kebutuhan spiritual yang hubungannya dengan Tuhan (Utami & Supratman, 2009). Pemenuhan kebutuhan spiritual dilakukan dengan cara berdoa dan melakukan ritual agama. Doa dan ritual agama merupakan hal yang sangat penting bagi setiap individu dalam melakukan aktivitasnya sehari-hari. Doa dan ritual agama dapat memberikan ketenangan bagi individu yang menjalankannya. Selain itu, doa dan ritual agama juga dapat membangkitkan harapan dan rasa percaya diri pada setiap individu yang sedang sakit sehingga dapat meningkatkan imunitas atau kekebalan tubuh sehingga mempercepat proses penyembuhan (Rois, 2012).

b. Pemenuhan kebutuhan horizontal

Pemenuhan kebutuhan horizontal ini meliputi hubungannya dengan diri sendiri, orang lain dan dengan lingkungan.

1) Hubungan dengan diri sendiri

Pemenuhan kebutuhan spiritual yang bersumber pada kekuatan diri sendiri untuk mengatasi atau menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Kekuatan spiritual yang muncul dapat berupa kepercayaan, harapan dan makna hidup (Utami & Supratman, 2009).

2) Hubungan dengan orang lain

Manusia diciptakan sebagai makhluk sosial, maka dari itu setiap individu harus dapat menjalain hubungan antar individu ataupun kelompok secara harmonis untuk memenuhi kebutuhan spiritualitasnya (Rois, 2012), pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dilakukan melalui cinta kasih dan dukungan sosial. Cinta kasih dan dukungan sosial dapat memberikan efek yang positif pada setiap individu karena dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk membantu individu dalam menghadapi penyakitnya (Susanto, 2009).

3) Hubungan dengan lingkungan

Lingkungan atau suasana yang tenang dan nyaman dapat memberikan kedamaian pada setiap individu dalam memenuhi kebutuhan spiritualitasnya. Kedamaian tersebut dapat meningkatkan

status kesehatan individu karena sikap *caring* dan empatinya (Utami & Supratman, 2009).

4 Faktor- faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut teori Lawrence Green dalam Notoadmojo (2010) menganalisa faktor pelaku sendiri ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu:

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factor*) yaitu faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, dan tradisi.
- b. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factor*) adalah faktor yang memungkinkan perilaku atau tindakan. Pemungkin merupakan sarana dan prasarana untuk terjadinya perilaku kesehatan misalnya puskesmas, posyandu dan pembuangan sampah.
- c. Faktor-faktor penguat (*reinforcing factor*) adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadi perilaku. Meskipun seseorang tahu mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya misalnya seorang ibu hamil tahu manfaat pemeriksaan ke polindes tetapi tidak mau melakukannya.

D Shalat dan Thaharoh

1 Definisi Shalat

Sholat berarti do'a atau rahmat, secara istilah shalat diartikan sebagai ibadah yang terdiri dari ucapan dan perbuatan khusus yang diawali dengan takbir dan diakhiri dengan salam (Jamaludin, 2012). Shalat adalah bentuk

dan ruh. Bentuknya adalah ibadah anggota badan dan ruhnya adalah ibadah kalbu. Shalat adalah olahraga badan dan rohani yang membuat tenang kalbu atau ruhnya merasa baik dan wajah seseorang yang melakukannya bercahaya. Shalat adalah hubungan antara hamba dan Tuhannya dalam Al-Qura'an lebih banyak kata shalat dibandingkan dengan rukun islam lainnya disebutkan sebanyak 67 kali. Hal ini, shalat mempunyai kedudukan yang sangat penting dalam agama islam (El-Sutha, 2012).

Shalat memiliki posisi tersendiri dalam islam dan merupakan ibadah pertama yang diwajibkan Allah SWT, dalam Al-Quran perintah sholat pada surah An-Nisa : 103 yang berbunyi: *Maka dirikanlah sholat itu sebagai biasa, sesungguhnya sholat itu kewajiban yang ditentukan waktunya atas orang-orang yang beriman. (Q.S.An-Nisa:103).*

2 Syarat-syarat sah sholat

Syarat adalah sesuatu yang harus dipenuhi sebelum melakukan sebuah amalan ibadah. Jika syarat tidak terpenuhi, maka ibadah (sholat) yang dikerjakan menjadi tidak sah (El-Sutha, 2012). Menurut El-Sutha (2012) dan Kasule (2008) adapun syarat-syarat sahnya sholat antara lain: bersuci dari hadast kecil dan hadast besar, serta bersuci dari najis pada badan, pakaian dan tempat sholat, menutup aurat dengan pakaian yang suci. Aurat laki-laki yaitu mulai dari pusar hingga lutut. Sementara aurat perempuan adalah seluruh tubuhnya, kecuali muka dan telapak tangan, menghadap ke arah kiblat , yakni ke arah Masjidil Haram, mengetahui masuk waktunya sholat dan mengetahui bahwa sholat yang dikerjakan adalah sholat wajib,

mengetahui syarat dan rukunya, mengetahui tata cara gerakan sholat yang benar.

Menurut Aziz (2010) & Muhammad (2010) saat keadaan cuaca sedang buruk shalat boleh ditunda, sepanjang peperangan seseorang dapat menjalankan ibadah shalat secara singkat, jika seseorang dalam keadaan bahaya shalat dapat dikerjakan dengan satu rakaat. Sholat orang bepergian dapat dipendekkan tapi hanya berlaku pada shalat 4 rakaat. Apabila dalam perjalanan jauh maka melaksanakan shalat diperbolehkan untuk men-ja'ma (menggabungkan) yaitu antara shalat Zhuhur dan Ashar, Magrib dan Isya terkecuali shalat Subuh tetap dilakukan seperti biasa tidak boleh di ja'ma.

3 Tata cara sholat orang yang sedang sakit

Menurut El-Sutha (2012) dan Mahmud (2007) tata cara shalat orang yang sedang sakit yaitu:

- a. Jika orang yang sakit tersebut sakitnya masih bisa di toleransi, dalam arti tidak membahayakan kesehatan dan keselamatan jiwanya jika dia mengerjakan sholat dengan berdiri maka dia wajib shalat dengan berdiri.
- b. Jika orang yang sakit masih mampu berdiri jika bersandar pada sesuatu atau orang lain, maka dia wajib melakukan sholat dengan berdiri.
- c. Jika orang yang sakit tersebut tidak kuasa lagi berdiri, sekalipun dengan bersandar pada sesuatu atau orang lain, maka ia boleh mengerjakan sholat dengan duduk. Maka ketika dia melakukan ruku' dan sujud dia harus membungkukkan badanya dimana dalam melakukan sujud membungkuknya harus lebih rendah daripada ketika melakukan ruku'.

- d. Jika orang yang sakit tersebut tidak mampu untuk melaksanakan sholat dengan duduk maka dia boleh mengerjakan sholat dengan berbaring miring pada lambungnya dengan menghadapkan dada dan muka ke arah kiblat.
- e. Jika orang yang sakit tersebut tidak mampu berbaring miring untuk mengerjakan sholat maka dia mengerjakan sholat dengan berbaring telentang dengan membentangkan kedua kakinya ke kiblat.
- f. Jika orang sakit tersebut hanya bisa berbaring telentang dan tidak mampu lagi melakukan gerakan-gerakan sholat maka dia boleh mengerjakan sholat dengan memberikan isyarat.

Hadits dari HR.Bukhori dari Imran bin Hushain berkata “Aku menderita wasir, maka aku bertanya kepada Rasulullah SAW. Beliau bersabda, “*Shalatlah sambil berdiri, kalau tidak bisa, maka shalatlah sambil duduk. Kalau tidak bisa, shalatlah di atas lambungmu* (HR.Bukhari). Menurut Mahmud (2007) shalat dalam islam sangat penting sehingga seseorang dalam keadaan apapun dan bagaimanapun harus melaksanakannya dan tidak diperbolehkan meninggalkannya dalam keadaan apapun.

4 Fungsi Shalat

Fungsi shalat menurut Jamaludin (2013) dan El-Sutha (2012) ada beberapa manfaatnya untuk kehidupan seseorang yaitu:

- a. Shalat sebagai sarana mengingat Allah SWT, seseorang yang selalu melaksanakan shalatnya untuk mengingatkan Allah SWT maka akan

mendapatkan ketentraman hati dan ketenangan jiwa. Mengerjakan shalat harus khusyu' ini merupakan suatu hal yang penting dalam shalat.

- b. Shalat yang dilakukan secara rutin akan mendidik dan melatih seseorang menjadi tenang dalam menghadapi kesusahan dan tidak bersikap kikir saat mendapat nikmat dari Allah SWT, Allah SWT berfirman: *Sesungguhnya manusia diciptakan bersifat keluh kesah lagi kikir. Apabila ia ditimpa kesusahan ia berkeluh kesah, sedang apabila ia mendapatkan kebaikan ia amat kikir kecuali orang-orang yang mengerjakan shalat, yaitu mereka yang tetap mengerjakan sholat*. (QS.Al-Ma'rij/70:19-23).
- c. Menghindari perbuatan keji dan mungkar, Shalat dilakukan sesuai dengan fungsi utamanya yakni dilakukan sesuai dengan fungsi utamanya yakni dzikrullah harus memiliki kualitas dan pengaruh yang sangat kuat dalam mencegah seseorang terhadap perbuatan keji dan mungkar.
- d. Shalat dan sabar sebagai penolong bagi orang yang beriman, Orang mampu memfungsikan dan menjaga intensitas shalatnya akan mengingatkan Allah SWT dalam setiap keadaan yang selanjutnya akan mendorongnya untuk senantiasa menghiasi dirinya dengan akhlak mulia dan menjauhi segala bentuk kekejian dan kemaksiatan.

Shalat bermanfaat sebagai obat penawar untuk penyakit – penyakit kalbu dan kerusakan jiwa, shalat sebagai cahaya yang menyapakan kegelapan dosa–dosa dan perbuatan–perbuatan yang mengakibatkan berdosa. Shalat yang dilaksanakan dengan khusuk dan patuh akan menerangi hati, membuat jiwa tentram. Shalat dapat menghindarkan dari perbuatan dusta, maupun kesombongan dan kejahatan (Mahmud, 2007). Shalat bermanfaat untuk menurunkan resiko penyakit jantung, menurunkan kecemasan dan membuat perasaan menjadi nyaman.

Shalat juga dapat menjadikan seseorang disiplin dengan kehidupan sehari–sehari, mempunyai manajemen waktu yang bagus dan shalat dapat digunakan sebagai terapi menurunkan hipertensi dengan cara melakukan gerakan shalat secara rutin. Gerakan shalat memiliki manfaat masing–masing, saat sujud dapat meningkatkan jumlah aliran oksigen ke sel–sel otak yang bermanfaat untuk meningkatkan konsentrasi, penglihatan, dan pendengaran (Doufesh dkk, 2013). Hasil penelitian dari Cahyani, dkk (2014) mengatakan bahwa shalat dapat menurunkan tekanan darah tinggi seseorang sehingga mencegah terjadinya stroke.

5 Definisi Thaharoh

Thaharoh dapat diartikan dengan suci dan bersih, baik itu suci dari kotoran lahir maupun batin berupa sifat perbuatan tercela. Thaharah juga membersihkan hadast dengan air atau debu sesuai dengan syarat untuk menghilangkan najis (Ismail, 2011). Sedangkan menurut (Jamaludin, 2013), thaharah berarti mensucikan diri dari najis dan hadast yang dapat menghalangi shalat dan ibadah lainya yaitu dengan berwudhu, mandi dan tayyamum.

6 Jenis-jenis thaharoh

Thaharoh dibagi menjadi 2 macam yang pertama adalah thaharoh hadast merupakan menghilangkan atau mensucikan diri dari najis hukmiyah yang tidak dapat dirasa atau dilihat, seperti syirik, dengki, iri dan dendam. Kedua ada thaharoh khabats merupakan mensucikan jasmani dengan berwudhu ataupun tayammum dari najis yang bisa dilihat dan dirasakan yang

mengenai pakaian, tempat, tubuh dengan cara mencuci, memercik atau istinja. Hal yang paling utama dan pertama alat yang sering digunakan untuk thaharoh yang paling baik adalah menggunakan air, jika air tidak ada bisa memungkinkan dapat menggunakan debu dan jika tidak memungkinkan dapat menggunakan benda keras yang disamakan hukumnya dengan batu. Agama islam tidak memberatkan umatnya dengan memberikan alternatif seperti halnya dalam bersuci (Ismail, 2012).

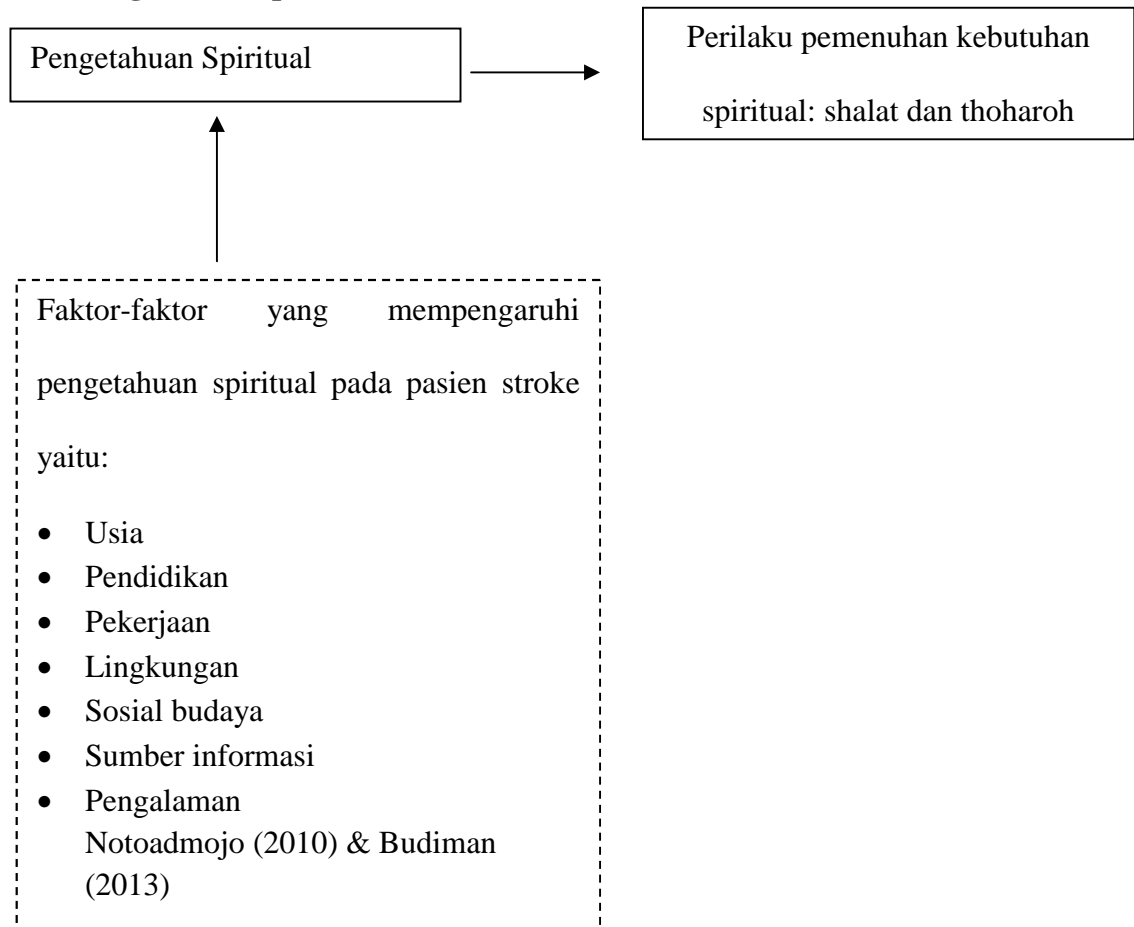
Seseorang yang sedang sakit wajib untuk membersihkan badanya dari najis, pakain yang terkena najis, dan tempat yang suci. Thaharah bagi orang yang sedang sakit wajib menggunakan air untuk berwudhu. Jika tidak ada air bisa menggunakan debu dengan cara bertayamum. Tata cara tayammum yang pertama membaca basmalah kemudian meletakkan kedua tangan pada debu, orang yang sakit dapat meletakkan telapak tanganya ke dinding, meniup debu pada kedua telapak tangan, mengusapkan kewajah dan terakhir punggung tealapak tangan kanan dengan telapak kiri dan sebaliknya juga (Azis, 2010).

Agama islam mengajarkan umatnya jika seseorang sedang sakit tidak mampu bersuci boleh diwudhu'kan atau di tayamummkan oleh orang lain. Jika terdapat anggota badan yang harus disucikan terluka tetap dibasuh dengan air jika tidak membahayakan. Apabila itu membahayakan maka hanya diusap sekali dengan cara dibasahi air kemudian diusapkan diatasnya (Ismi, 2015). Pasien yang terpasang balutan di anggota tubuhnya cara thaharoh hanya mengusapkan balutan dengan waslap yang sudah diperas

dengan air sebagai ganti wudhu. Orang yang sedang sakit diharuskan untuk membersihkan dirinya dari najis, tetapi jika tidak memungkinkan maka shalatnya apa adanya dan shalatnya di anggap tetap sah (Iqbal, 2010).

Menurut Mahmud (2007) wudhu, tayammum dan mandi besar merupakan cara membersihkan dan mensucikan diri dari najis atau kotoran yang melekat pada tubuh. Hal yang mewajibkan seseorang untuk mandi besar adalah ketika keluar air mani, mimpi basah, berhubungan suami istri, menstruasi, nifas dan seseorang masuk agama islam. Agama islam sudah menjelaskan bahwa kebersihan merupakan sebagian dari iman. Dalam aspek ilmu kedokteran masalah kebersihan merupakan salah satu aspek yang penting yang disebut dengan *al-Thaharat*. *Al-Thaharat* merupakan salah satu bentuk upaya *preventif*, berguna untuk menghindari penyebaran berbagai jenis kuman dan bakteri (Kasule, 2008).

E Kerangka Konsep



Keterangan: Diteliti —————
 Tidak diteliti -----

Skema 1. Kerangka Konsep

F Hipotesis

Terdapat hubungan antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual:shalat dan thoharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

BAB III

METODE PENELITIAN

A Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam jenis rancangan penelitian non-eksperimen bersifat korelasi yang menjelaskan suatu hubungan, memperkirakan, menguji berdasarkan teori yang ada. Pendekatan penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pendekatan *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi (Nursalam, 2013). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

B Populasi dan Sample

1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek yang akan diteliti (Nursalam, 2013). Populasi penelitian ini adalah semua pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II sebanyak 239 responden Januari sampai Oktober 2015.

2 Sampel Penelitian

Pengambilan *sampling* dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik *accidental sampling* yaitu cara penetapan sample dengan mencari subjek atas dasar hal-hal yang menyenangkan peneliti dikarenakan kebetulan dijumpai ditempat dan waktu secara bersamaan pada pengumpulan datanya.

Peneliti menetapkan waktunya selama satu bulan dari April sampai Mei 2016.

Penelitian ini menggunakan penentuan kriteria sampel untuk mengurangi bias hasil penelitian yaitu: kriteria inklusi dan kriteria eksklusi dengan karakteristik yang dimiliki responden penelitian yang akan diteliti. Kriteria yang akan ditetapkan yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek peneliti dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2013).

Kriteria inklusi dari responden yang dapat menjadi sampel penelitian:

- 1) Responden yang beragama Islam
- 2) Responden yang mengalami stroke hemoragik dan stroke non hemoragik
- 3) Responden yang berusia > 15 tahun yang menderita stroke
- 4) Responden yang mampu mengeluarkan kata-kata/suara dan bisa dipahami peneliti atau keluarganya

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi (Nursalam, 2013).

- 1) Pasien yang tidak sadar
- 2) Responden tidak mengisi lembar pernyataan kuesioner dengan lengkap.

- 3) Responden yang mengundurkan diri saat penelitian berlangsung.
- 4) Responden tidak mau mengikuti prosedur penelitian dari awal sampai selesai.

C Lokasi dan Waktu penelitian

1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

2 Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Mei 2016.

D Variabel Penelitian

- 1 Variabel bebas (*independent*) yaitu pengetahuan spiritual pasien stroke
- 2 Variabel terikat (*dependent*) yaitu perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh.

E Definisi Operasional

Tabel 1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Skala Pengukuran	Alat Ukur	Hasil Ukur
Pengetahuan spiritual	Pengetahuan spiritual adalah apa yang dipahami oleh semua pasien tentang pengetahuan spiritual sampai tahapan tahu yang meliputi: Iman/keyakinan, dampak/penengaruh dan komunitas	Ordinal	Kuesioner FICA Tool	a. Baik, bila nilai diperoleh 76%-100% b. Cukup Baik, bila nilai yang diperoleh 56%-75% c. Kurang Baik, bila yang diperoleh <56% (Notoadmojo, 2010)
Perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual:shalat dan thaharoh	Tindakan yang dilakukan oleh pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thoharoh selama sakit yang meliputi: perilaku shalat dan perilaku thaharoh	Ordinal	Kuesioner dibuat sendiri dengan sumber dari Notoadmojo (2010), Kasule (2008), El-Sutha (2012).	a. Baik, bila nilai diperoleh 76%-100% b. Cukup Baik, bila nilai yang diperoleh 56%-75% c. Kurang Baik, bila yang diperoleh <56% (Notoadmojo, 2010)

F Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner tertutup yang terdiri dari 3 macam kuesioner:

1 Kuesioner data demografi

Kuesioner data demografi pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Gamping meliputi nama pasien, umur pasien, alamat, pendidikan dan jenis kelamin. Kuisoner data demografi ini di buat oleh peneliti.

2 Kuesioner tingkat pengetahuan spiritual

Kuesioner pengetahuan pasien stroke tentang spiritual yang diadopsi oleh peneliti dari Borneman dan Punchalski (2010) mengatakan bahwa spiritualitas merupakan sumber coping bagi individu dengan cara membuat individu memiliki keyakinan dan harapan positif, mampu menerima kondisi, sumber kekuatan dan membuat hidup lebih berarti. Selain itu, Borneman dan Punchalski (2010) mengemukakan bahwa spiritual dapat dikaji melalui 4 domain, yakni *Faith or belief, Importance and influence, Community, dan Address in Care* (FICA) dan dimodifikasi oleh peneliti dengan menambahkan beberapa jumlah item kuesioner yang kemudian dijadikan sebuah instrumen untuk memudahkan pengkajian pengetahuan spiritual pada klien atau pasien (Angelos, 2007).

Instrumen FICA yang disusun oleh Borneman dan Punchalski (2010) menggunakan pertanyaan tertutup dengan jenis pertanyaan *dichotomy questions* yang berisi dua alternatif jawaban (ya atau tidak), dengan bobot 1 untuk jawaban ya dan 0 untuk jawaban tidak. Kuesioner pada penelitian ini sebanyak 10 item.

Tabel 2. Kisi-kisi kuesioner pengetahuan tentang spiritual pada pasien stroke dirumah sakit PKU Muhammadiyah Unit II

Pernyataan	Kisi-kisi nomor	Jumlah item
Iman atau keyakinan	1, 2, 3, 4	4
Dampak/pengaruh	5,6,7	3
Komunitas	8,9,10	3
Jumlah		10

3 Kuesioner perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh

Kusioner perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di susun sendiri oleh peneliti dengan menggunakan teori Notoadmojo (2010), Kasule (2008) dan El-Sutha (2012). Skala pengukuran pada kuesioner ini berupa *skala likert* dengan sklala 1-5 dan memiliki alternatif jawaban yaitu: tidak pernah (TP), jarang (J), kadang-kadang (K), sering (S), sangat sering (SS). Pertanyaan kuesioner pada penelitian ini sejumlah 16 item.

Penelitian ini, pada pilihan jawaban *favorable* sangat sering (>10 kali) diberi skor 5, sering 5-10 kali (S) diberi jawaban skor 4, kadang-kadang (3-4 kali) diberi skor 3, jarang (1-2 kali) diberi skor 2 tidak pernah (0) diberi skor 1. Sedangkan untuk *unfavorable* jika jawabanya sangat sering (SS) diberi skor 1, jawaban sering (S) diberi skor 2, jawaban kadang-kadang (K) diberi skor 3 jawaban responden jarang (J) diberi skor 4 sedangkan jawaban responden tidak pernah (TP) diberi skor 5.

Tabel.3 kisi-kisi kuisoner tentang perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh

Pernyataan	Kisi-kisi nomor			Jumlah Item
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Perilaku Shalat	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10	3, 9	10
Perilaku thaharoh	11, 12, 13, 14, 15, 16	11, 13, 14, 15, 16	12,	6
Jumlah				16

G Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen

1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan atau keaslian suatu instrumen. Instrumen kuesioner pengetahuan spiritual dan perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual shalat dan thaharoh menggunakan uji validitas dengan *Pearson Product Moment Correlation* yang diolah dengan program komputer yaitu: teknik mengkolerasikan masing-masing skor item dengan skor total, lalu membandingkan dengan koefisien korelasi (r tabel). Selain itu, variabel dikatakan *valid* jika nilai signifikansi $p < 0,05$ (Azwar, 2009). Rumus *Pearson Product Moment Correlation*:

$$r_{hitung} = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

r_{hitung} = Koefisien korelasi skor butir soal dengan skor total

n = Jumlah responden

X = Skor butir

Y = Skor total

Uji validitas ini dilakukan pada pasien stroke di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I sebanyak 30 orang dengan $r > 0,361$. Kuesioner tentang pengetahuan spiritual dari 11 item pertanyaan setelah dilakukan uji validitas menggunakan *pearson product moment* yang pertanyaan valid sebanyak 10 item yaitu nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 dan kuesioner yang tidak valid terdapat 1 item pada pertanyaan nomor 11. Kuesioner peneliti tentang perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke uji validitas dari 20 item pertanyaan yang *valid*

ada 16 item terdapat pada nomor 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20 sedangkan kuesioner yang tidak *valid* terdapat pada nomor 6, 11, 15, 20. Jadi, pada penelitian ini kuesioner yang *valid* untuk pengetahuan spiritual terdapat 10 item pertanyaan dan perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke terdapat 16 item pertanyaan yang *valid* sehingga yang tidak *valid* peneliti buang.

2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Nursalam, 2010). Instrumen pengetahuan spiritual perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual metode yang digunakan adalah *Alpha Cronbach* (). Rumus *Alpha Cronbach*:

$$r_{tt} = \frac{M}{M-1} - \left(\frac{1 - V_x}{V_t} \right)$$

r_{tt} =Koefisien reliabilitas

M = Jumlah butir soal yang valid

V_x = Jumlah varians skor butir valid

V_t =Varians skor total butir valid

Perhitungan uji reliabilitas pada penelitian ini menggunakan bantuan program komputer. Koefisien keandalan alat ukur menunjukkan tingkat konsistensi jawaban responden. Nilai koefisien berkisar antara 0 sampai 1. Analisa uji reliabilitas dinyatakan reliabel atau dapat diterima jika r hasil (r *alpha*) > konstanta (0,6) (Arikunto, 2010).

Tabel 4: Interpretasi Nilai r Reliabilitas

Nilai r	Kriteria reliabilitas
0,81-1,00	Sangat tinggi
0,61-0,80	Tinggi
0,41-0,60	Cukup
0,21-0,40	Rendah
0,00-0,20	Sangat rendah

Sumber: Sopiudin (2013)

Setelah dilakukan uji validitas selanjutnya dilakukan uji reliabilitas menggunakan *Alpha Cronbach* pada kuesioner pengetahuan spiritual ini menunjukkan hasil sebesar 0,838 atau dengan interpretasi sangat tinggi sehingga kuesioner ini dinyatakan reliabel (Sopiudin, 2013). Sedangkan pada kuesioner perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke menunjukkan hasil sebesar 0,804 atau dengan interpretasi sangat tinggi.

H Teknik Pengumpulan Data

1 Tahap persiapan

- a. Peneliti mengurus surat perijinan dari Dekan FKIK UMY.
- b. Survey pendahuluan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan PKU Muhammadiyah Gamping
- c. Menyusun proposal penelitian
- d. Ujian proposal penelitan

2 Tahap pelaksanaan

- a. Mengurus surat perizinan uji validitas dan realibilitas di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Izin peneliti sudah didapatkan peneliti melakukan uji validitas kepada 20 responden tetapi ada 3 item kuesioner pengetahuan dan ada 7 kuesioner tentang perilaku yang tidak *valid*,

setelah itu kuesionernya diubah tata bahasanya oleh peneliti dan dosen pembimbing. Uji *valid* dilakukan lagi terhadap responden sebanyak 30 orang selama 3 minggu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta di bangsal PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Peneliti sebelumnya menjelaskan tujuan, asal institusi dan data akan digunakan untuk keperluan peneliti. Responden diberikan *informed consent* terlebih dahulu untuk persetujuan. Setelah responden setuju peneliti memberikan lembar kuesioner untuk diisi untuk dilakukan uji validasi dan reliabilitas. Selesai melakukan pengambilan data peneliti langsung memasukkan data ke program komputer dengan menggunakan *pearson product moment* dan reliabilitasnya menggunakan *alpha cronbach*. Peneliti sebelumnya mengurus surat uji etik penelitian dibagian bidang FKIK UMY, setelah surat etik selesai peneliti mengurus ke bagian penelitian di bagian RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

- b. Peneliti memperoleh data dengan cara menanyakan kebidang keperawatan untuk rekam medis pasien stroke hemoragik atau *non* hemoragik dan menanyakan apakah pasien sadar kepada perawat bangsal. Jika, pasien sadar maka dijadikan sebagai responden peneliti, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian kepada responden serta menyampaikan bahwa kerahasiaan responden akan dijaga dengan baik dan akan digunakan hanya untuk kebutuhan penelitian. Peneliti meminta persetujuan kepada responden dengan memberikan lembaran *informed consent* sebagai bukti ketersediaan responden. Peneliti

memberikan dan membagikan kuesioner kepada responden. Responden diberikan waktu dalam pengisian kuesioner sampai selesai pengisiannya. Responden yang kurang jelas dengan item pertanyaan dapat menanyakan langsung kepada peneliti. Responden kurang mampu dalam menulis lembar kuesioner maka akan di bantu oleh keluarga dalam pengisian lembar kuesionernya tetapi keluarga hanya sebagai perantara membacanya dan mencetang saja. Jawaban kuesionernya harus murni jawaban dari responden. Keluarga kurang paham dalam pertanyaan maka pihak keluarga bisa bertanya ke peneliti atau ke asisten peneliti.

3 Asisten peneliti

Penelitian ini menggunakan asisten peneliti dua orang untuk memeriksa kelengkapan data dan mendampingi responden dalam pengisian lembar kuesioner. Peneliti dan asisten peneliti menyatukan persepsi prosedur selama penelitian berlangsung. Asisten peneliti tidak boleh memberikan jawaban kepada responden sebelum dan selama prosedur penelitian. Asisten peneliti dari anak *non* kesehatan dan teman PSIK yang meneliti tentang diabetes melitus. Asisten peneliti tidak di jelaskan mengenai jawaban kuesioner tetapi hanya dijelaskan item pertanyaan kuesioner saja. Kuesioner terisi semua datanya dikumpulkan ke peneliti atau ke asisten peneliti untuk diperiksa kelengkapannya kemudian di analisa oleh peneliti dengan program komputerisasi.

I Pengolahan Data dan Metode Analisa Data

1 Pengolaan Data

Menurut Notoatmodjo (2010) pengolahan data merupakan salah satu rangkaian kegiatan penelitian setelah pengambilan data selesai. Tujuan pengolahan data untuk memperoleh data yang berkualitas. Tahap-tahap pengolahan data antara lain:

a. *Editing*

Editing merupakan pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner dengan semua pernyataan/pertanyaan terisi. Isinya jelas dan jawaban konsisten antara pertanyaan satu dengan yang lain. Jika kuesioner tidak lengkap maka kuesioner akan di buang tetapi pada penelitian ini tidak ada kuesioner yang tidak terjawab.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi angka atau bilangan. Pada tahap ini peneliti memberikan jawaban dalam bentuk angka yang dimasukkan ke dalam komputer. Kode yang digunakan berdasarkan karakteristik responden seperti jenis kelamin (1=laki-laki, dan 2=perempuan), umur (1=dewasa awal, 2 =dewasa tengah, 3=lanjut usia), pekerjaan (1= PNS, 2= wiraswasta, 3= buruh harian, 4= petani, 5= IRT, 6= tidak bekerja), pendidikan (1= perguruan tinggi, 2= SMA 3= SMP, 4= SD, 5= tidak sekolah) . Pengkodean ini bertujuan untuk mempermudah analisis data dan mempercepat proses *entry data*.

c. *Entry*

Tahap ini peneliti memasukan data kedalam program komputer untuk dilakukan analisis menggunakan program uji statistik dengan program komputer. Memasukkan data secara manual dengan memasukkan satu persatu item kuesioner.

d. *Cleaning*

Pembersihan data (*cleaning*) merupakan kegiatan pengecekan kembali apakah data yang dimasukkan salah atau tidak. Jika data tidak lengkap maka akan dihapus oleh peneliti.

2 Analisa Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis hanya akan menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Nursalam, 2010). Tujuannya yaitu untuk menjelaskan atau membandingkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dari angka, jumlah dan distribusi frekuensi masing-masing kelompok tanpa ingin mengetahui hubungan dari distribusi karakteristik responden (Sugiono, 2010). Karakteristik tersebut meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui dan menganalisa hubungan dua variabel. Penelitian ini menggunakan uji *non* parametrik dengan uji *Spearman Rho*. Pada penelitian ini kekuatan (r)

dengan nilai $r=0,372$ atau interpretasi lemah. Arah korelasinya positif dan nilai signifikansi pada penelitian ini sebesar $p=0,014$ atau memiliki hubungan antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke. Setelah dilakukan analisa data, hasil untuk interpretasinya dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 5: Analisa data

No	Parameter	Nilai	Interpretasi
1.	Kekuatan korelasi (r)	0,00-0,199	Sangat Lemah
		0,20-0,399	Lemah
		0,40-0,599	Sedang
		0,60-0,799	Kuat
		0,80-1,00	Sangat Kuat
2.	Nilai p (dalam SPSS, ditunjukkan dengan nilai Sig.	$P < 0,05$	Terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji
		$P > 0,05$	Tidak terdapat korelasi yang bermakna antara dua variabel yang diuji
3.	Arah korelasi	+(positif)	Searah: semakin besar nilai satu variabel semakin besar pula nilai variabel lainnya.
		-(negatif)	Berlawanan arah: semakin besar nilai variabel, semakin kecil nilainya

J Etik Penelitian

Masalah etik penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan

langsung dengan manusia, maka segi etik penelitian harus diperhatikan. Peneliti melakukan izin etik di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY sesuai dengan peraturan yang ada dan layak etik dengan nomor 111/EP.FKIK-UMY/III/2016. Izin penelitian sudah mendapat persetujuan, kemudian peneliti langsung melakukan penelitian. Masalah etik yang harus diperhatikan antara lain:

1 *Informed consent*

Informed consent merupakan suatu bentuk lembar persetujuan antara peneliti dengan responden dan peneliti memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* ini diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuannya supaya responden percaya kepada peneliti ataupun mengerti dengan prosedur saat pengisian dan prosedur selama penelitian.

2 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Confidentiality merupakan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan untuk hasil penelitian. Responden mengembalikan lembar kuesioner, peneliti mengambil lembaranya secara tertutup supaya terjaga kerahasiaannya.

3 *Justice* (keadilan)

Peneliti mempertimbangkan bahwa penelitian kali ini adalah bersifat adil terhadap semua responden dengan tidak memandang sosial

ekonominya serta peneliti tidak akan berlaku diskriminasi kepada responden yang diketahui ternyata tidak bersedia melakukan penelitian ini.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A Hasil Penelitian

1 Deskripsi Wilayah Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Rumah sakit ini juga menyediakan pelayanan terkait spiritual yaitu Bina Rohani. Tugas dari Bina Rohani tersebut salah satunya memberikan layanan atau bimbingan rohani kepada orang sakit, mentalqin dan mendoakan orang yang sedang sakaratul maut. Pelayanan Bina Rohani Islam dilakukan setiap hari sekali mereka yang mengunjungi pasien kemudian mereka memberikan doa kesembuhan, mengingatkan pasien untuk terus beribadah dan berdoa. Selain itu, pihak rumah sakit juga memberikan buku panduan kerohanian.

Peneliti mengambil data pada pasien stroke di 4 ruang yang terdapat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II yaitu: Al-kautshar, Wardah, Zaitun dan Ar-Royan. Hasil observasi peneliti ruangan di RS PKU Muhammadiyah Gamping diberikan alat speaker untuk suara adzan, petunjuk arah kiblat, perlengkapan shalat sehingga mempermudah pasien dalam melaksanakan ibadahnya. Di setiap ruangan sudah disediakan tempat untuk pasien dan keluarga berthaharoh. Jadi, fasilitas untuk shalat dan thaharoh pasien sudah disediakan di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

2 Karakteristik Responden

Penelitian ini mengambil sampel di 4 bangsal yaitu Ar-royan, Al-Kautshar, Zaitun dan Wardah dengan jumlah 43 responden dengan

karakteristik subjek penelitian terdiri dari usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dapat dilihat dari tabel 6:

Tabel 6: Distribusi frekuensi karakteristik berdasarkan usia responden pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II Bulan April- Mei 2016 (n=43)

No	Karakteristik Responden	Pasien Stroke	
		Frekuensi (N)	Persentase (%)
1.	Usia		
	20-40	5	11,6%
	41-60	20	46,5%
	>60	18	41,9%
	Jumlah	43	100%
2.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	24	55,8%
	Perempuan	19	44,2%
	Jumlah	43	100%
3.	Pendidikan		
	Tidak sekolah	2	4,7%
	SD	17	39,5%
	SMP	10	23,3%
	SMA	10	23,3%
	Perguruan Tinggi	4	9,3%
	Jumlah	43	100%
4.	Pekerjaan		
	Buruh Harian	7	16,3%
	IRT	11	25,6%
	Petani	4	9,3%
	PNS	4	9,3%
	Wiraswasta	9	20,9%
	Tidak Bekerja	8	18,6%
	Jumlah	43	100%

Sumber: Data Primer (2016)

Berdasarkan tabel 6 usia responden yang paling banyak pada usia 41-60 tahun yaitu 46,5% atau sebanyak 20 responden. Responden yang paling banyak berjenis kelamin laki-laki yaitu 55,8% atau sebanyak 24 responden. Pendidikan responden yang paling banyak SD yaitu 39,5% atau sebanyak 17 responden dan pekerjaannya rata-rata banyak IRT yaitu 23,3% atau sebanyak 10 responden.

3 Analisa Univariat

a. Pengetahuan Spiritual

Tabel 7: Distribusi Frekuensi Pengetahuan Spiritual Pasien Stroke Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=43).

Pengetahuan Spiritual	Frekuensi (N)	Presentase
Baik	38	88,4%
Cukup Baik	4	9,3%
Kurang Baik	1	2,3%
Jumlah	43	100%

Sumber: Data Primer (2016)

Hasil dari tabel 7 menunjukkan bahwa pengetahuan spiritual dengan kategori baik adalah 38 responden atau 88,4%. Sedangkan untuk kategori cukup baik sebanyak 4 (9,3%) dan kategori kurang baik adalah 1 (2,3%).

b. Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spiritual:Shalat dan Thaharoh

Tabel 8: Distribusi Frekuensi Perilaku Spiritual Pasien Stroke Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II (N=43).

Perilaku Spiritual: shalat dan thaharoh	Frekuensi (N)	Presentase
Baik	28	65.1%
Cukup Baik	13	30.2%
Kurang Baik	2	4.7%
Jumlah	43	100%

Sumber:Data Primer (2016)

Hasil dari tabel diatas menunjukkan bahwa perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke pada kategori baik sebanyak 28 responden (65,1%), cukup baik 13 responden (30,2%) dan mendapatkan nilai kurang baik sebanyak 2 responden (4,7%).

4 Analisa Bivariat

Tabel 9: Hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II.

Variabel	Perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh		
	n	<i>p</i>	<i>r</i>
Pengetahuan spiritual	43	0,014	0,372*

Sumber: Data Primer (2016)

Berdasarkan tabel 9 dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan spiritual kebutuhan: shalat dan thaharoh ($p= 0,014$) dengan keeratan korelasi lemah 0,372 dan arah korelasi positif.

B PEMBAHASAN

1 Karakteristik Responden

a. Usia

Tabel 6 menunjukkan usia yang paling banyak adalah pada usia 41-60 tahun (usia dewasa menengah). Usia dewasa menengah sudah mengalami perubahan struktur pada pembuluh darah dan penurunan ke elastisan pada pembuluh darahnya sehingga mengakibatkan aliran darah ke organ lain mengalami keterhambatan. Apabila keterhambatan terjadi pada otak dapat menyebabkan stroke. Perubahan struktur pembuluh darah responden ini yang kemudian menjadi faktor penyebab banyaknya responden yang mengalami stroke pada usia 41-60 tahun. Sesuai dengan pernyataan Potter dan Perry (2010) pada usia 41-60 tahun atau dewasa pertengahan yang mengalami perubahan kognitif dan fisiologis (mengalami perubahan pada pembuluh darah sehingga terhambatnya

pasokan oksigen dalam darah ke jaringan. Hasil penelitian pada distribusi usia ini di dukung oleh penelitian Agustina, dkk (2013) yang menyebutkan stroke terjadi paling banyak pada usia dewasa menengah. Peningkatan usia seseorang akan meningkatkan resiko stroke terutama sejak usia seseorang 45 tahun dan mencapai usia 50 tahun.

Usia seseorang berada pada usia dewasa menengah sering terjadi sumbatan aliran di arteri karotis interna karena responden sudah mengalami perubahan secara fisiologis pada pembuluh darah, seperti mulai menebal dan kakunya pembuluh darah sehingga rentan mengalami sumbatan. Gaya hidup yang tidak sehat sejak muda juga akan menyebabkan pembentukan plak yang kemudian menjadi sumbatan. Sumbatan yang terjadi pada bagian otak akan menyebabkan stroke. Hal ini sesuai dengan pendapat Damry (2012) yang menyebutkan jika ada pembentukan plak arterosklerosis, maka akan terjadi penyempitan di pembuluh darah pada bagian otak sehingga akan menghambat aliran darah ke bagian otak yang kemudian akan menyebabkan stroke.

b. Jenis kelamin

Tabel 6 menunjukkan bahwa jenis kelamin yang paling banyak yaitu laki-laki. Jenis kelamin juga mempengaruhi pada tingkat pengetahuan dan perilaku seseorang. Seseorang yang berjenis kelamin laki-laki biasanya lebih terbuka dan sosialisasi yang tinggi dengan masyarakat, lingkungan dan orang lain sehingga memiliki wawasan yang lebih banyak dari perempuan. Hal ini sejalan dengan penelitian (Rita dan

Pesudo, 2014) yang mengatakan bahwa laki-laki lebih tinggi tingkat sosialisasi dengan masyarakat, keluarga dan lingkungannya.

Analisa peneliti pada penelitian ini laki-laki biasanya lebih berkuasa daripada perempuan dikarenakan dia beranggapan sebagai pemimpin dalam rumah tangga, sehingga laki-laki lebih banyak mencari sumber informasi untuk menambah wawasan agar pengetahuan dan perilakunya yang baik supaya dapat diajarkan dengan keluarganya dan maupun orang lain. Laki-laki untuk perilakunya dalam pemenuhan kebutuhan spiritual lebih bertanggung jawab dikarenakan laki-laki beranggapan bahwa dia menjadi imam rumah tangga harus memahamai dan menjalankan perintah Allah SWT (Puspadila, 2015).

c. Pendidikan

Responden yang berpendidikan Sekolah Dasar lebih tinggi dari pada jenjang pendidikan yang lain. Tingkat pendidikan responden sebagian besar SD dan tingkat pengetahuannya baik. Hasil dari observasi dan penegamatan peneliti, hal ini dikarenakan responden banyak mendapatkan informasi dari sumber lain misalnya: membaca buku dan menonton TV. Pendidikan berhubungan dengan pengetahuan kemudian dapat diaplikasi dalam bentuk perilaku. Sejalan dengan yang dikemukakan oleh Notoadmojo (2010) bahwa pendidikan pada hakekatnya merupakan usaha untuk membantu individu dalam meningkatkan kemampuan dan perilaku untuk mencapai kesehatan yang optimal dan memberikan pengaruh kepada seseorang untuk menuju kedewasaan, menambah

wawasan dan pengambilan keputusan. Dilihat dari tabel diatas bahwa tingkat pendidikan responden lebih dari 50% diatas Sekolah Dasar.

Menurut analisa peneliti ini tingkat pendidikan responden lebih banyak SD tetapi tingkat pengetahuannya responden baik. Hal ini, dikarenakan responden lebih banyak mendapatkan ilmu dan wawasan yang luas dari pengalaman hidup diri sendiri maupun orang lain dan sumber informasi lainnya (media cetak dan elektronik) yang dipelajari lalu diterapkan. Tingkat pendidikan responden rendah namun, pengetahuan dan perilaku pemenuhan kebutuhan spiritualnya baik. Pengetahuan spirtitual akan diaplikasi dalam bentuk perilaku tidak hanya dilihat dari pendidikan saja tetapi nanti dapat dilihat dari pengalaman seseorang. Responden dalam mencari informasi untuk menambah wawasan selalu menanyakan ke Bina Rohani yang ada di rumah sakit dan membaca buku panduan yang diberikan dari rumah sakit. Hal ini sejalan menurut Notoadmojo (2010) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan yaitu: pendidikan, pengalaman, sosial budaya dan sumber informasi (media cetak dan elektronik).

d. Pekerjaan

Tabel 6 menunjukkan pekerjaan responden berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Responden pada penelitian lebih banyak Ibu Rumah Tangga, sedangkan pada laki-laki pekerjaanya beragam meliputi: buruh harian, PNS, wiraswasta dan sebagian ada yang tidak bekerja. Perempuan pada responden penelitian ini lebih banyak tinggal di rumah,

sehingga lebih banyak mengurus suami dan anak daripada harus bekerja di luar rumah.

Pekerjaan merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang dikarenakan saat bekerja bertemu dengan banyak orang dan saling berinteraksi ditempat kerjanya akan meningkatkan pengetahuan responden. Sejalan dengan pendapat Mubarak (2007) Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Didukung oleh pendapat Ratnawati (2009) dilihat dari jenis pekerjaanya seseorang yang sering berinteraksi dengan orang lain lebih banyak pengetahuannya bila dibandingkan dengan orang tanpa ada interaksi dengan orang lain. Pengalaman dalam bekerja juga yang dikembangkan memberikan pengetahuan, wawasan yang luas dan keterampilan secara profesional serta pengalaman dalam bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan dalam mengambil keputusan.

2 Pengetahuan Spiritual

Tabel 7 dapat diketahui bahwa responden yang memiliki pengetahuan tentang spiritual dalam kategori baik. Hal ini, dikarenakan responden banyak mendapat informasi dan wawasan dari rumah sakit yang sudah menyediakan tim Bina Rohani dan memberikan buku panduan dalam berdoa dan beribadah selama sakit. Pengetahuan pada responden ini baik dikarenakan dilihat dari umurnya pada 41-60 tahun untuk kognitifnya, pemikiran sudah matang ataupun memecahkan

masalahnya sudah baik sehingga apa yang disampaikan oleh Bina Rohani di RS mudah untuk responden menyerap informasinya. Menurut Notoadmodjo (2010) pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya) dan pengetahuan juga dipengaruhi oleh indra penglihatan dan indra pendengaran.

Spiritual dapat memberikan rasa damai, tenang, dan membantu proses kesembuhan. Rasa damai dan tenang membuat diri dalam keadaan rileks, sehingga pembuluh darah menjadi rileks. Apabila pembuluh darah dalam keadaan tegang, maka dapat memperparah stroke atau sumbatan pada pembuluh darah namun bila tubuh rileks pembuluh darah menjadi rileks. Hal ini, perasaan damai dan tenang dapat membantu proses penyembuhan dan tidak memperparah kondisi responden. Hal itu, penyembuhan suatu penyakit tidak hanya dipengaruhi oleh obat saja, namun juga dipengaruhi oleh keyakinan spiritual. Hal ini sejalan dengan pendapat Arifin (2013) bahwa pasien stroke tidak hanya menderita penyakit fisik, akan tetapi mengalami masalah psikologi. Jika, masalah psikologi dibiarkan akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi pasien serta mengakibatkan adanya tekanan dan gangguan seperti marah, stress, rasa putus asa, tidak berdaya dan takut datangnya kematian. Hal ini didukung oleh Ibraheem dkk (2014) bahwa spiritual dapat membantu seseorang dalam mencari jati

diri sehingga dapat membantu menjawab tentang kehidupan seseorang yang berhubungan dengan TuhanNya.

Pengetahuan spiritual sangat berguna bagi seseorang untuk memberikan rasa damai, ketenangan dan membantu proses kesembuhan baik jasmani maupun rohaninya. Responden pada penelitian ini pengetahuannya baik di dukung oleh pihak rumah sakit yang setiap masuk waktunya shalat selalu mengingatkan dengan suara azan yang berkumandang di setiap ruangan rawat inap dan tim Bina Rohani yang selalu mendatangi pasien untuk berdo'a. Rumah sakit juga sudah menyediakan sumber informasi yaitu buku panduan beribadah dan menyediakan peralatan ibadah. Pengetahuan spiritual harus dicapai dengan perjalanan rohani dan thariqah seseorang supaya mampu mengenali dirinya dengan Tuhan Yang Maha Esa. Sejalan dengan penelitian Ismi (2015) mengatakan bahwa pengetahuan pasien rawat inap dalam pemenuhan kebutuhan spiritual adalah baik. Agama Islam juga membenarkan ketika orang beriman dan berilmu pengetahuan dipandang sangat luhur kedudukannya di sisi Allah SWT (Puspitalia, 2015).

3 Perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perilaku pasien stroke tentang perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh dalam kategori baik. Hal ini, dikarenakan pihak rumah sakit sudah menyediakan peralatan shalat dan arah kiblat. Perawat dan tim Bina

Rohani juga mengajarkan kepada pasiennya tentang pelaksanaan ibadah shalat dan thaharoh selama sakit jika pasien tidak mengetahui tata caranya. Menurut penelitian Nurhalimah (2013) Pemenuhan kebutuhan spiritual dapat memberikan semangat, mendoakan dan mengingatkan ibadah mahdo (shalat dan hubungan seseorang dengan mahluk atau penciptanya).

Perilaku juga memiliki beberapa faktor yang dapat mempengaruhi antara lain kepercayaan, sikap, pengetahuan, motivasi dan praktik. Menurut hasil observasi dari pengamatan langsung yang dilakukan peneliti bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh adalah motivasi. Dilihat dari motivasi responden dalam pemenuhan kebutuhan spiritual baik dikarenakan dorongan dari pihak keluarga yang selalu menemani pasien dan menyuruh pasien melaksanakan ibadah shalat ketika sudah memasuki waktunya shalat. Menurut Nursalam (2011) motivasi merupakan suatu karakteristik psikologi dari diri seseorang maupun orang lain yang memberikan dorongan kehendak yang menyebabkan seseorang melakukan suatu perbuatan untuk mencapai tujuan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Yaseda (2015) perilaku pasien di Ruang *ICU* Rumah Sakit Muhammadiyah Ahmad Dahlan Kota Kediri dalam pemenuhan kebutuhan spiritual termasuk kategori baik.

Responden mayoritas melaksanakan ibadah shalat sesuai dengan perintah Allah SWT. Dilihat dari jawabanya hampir seluruh responden

melaksanakannya ibadah shalat. Jika, tidak melaksanakan shalat mereka merasa takut terhadap sang pencipta dan melakukan ibadah shalat dengan kemauan atau niat diri sendiri dan di dukung oleh pihak keluarga. Musbikin (2005) mengatakan bahwa shalat merupakan hal yang bermakna dalam dirinya sendiri karena itu tujuan pada dirinya sendiri. Hal ini khususnya shalat sebagai peristiwa menghadap Allah dan berkomunikasi denganNya baik melalui bacaan dan tingkah laku seseorang. Jika, seseorang mengetahui bacaan shalat tetapi tidak menjalankannya maka itu semua akan sia-sia saja.

Shalat memberikan rasa kedamaian, ketenangan dan kenyamanan kepada seseorang yang melakukan dengan penuh kekhusyukan dan hanya mempasrahkan diri kepada Allah SWT. Sebelum shalat didahului dengan thaharoh sebagai upaya mensucikan diri. Thaharoh dilakukan dengan cara berwudhu, tayyamum, dan mandi besar. Menurut pendapat Jamaludin (2013) bahwa syarat sah untuk melaksanakan ibadah shalat yaitu: mensucikan diri dari najis dan hadast yang dapat menghalangi shalat seseorang.

Berwudhu merupakan hal yang paling penting sebelum melaksanakan ibadah shalat. Ada beberapa responden menjawab item pertanyaan tentang thaharoh selama sakit selalu bertayyamum, ketika sudah memasuki waktu shalat responden langsung melaksanakan shalat tetapi bersucinya responden dengan menggunakan debu yang di tempelkan di seputaran tempat tidur. Agama Islam mengajarkan ketika

masih memiliki air dan tidak membahayakan penyakitnya maka diwajibkan bagi kita untuk melaksanakan thaharoh dengan berwudhu menggunakan air. Sejalan dengan penelitian Iqbal (2010) apabila sakitnya tidak membahayakan fisik dan tidak menyebabkan keterlambatan dalam kesembuhannya maka harus berwudhu menggunakan air biasa atau menggunakan air hangat. Menurut El-Sutha (2012) seseorang tidak diperbolehkan bertayyamum baginya apabila ditempat itu terdapat air, jauh dari sumber air dan sudah memasuki waktunya shalat maka diperbolehkan baginya untuk bertayyamum. Apabila orang yang sedang sakit kesulitan berwudhu maka dia dapat di wudhukan oleh orang lain hal itu cukuplah baginya.

4 Hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke

Berdasarkan hasil uji *Spearman's Rho* menunjukkan hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pada pasien stroke. Hal ini, terbukti secara statistik bahwa hasil uji *Spearman's Rho* diperoleh nilai keeratan korelasi lemah dan arahnya positive. Berdasarkan analisa data terdapat bahwa hubungan yang bermakna antara pengetahuan spiritual dan perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh. Pengetahuan spiritual pasien stroke baik dan perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharohnya juga sangat baik sehingga terdapat hubungan antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan

kebutuhan spiritual. Hal ini dikarenakan adanya dukungan keluarga yang selalu memberikan motivasi dengan mengajarkan dan mengingatkan responden untuk melaksanakan ibadah shalat dan thaharoh ketika sudah memasuki waktunya shalat. Dukungan keluarga juga mempengaruhi pengetahuan responden sehingga menambah wawasan dan informasi bagi responden. Sejalan dengan Dwidiyanti (2008) mengatakan bahwa hal-hal yang perlu dipahami tentang pengetahuan spiritual dalam meningkatkan perilaku yaitu menuntun kebiasaan hidup sehari-hari yang mencakup sumber dukungan ketika individu stress, seseorang akan mencari dukungan dari orang terdekat maupun keyakinan agamanya misalnya seseorang dengan agama islam, ketika stres orang akan melaksanakan shalat. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Notoadmojo (2010) bahwa secara umum pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh pengalaman hidup (pengetahuan sejati), tingkat pendidikan (semakin tinggi pendidikan seseorang semakin tinggi pula pengetahuannya), kesehatan fisik, terutama kesehatan panca indra, usia (berhubungan dengan daya tangkap dan ingatan terhadap suatu materi) dan media massa/buku (sumber informasi).

Penelitian ini, usia responden berkaitan erat dengan pengetahuan, tingkat kedewasaan atau maturitas yang berarti bahwa semakin meningkat usia seseorang maka semakin meningkat juga kedewasaannya atau kematangannya baik secara fisik maupun

psikologis. Semakin bertambahnya usia semakin banyak pengalaman yang dimiliki seseorang untuk meningkatkan pengetahuan dan akan berpengaruh terhadap perilaku responden. Oleh sebab itu, dalam penelitian ini pengetahuan dan perilaku responden tergolong baik. Hal ini sejalan dengan (Utami dan Supratman, 2009) pada usia yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya, makin tua seseorang akan makin kondusif dalam menggunakan koping terhadap masalah yang dihadapi (Azwar, 2009).

Hasil penelitian ini didukung oleh Utami dan Supratman (2009) menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien hal ini, dikarenakan oleh pengalaman hidup seseorang yang baik akan mempengaruhi perilaku. Pengalaman hidup responden penelitian ini lebih banyak berkumpul dengan suatu komunitas di warga sekitar tempat tinggalnya, sehingga pengetahuan dan wawasan responden semakin bertambah. Responden biasanya kumpul dengan komunitas saling belajar dan mengajarkan tentang agama sehingga dengan adanya perkumpulan di komunitas dapat meningkatkan perilaku yang lebih baik bagi responden terutama untuk ibadah shalat dan thaharoh. Sejalan dengan Hamid (2008) mengatakan bahwa beberapa cara yang dapat dilakukan untuk

memenuhi kebutuhan spiritual yaitu: beribadah dalam suatu komunitas sehingga bergabung di komunitas rohani dapat menimbulkan rasa nyaman dan dapat meningkatkan spiritual.

Pengetahuan responden yang baik akan mempengaruhi perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh yang baik juga hal ini dikarenakan pada dasarnya mereka sudah mengetahui dan mempelajari spiritual sejak dari kecil. Pemenuhan kebutuhan spiritual shalatnya baik dikarenakan setiap mereka memiliki masalah dan diberikan ujian sakit oleh Allah SWT mereka selalu mencurahkan kepada Allah SWT dengan melaksanakan shalat supaya mereka merasa nyaman, damai dan tenang. Menurut Kim-Godwin (2013) mengatakan banyak pasien ketika sakit berdoa kepada Yang Maha Kuasa karena berdoa akan mendekatkan diri kepada sang pencipta membantu seseorang dalam proses penyembuhan penyakit. Berdoa atau membaca kitab suci dan berserah diri dengan melaksanakan shalat merupakan cara terbaik dalam meningkatkan spiritual.

Kekuatan korelasi antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pada responden lemah. Hal ini dikarenakan pekerjaan responden penelitian ini hanya IRT, sebagian Ibu Rumah Tangga jarang kumpul dengan orang sekitar tempat tinggalnya dikarenakan kesibukan mengurus rumah, anak dan suami. Pekerjaan sebagai IRT dapat mempengaruhi pengetahuan dikarenakan ibu-ibu yang jarang mencari informasi di luar rumah dan

lingkungan sekitar tempat tinggalnya. Dilihat dari jenis pekerjaan seseorang yang lebih sering berinteraksi dengan orang lain akan lebih banyak menerima informasi dan menambah wawasan daripada yang kurang berinteraksi. Pendidikan responden pada penelitian ini mayoritas SD, sehingga bisa mempengaruhi keeratan hubungan pengetahuan terhadap perilakunya. Tingkat pendidikan mempengaruhi pengetahuan spiritual dan akan mempengaruhi juga terhadap perilaku. Hal ini sesuai dengan Riyanto (2013) ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan terhadap perilaku. Faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan antara adalah pendidikan, minat, pekerjaan, informasi, kebudayaan, usia dan pengalaman. Peneliti melihat beberapa aspek yang mempengaruhi hal tersebut yaitu pendidikan dan pekerjaan.

C KEKUATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

1 Kekuatan Penelitian

- a. Penelitian ini menggunakan kuesioner FICA spiritual yang diadopsi peneliti dan dimodifikasi.
- b. Penelitian ini tentang hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke dengan sepengetahuan peneliti belum pernah diteliti. Peneliti sebelumnya hanya meneliti pengetahuan saja.

2 Kelemahan Penelitian

- a. Penelitian ini mengambil data pada pasien stroke, jadi peneliti terkadang mengalami kesulitan untuk berkomunikasi dengan responden. Peneliti terkadang lama berada dekat responden untuk menunggu pasien menjawab semua pertanyaan.
- b. Peneliti menggunakan *accidental sampling* untuk mencari responden. Peneliti menunggu sampai satu bulan untuk terpenuhinya sample sehingga banyak waktu yang terbuang dalam mencari responden.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah sebagai berikut:

- 1 Data demografi responden berdasarkan usia yang paling banyak adalah 41-60 tahun (46,5%), berdasarkan jenis kelamin yang terbanyak yaitu laki-laki 24 orang atau (55,8%), pendidikan responden pada penelitian ini yang terbanyak yaitu SD 17 orang atau (39,5%) dan pekerjaan responden sebagai IRT sebanyak 10 orang atau (23,3%).
- 2 Pengetahuan spiritual pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah baik (88,4%)
- 3 Perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah baik (65,1%).
- 4 Terdapat hubungan antara pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke dengan nilai signifikansi $p=0,014$ dengan keeratan hubungan lemah $r= 0,372$ dan arah hubungan positif.

B SARAN

1 Bagi Rumah Sakit

Sebaiknya bagi rumah sakit memperhatikan pasien tentang thaharoh selama sakit. Hal ini, sebagian dari pasien tidak mengetahui kapan harus bertayammum.

2 Bagi Pasien

- a. Diharapkan kepada semua pasien harus melaksanakan shalat dan thaharoh ketika sakit
- b. Pasien tidak selamanya mendapatkan informasi dari pihak rumah sakit seharusnya pasien mencari informasi sendiri bagaimana tata cara shalat dan thaharoh selama sakit dan meminta bantuan keluarga.

3 Bagi Penelitian Selanjutnya

- a. Sebagai sumber acuan untuk meneliti di bidang spiritual terutama shalat dan thaharoh
- b. Mencari faktor-faktor yang membuat pasien kesulitan melakukan shalat dan thaharoh

DAFTAR PUSTAKA

Al-Quran

- Agustina, dkk.2013. Pengaruh Latihan Range Of Motion (Rom) Terhadapkekuatan Otot Pada Pasien Strokedidi Irina F Neurologi Blu Rsup Prof. Dr. R. D. Kandoumanado. *ejournalKeperawatan (e-Kp) Volume 1. Nomor 1. Agustus 201.*
- American Heart Assosiation.(2015). Heart Disease and Stroke Statistics. diakses pada tanggal 30 mei 2015 pukul 16.00 <http://www.heart.org/HEARTORG>.
- Amien dan Hardhi.(2013).*Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic Noc*.Yogyakarta: Penerbit Mediacion Publishing.
- Arikunto, S.(2013). *Prosedur Penelitian suatu pendekatan praktik*.Jakarta: Rineka Cipta.
- Ariani, H., Suryani., Nuareani, A.(2014).Persepsi Perawat dan Pasien Sindroma Koroner Akut Terhadap Kebutuhan Spiritual.*Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia* Vol. 10. No. 1.Diakses pada tanggal 27 oktober 2015, dari https://scholar.google.co.id/scholar?q=PERSEPSI+PERAWAT+DAN+PAS IEN+SINDROMA+KORONER+AKUT+TERHADAP+KEBUTUHAN+SP IRTUAL&btnG=&hl=id&as_sdt=0%2C5.
- Arifin, Z..2013.*Evaluasi Pembelajaran, Prinsip Teknik, Prosedur, Psikologi Belajar*.Bandung.PT Rosdakarya
- Ariyani.(2011).Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Spiritual Care TerhadapPemenuhan Kebutuhan Spiritual Kepada Klien di Ruang Intensive Care (ICU) RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Skripsi S1 Mahasiswa PSIK UMY, Yogyakarta.
- Azis,H.(2014).*Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*.Jakarta:Salemba Medika.
- Azizah, Nur.(2006).Perilaku Moral dan Religiusitas Siswa latar Belakang Pendidikan Umum dan Agama. Diakses pada tanggal 15 Januari 2016 dari jurnal.ugm.ac.id/jpsi/article/view/7078/5530.
- Azwar,S.(2009).*Sikap, Manusia, Teori, dan Pengukuranya*.Yogyakarta:Pustaka Pelajar.
- Bakar dan Kurniawati.(2013).Studi Fenomologi Pengalaman Ibadah Pasien Islam Yang di Rawat Dengan Pendekatan Spiritual Islam di Rumah Sakit Aisyiah Bojonegoro. Skripsi Mahasiswi S1 Falkutas Keperawatan Universitas Airlangga, Surabaya.
- Boerneman, T dan Puchalski, C.(2010). Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment.*Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 40 No. 2 August 2010.
- Budiman R.A.(2013).*Kapita Salekta Kuisoner:Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*.Jakarta:Salemba Medika.
- Burhanuddin, M., Wahiduddin, dan Jumriani., 2013. Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Dewasa Awal (18-40 Tahun) di Kota Makassar Tahun 2010-2012. *Bagian Epidemiol. Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar*.Diakses pada tanggal 5 September 2015 pukul 16.00 http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/5426/MUTMAIN NA%20B_FAKTOR%20RISIKO%20KEJADIAN_140613.pdf?sequence=1

- Bustan, M.N. 2007. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Rineka Cipta : Jakarta
- Cahyani, H.F. (2014). Hubungan Shalat Terhadap Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Posbindu Anggrek Kelurahan Cempaka Putih dan Kecamatan Ciputat Timur. Skripsi Mahasiswa S1 Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi DIY. (2014). Profil Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta Tahun 2014.
- Doufessh, et al. (2013). Effect Of Muslim Prayer (Shalat) On a Electroencephlogy and It Is Realtionship With Autonomic Nervous System Activity (Abstrak). *The Journal Complementary*. Diakses pada tanggal 22 Desember 2015 pukul 12.00 dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4086364/>
- Dudung, J., kaunang, M.D. Theresia., Dundu., E. Anita. 2015. Prevalensi Depresi pada Pasien Stroke yang dirawat Inap di Irina F Rsup Prof. Dr. R.D. Kandu Manado periode November-Desember 2012. *Jurnal e-Clinic (eCl), Volume 3, Nomor 1*. Diakses pada tanggal 14 September 2015 dari <http://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/7610>
- Dwiyanti, M. (2007). *Caring*. Semarang: Penerbit Hasani.
- 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. Diakses pada tanggal 7 November 2015 pukul 11.00 https://etd.ohiolink.edu/rws_etd/document/get/akron1334636792/inline
- El-Sutha H.S. (2012). *Buku Panduan Sholat Lengkap*. Jakarta: PT Wahyu Media.
- Giaquinto, S., et al. (2010). *Religious and spiritual beliefs in stroke rehabilitation*. *Clinical and Experimental Hypertension*, 32 (6): 329-334. Diakses pada tanggal 30 september 2015 <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>.
- Ginanjar, A.A. (2010). *Rahasia Sukses Membangun Kecerdasan Emosi dan Spiritual*. Jakarta: Arga Publishing.
- Ginsberg, L. (2007). *Lecture Notes Neurologi*. Edisi 8. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Hamid, Yani, Achir. (2008). *Aspek Spiritual Dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Handayani, Fitria. (2013). Angka Kejadian Serangan Stroke pada Wanita Lebih Rendah Daripada Laki-laki. *Jurnal Keperawatan Medical Bedah*. Vol 1/No.1:2013. Diakses pada tanggal 17 November 2015 pukul 19.00 <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=129067&val=5087>
- Iqbal, A. (2010). Cara Bersuci dan Shalat Orang yang Sakit. Diakses pada tanggal 14 November 2015 pukul 14.15 <http://id-cara-bersuci-dan-shalat-orang-yang-sakit.pdf>.
- Ismail, G. (2011). *Pendidikan Karakter Islam*. Yogyakarta: Surya Sarana Grafika
- Israr, A. Yayan. (2008). *STROKE*. Riau: Faculty of Medicine – University of Riau.
- Jamaluddin, Syakir. (2013). *Kuliah Fiqih Ibadah*. Yogyakarta: Surya Sarana Grafika.

- Jauch dkk., E.C.,Saver,J.L.,Adams, H.P.,Bruno,A.,Connors,JJ (Buddy), Demaerschalk,B.M.,dkk., (2013).Guidelines For The Early Management Of Patients With Acute Ischemic Stroke A Guideline For Healthcare Profesional From The American Heart Association.
- Junaidi, Iskandar.(2011). *Stroke, Waspada! Ancamannya*. Yogyakarta: Andi
- Kariasa. 2009. Persepsi pasien paska serangan stroke terhadap kualitas hidupnya dalam perspektif asuhan keperawatan. Tesis pada PPS Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.Di akses pada tanggal 24 Mei 2015 <http://lib.ui.ac.id/opac/themes/green/detail.jsp?id=20282748&lokasi=lokal>.
- Kozier, B.,Synder, S.J.,Berman, A.,Erb.,(2008). Perason International Edition Fundamental Of Nursing: Concepts, Processs, and Practice Eight Edition.*Persoan Education,Inc USA*
- Kasule.(2008).*Kuliah Kedokteran Islam*.Yogyakarta:Grafina
- Maulana,D.J, Heri.(2009).*Promosi Kesehatan*.Jakarta:EGC
- Mahmud, M.(2007).*Sempurnakan Shalatmu*.Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Mahmud M.(2007).*Mengajari Anak Shalat Teori dan Praktik*.Bandung:Irsyad Baitus Salam.
- Mardjono, M., dan Sidharta, P.(2008).*Mekanisme Trauma Susunan Saraf Pusat.Neurologi Klinis Dasar*.Jakarta : Dian Rakyat
- Masood DE, Roach EC, Beauregard KG, et al. (2010).Impact of sex hormone metabolism on the vasculareffects of menopausal hormone therapy incardiovascular disease. *Current Drug Metabolism [Curr Drug Metab]* 11(8) :693-714.Di akses pada tanggal 26 oktober 2015 pukul 13.00 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063102/>
- Moeini, M., Ghasemi, T. M. G., Yousefi, H., Abedi, H.(2012). The effect of spiritual care'on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, Diakses pada tanggal 5 September 2015 pukul 10.30 <http://tirvw.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696210/>.
- Mubarak, Wahid Iqbal.2007.Promosi Kesehatan sebuah pengantar proses belajar mengajar dalam pendidikan. Yogyakarta:Graha Ilmu.
- Muhammad, Syaikh.(2010).Tata Cara Bersuci dan Shalat Bagi Orang yang Sakit.Di akses pada tanggal 4 Oktober 2015 pukul 11.00 http://www.fiqhindonesia.com/Files/7/LessonPDF/02_013_salat%20asahab%20alaathar.pdf
- Muttaqin, Arif.(2008).*Asuhan Keperawatan Klien dengan gangguan Sistem Persarafan*.Jakarta: Salemba Medika.
- Nanda.(2012).*Diagnosa Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*.Jakarta:EGC
- Narulita, Ismi.(2015).Gambaran Tingkat Pengetahuan dan Pelaksanaan Shalat Pasien Rawat Inap Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual:Shalat Dan Thaharoh Dan Shalat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Skripsi S1 Mahasiswi PSIK UMY, Yogyakarta.

- Notoatmodjo, S. 2007. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip – Prinsip Dasar*. Jakarta : Renika Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Pendidikan Kesehatan dan Perilaku Manusia*. Edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhalimah.(2013). Harapan Keluarga Terhadap Peran Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual pada Klien di ruang ICU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Skripsi s1 mahasiswa PSPNUMY, Yogyakarta.
- Nursalam.(2014). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika
- Pizon dan Asanti, L.(2010). *Awas Stroke Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan, dan Pencegahan*. Ed.1. Yogyakarta: Perpustakaan Nasional Katalog Dalam Terbitan.
- Price, A. Sylvia & Wilson, M. Lorraine.(2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*, Edisi.6. Jakarta: EGC.
- Priyanto.(2008). *Farmakologi Dasar Untuk Mahasiswa Farmasi & Keperawatan, Edisi ; II*. Leskonfi. Jakarta.
- Potter, P.A & Perry, A.G.(2005). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik* Ed.4. Jakarta: EGC.
- Potter, P.A & Perry, A.G.(2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC
- Rachmawati, F., Utomo, W., & Nauli, F. A. (2013). Gambaran Status Fungsional Pasien Stroke Saat Masuk Ruang Rawat Inap RSUD Arifin Achmad. Jurnal Publikasi. Pekanbaru: Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau.
- Ramadhani, dkk.(2010). Gambaran Hematologi Pada Pasien Sindrom Koroner Akut Yang Dirawat Di Blu Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Tahun 2010. Skripsi S1 Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado.
- Ratnawati. 2009. *Penelitian Tindakan Dalam Bidang Pendidikan dan Sosial*. Mojokerto : Bayu Media Publishing
- Riset Kesehatan Dasar.(2013). Laporan Nasional 2013: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan,. Departemen Kesehatan, Republik Indonesia. Diakses pada tanggal 31 mei 2015 <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%2520Rikesdas%25202013.pdf>
- Rois, Sahli. (2014). Perbedaan Tingkat Spiritual Pasien Stroke Serangan Pertama dan Serangan Berulang di RSUD Dr.R. Goeteng Taroenadi Brata Purbalingga. Jurusan Keperawatan Universitas Jenderal Soedirman. Diakses pada tanggal 28 Mei 2015 dari keperawatan.unsoed.ac.id/sites/.../sahli%20rois.pdf
- Romadona, S. 2012. Pemenuhan kebutuhan spiritual oleh perawat di GICU "RSHS Bandung, Tesis, Universitas Padjadjaran, Bandung'
- Romadhoni.(2013). Persepsi Perawat Tentang Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pada Klien di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)*. Mahasiswa PSIK UMY, Yogyakarta.
- Saryono. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Purwokerto: UPT. Percetakan dan Penerbit Unsoed.

- Smeltzer S. C., Bare G. B.(2005).*Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 8 Volume 1. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Sopiyudin,M.Dahlan.(2013).*Statistik Untuk Kedokteran dan kesehatan*.Jakarta:Salemba Medika
- Sugiono. (2010). *Metode penelitian pendidikan (Pendidikan Kuantitatif, Kualitatif dan R & D)*. Bandung: Alfabeta.
- Susanto.(2009).Persepsi Perawat Tentang Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pada Klien di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* rumah sakit umum PKU Muhammadiyah Bantul.Skripsi Mahasiswa PSIK UMY,Yogyakarta.
- Suyanto. (2011).*Metode dan Aplikasi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.(2008). Guidelins For Management Of Ischemice Strokeand Transiet Ischemice Attack,Cerebrovaskuler Diseases Basel, Switzelind,25:457-507. Di akses pada tanggal 28 Oktober 2015 dari<http://www.telecardiologo.com/descargas/21191.pdf>
- Tjikoe,A & Loho.2014. Gambaran Hasil Ct Scan Kepala Pada Penderita Dengan Klinis Stroke Non-Hemoragik Di Bagian Radiologi Fk. Unsrat / Smf Radiologi Blu Rsup Prof. Dr. R. D Kandou Manado Periode Januari 2011-Desember 2011 *Jurnal E-Clinic (Ecl)*, Volume 2, Nomor 3, November 2014.
- Utami, Y. W. & Supratman. (2009). *Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Sikap Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di RSUD*. Diakses pada tanggal 10 September 2015 pukul 20.00,darihttps://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/2039/BIK_Vol_2_No_2_4_Yuni_Wulan_Utami.pdf?sequence=1
- Wang, Yu Tian.(2005). Let's Talk About Stroke An Information Guide for Survivors and Their Families.Heart and Stroke Foundation of British Columbia and Yukon Chair in Stroke Research, Brain Research Centre, University of British Columbia. Diaksespadatanggal 24 Desember 2015 pukul 15.00 dari<http://www.heartandstroke.com/atf/cf/%7B99452D8B-E7F1-4BD6-A57D-B136CE6C95BF%7D/Lets-talk-about-stroke-en.pdf>
- Wawan.A dan Dewi.M.(2011).*Teori Pengakuan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*.Yogyakarta:Nuhamedika.
- Yosalina,Yosi., Rahayu, Urip,. Prawesti .P. Ayu.(2012). Gambaran Kebutuhan Spiritual Pada Pasien Kanker Payudara(Abstrak). Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran.Diakses pada tanggal 8 Oktober 2015 pukul 09.00 dari <http://jurnal.unpad.ac.id/ejournal/article/view/859/905>.

LAMPIRAN

Lampiran I: Lembar Permohonan Menjadi Responden**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Pasien stroke beserta keluarga di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Nama : Azika Sasmika

NIM : 20120320017

Akan melaksanakan penelitian tentang "**HUBUNGAN PENGETAHUAN SPIRITUAL TERHADAP PERILAKU PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL:SHALAT DAN THAHAROH PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II**". Untuk itu saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/saudara untuk menjadi responden dalam penelitian ini. Segala hal yang bersifat rahasia akan saya rahasiakan dan saya gunakan hanya untuk penelitian ini.

Demikian surat permohonan ini saya sampaikan, atas kesediaan Bapak/Ibu/responden sebagai responden atas partisipasi dan ketersediannya saya ucapkan terima kasih.

Yogyakarta, Mei 2016

Peneliti

(Azika Sasmika)

Lampiran II: Lembar Persetujuan Menjadi Responden**LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN
(INFORM CONSENT)****Assalamu'alaikum, Wr. Wb**

Puji syukur marilah kita haturkan ke Hadirat Allah SWT, Rob Semesta Alam. Tak lupa shoawat serta salam semoga selalu tercurah kepada junjungan kita, Nabi Besar Muhammad SAW. Semoga ajaran yang telah beliau tinggalkan dapat kita amalkan dalam kehidupan ini, dan semoga kita mendapatkan syafa'at beliau di akherat kelak. Amin. Dengan ini tanpa ada paksaan dari peneliti untuk menjadi responden:

Nama :

Usia :

Alamat :

Saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian "Hubungan pengetahuan spiritual terhadap perilaku pemenuhan kebutuhan spiritual: shalat dan thaharoh pasien stroke di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II", yang dilaksanakan oleh :

Nama : Azika Sasmika

No Mahasiswa : 2012032017

Kerahasiaan informasi dan identitas responden dijamin oleh peneliti dan tidak akan disebar luaskan baik melalui media massa atau pun elektronik.

Wassalamu'alaikum, Wr. Wb

Yogyakarta, Mei 2016

Responden

Lampiran III: Permohonan Menjadi Asisten Penelitian

PERMOHONAN MENJADI ASISTEN PENELITIAN

Kepada Yth,

Saudara/i calon asisten penelitian

Saya yang bertanda dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta:

Nama : Azika Sasmika

NIM : 20120320017

Akan melakukan penelitian dengan judul **“HUBUNGAN PENGETAHUAN SPIRITUAL TERHADAP PERILAKU PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL:SHALAT DAN THAHAROH PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II”**.

Jika saudara tidak bersedia menjadi asisten penelitian dalam penelitian ini maka tidak ada ancaman bagi saudara dan jika menyetujui menjadi asisten, maka saya mohon kesedian saudara untuk menandatangani lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaan saudara sebagai asisten penelitian saya ucapkan terimakasih.

Lampiran IV: Kuesioner Data Demografi Responden

KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

Petunjuk Pengisian

Bapak/ Ibu/ saudara/i diharapkan:

Isilah dengan benar dan jujur biodata berikut ini dan berikan tanda centang () pada kolom yang telah disediakan.

Tiap satu pernyataan ini diisi dengan satu jawaban.

Bila data yang kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

“HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN SPIRITUAL TERHADAP PERILAKU PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL: THOHAROH DAN SHALAT PASIEN”

- Umur Tahun
- Jenis Kelamin Laki-laki
 Perempuan
- Pendidikan Terakhir SD
 SMP
 SMA
 Perguruan Tinggi
- Pekerjaan PNS
 IBU RUMAH TANGGA
 PETANI
 WIRASWASTA
 BURUH HARIAN

Lampiran V: Kuesioner Pengetahuan Spiritual

Petunjuk Pengisian

Bapak/ Ibu/ saudara/i diharapkan:

Isilah dengan benar dan jujur biodata berikut ini dan berikan tanda centang () pada kolom yang telah disediakan.

Tiap satu pernyataan ini diisi dengan satu jawaban.

Bila pertanyaanya kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

FICA TOOL		
Pertanyaan	Jawaban	
Iman dan Kepercayaan		
Spiritual merupakan hal tentang kepercayaan, keyakinan dan harapan positif, mampu menerima kondisi, sumber kekuatan dan membuat hidup lebih berarti.	Ya	Tidak
Kerohanian adalah suatu sikap dan kepercayaan individu terkait dengan kelebihan (Tuhan) atau kekuatan nonmaterial atas kehidupan dan alam dimensi seseorang terkait dengan nilai dan tujuan akhir dengan makna kehidupan.	Ya	Tidak
Apakah Anda merasa diri Anda seseorang yang spiritual atau religius	Ya	Tidak
Apakah Anda memiliki keyakinan spiritual yang membantu Anda mengatasi stress	Ya	Tidak
Dampak dan pengaruh		

Pentingkah keyakinan dan kepercayaan dalam hidup Anda	Ya	Tidak
Apakah kepercayaan/keyakinan mempengaruhi cara Anda dalam mengatasi masalah	Ya	Tidak
Apakah keyakinan atau agama anda mempengaruhi dalam membuat keputusan untuk pengobatan penyakit anda.	Ya	Tidak
Komunitas		
Apakah Anda mengikuti kegiatan/ bagian dari kelompok spiritual/ keagamaan? (misal: pengajian, menjadi anggota rohis,dll)	Ya	Tidak
Apakah hal tersebut (menjadi bagian dari kegiatan spiritual/keagamaan) memberi Anda dorongan/semangat positif	Ya	Tidak
Apakah ada orang yang berperan penting dalam hidup anda	Ya	Tidak

Lampiran VI: Kuesioner Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spiritual: Shalat Dan Thaharoh

KUISONER PERILAKU PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL:

SHALAT DAN THOHAROH PASIEN STROKE

Petunjuk Pengisian

Bapak/ Ibu/ saudara/i diharapkan:

Isilah dengan benar dan jujur biodata berikut ini dan berikan tanda centang () pada kolom yang telah disediakan.

Tiap satu pernyataan ini diisi dengan satu jawaban.

Bila pertanyaanya kurang dimengerti dapat ditanyakan pada peneliti.

Tidak pernah (0)

Jarang dilakukan (1-2 kali)

Kadang-kadang (3-4 kali)

Sering (5-10 kali)

Sangat sering (>10 kali)

No	Pernyataan	Tidak pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Sangat sering
1.	Ketika saya melaksanakan shalat saya merasa tenang					
2.	Ketika saya melakukan ibadah shalat dapat meningkat kualitas hidup saya					
3.	Ketika sakit saya meninggalkan shalat					
4.	Ketika saya meninggalkan shalat					

	saya merasa cemas					
5.	ketika selesai shalat saya selalu berdoa untuk meningkatkan kualitas hidup					
6.	Selama sakit saya melakukan shalat dengan berdiri					
7.	Ketika saya tidak bisa melakukan gerakan shalat berdiri saya melakukan dengan duduk					
8.	Ketika saya tidak bisa melakukan shalat duduk saya selalu melakukan dengan berbaring					
9.	Ketika saya kesulitan shalat berbaring saya tidak mengerjakan shalat					
10.	Ketika shalat saya selalu menggunakan tempat bersih dan pakaian bersih					
11.	Saya selalu menggunakan air ketika berwudhu					
12.	Selama sakit ketika waktu shalat tiba dan tidak ada orang yang membantu, saya selalu tayyamum walaupun masih ada air					
13.	Saya tayamum menempelkan					

	tangan ke debu yang suci					
14.	Saya tayamum mengusapkan debu ke wajah					
15.	Saya tayammum mengusapkan kedua tangan sampai pergelangan tangan					
16.	Selama saya sakit saya selalu bersuci apabila terkena najis dan kotoran (wudhu, tayyamum dan mandi)					

VAR0000 5	Pearson Correlation	.149	1.000**	.381*	.149	1	.381*	1.000**	1.000**	.149	.149	-.089	.730**
	Sig. (2-tailed)	.432	.000	.038	.432		.038	.000	.000	.432	.432	.640	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR0000 6	Pearson Correlation	-.030	.381*	1.000**	.150	.381*	1	.381*	.381*	.150	-.030	-.234	.608**
	Sig. (2-tailed)	.875	.038	.000	.428	.038		.038	.038	.428	.875	.214	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR0000 7	Pearson Correlation	.149	1.000**	.381*	.149	1.000**	.381*	1	1.000**	.149	.149	-.089	.730**
	Sig. (2-tailed)	.432	.000	.038	.432	.000	.038		.000	.432	.432	.640	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR0000 8	Pearson Correlation	.149	1.000**	.381*	.149	1.000**	.381*	1.000**	1	.149	.149	-.089	.730**
	Sig. (2-tailed)	.432	.000	.038	.432	.000	.038	.000		.432	.432	.640	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR0000 9	Pearson Correlation	.520**	.149	.150	1.000**	.149	.150	.149	.149	1	.520**	.239	.624**
	Sig. (2-tailed)	.003	.432	.428	.000	.432	.428	.432	.432		.003	.203	.000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR0001 0	Pearson Correlation	1.000**	.149	-.030	.520**	.149	-.030	.149	.149	.520**	1	.598**	.588**
	Sig. (2-tailed)	.000	.432	.875	.003	.432	.875	.432	.432	.003		.000	.001

	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR0001	Pearson Correlation	.598**	-.089	-.234	.239	-.089	-.234	-.089	-.089	.239	.598**	1	.219
1	Sig. (2-tailed)	.000	.640	.214	.203	.640	.214	.640	.640	.203	.000		.244
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTAL	Pearson Correlation	.588**	.730**	.608**	.624**	.730**	.608**	.730**	.730**	.624**	.588**	.219	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.001	.244	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.838	.859	10

VAR00008	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.064 .736 30	.233 .214 30	.310 .096 30	.277 .139 30	.287 .124 30	.035 .856 30	.502* .005 30	1 30	.287 .124 30	.342 .064 30	.205 .276 30	.297 .111 30	.226 .230 30	.287 .124 30	.126 .506 30	.297 .111 30	.226 .230 30	.182 .336 30	.459* .011 30	.284 .129 30	.603* .000 30
VAR00009	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.392* .032 30	.400* .029 30	.635* .000 30	.478* .008 30	1.000** .000 30	.319 .086 30	.325 .080 30	.287 .124 30	1 30	.671* .000 30	-.057 .765 30	.547* .002 30	.493* .006 30	1.000** .000 30	.113 .552 30	.547* .002 30	.493* .006 30	.411* .024 30	.111 .559 30	.232 .218 30	.662* .000 30
VAR00010	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.285 .127 30	.423* .020 30	.863* .000 30	.589* .001 30	.671* .000 30	.366* .047 30	.178 .346 30	.342 .064 30	.671* .000 30	1 30	.147 .438 30	.665* .000 30	.566* .001 30	.671* .000 30	.225 .232 30	.665* .000 30	.566* .001 30	.641* .000 30	.192 .309 30	-.096 .613 30	.777* .000 30
VAR00011	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	.134 .479 30	.091 .631 30	-.011 .952 30	.224 .234 30	-.057 .765 30	-.202 .284 30	.180 .342 30	.205 .276 30	-.057 .765 30	.147 .438 30	1 30	.311 .095 30	.281 .133 30	-.057 .765 30	.077 .687 30	.311 .095 30	.281 .133 30	.429* .018 30	.372* .043 30	-.250 .183 30	.334 .071 30

VAR0020	Pearson Correlation	.263	-.163	.171	.089	.232	-.045	.325	.284	.232	-.096	-.250	.113	-.069	.232	.016	.113	-.069	-.256	.185	1	.174
	Sig. (2-tailed)	.161	.388	.366	.638	.218	.815	.079	.129	.218	.613	.183	.553	.718	.218	.934	.553	.718	.172	.329		.357
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
VAR0021	Pearson Correlation	.512*	.489*	.686*	.753*	.662*	.173	.529*	.603*	.662*	.777*	.334	.831*	.740*	.662*	.261	.831*	.740*	.680*	.524*	.174	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.006	.000	.000	.000	.362	.003	.000	.000	.000	.071	.000	.000	.000	.163	.000	.000	.000	.003	.357	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.804	.943	17

Lampiran VIII: Hasil Analisa Data SPSS dan Komputerisasi

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dewasa Awal	5	11.6	11.6	11.6
Dewasa tengah	21	48.8	48.8	60.5
Lanjut Usia	17	39.5	39.5	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	24	55.8	55.8	55.8
Perempuan	19	44.2	44.2	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Perguruan Tinggi	4	9.3	9.3	9.3
SMA	10	23.3	23.3	32.6
SMP	10	23.3	23.3	55.8
SD	17	39.5	39.5	95.3
Tidak Sekolah	2	4.7	4.7	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruh Harian	7	16.3	16.3	16.3
IRT	11	25.6	25.6	41.9
Petani	4	9.3	9.3	51.2
PNS	4	9.3	9.3	60.5
Tidak Bekerja	8	18.6	18.6	79.1
Wiraswasta	9	20.9	20.9	100.0

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Buruh Harian	7	16.3	16.3	16.3
IRT	11	25.6	25.6	41.9
Petani	4	9.3	9.3	51.2
PNS	4	9.3	9.3	60.5
Tidak Bekerja	8	18.6	18.6	79.1
Wiraswasta	9	20.9	20.9	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	38	88.4	88.4	88.4
Cukup Baik	4	9.3	9.3	97.7
Kurang Baik	1	2.3	2.3	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Perilaku

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	28	65.1	65.1	65.1
Cukup Baik	13	30.2	30.2	95.3
Kurang Baik	2	4.7	4.7	100.0
Total	43	100.0	100.0	

Correlations

			Pengetahuan	Perilaku
Spearman's rho	Pengetahuan	Correlation Coefficient	1.000	.372(*)
		Sig. (2-tailed)	.	.014
	Perilaku	N	43	43
		Correlation Coefficient	.372(*)	1.000
		Sig. (2-tailed)	.014	.
		N	43	43

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran IX: Surat Survey Pendahuluan Dari PKU Muhammadiyah



RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II
 Jl. Wates Km. 6,5 Gamping, Sleman, Yogyakarta
 Telp. 0274-6499704, IGD 0274-6499707
 Fax 0274-6499727, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

06 supar 1437H/ 18 November 2015

Nomor : 0763/PL.24.III/2015p
 Hal : Ijin Survey Pendahuluan

Kepada Yth.
 Kaprodi PSIK FKIK UMY
 Jl. Lingkar Selatan Tamantirto Bantul
Assalamu 'alaikum wr. wb.
 Memperhatikan surat Saudara Nomor : 021/B4-III/X/2015 tanggal 24 Oktober 2015 tentang permohonan Survey Pendahuluan bagi:

Nama : Azika Saumika
 NIM : 20120320017
 Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Pengetahuan Kebutuhan Spritual Terhadap perilaku Spritualitas pada Penderita Stroke

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Survey Pendahuluan.
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp. 300.000 (Tiga Ratus Ribu Rupiah) berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di bagian Keuangan pada jam kerja (08.00 – 14.00 WIB)
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Bagian Perencanaan dan Pengembangan dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disahkan kepada RS PKU Muh. Yk. melalui Bagian Perencanaan dan Pengembangan dan menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.

Catatan:

1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Kabag Perencanaan Penelitian dan Pengembangan (Ibu Irma Risdiana,MPH,Apt)
2. Selama melakukan Survey Pendahuluan berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :
 - Adlana retno, S.Kep.,Ns

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.
 Demikian, untuk menjadikan maklum
Wassalamu 'alaikum wr. wb.

Direktur Pendidikan dan Penelitian


 Dr. Hj. Ekorini Lisyawati, M.Pd.
 NBM. 908.340

Tembusan:

1. Bagian Penelitian dan Pengembangan RS PKU Muh Yk
2. Pembimbing yang Bersangkutan
3. Peneliti yang bersangkutan (Azika Saumika)
4. Arsip

1.

Cepat - Mutu - Nyaman - Ringan - Islami

Lampiran X: Etika Penelitian



Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

**SURAT KETERANGAN
KELAYAKAN ETIKA PENELITIAN**
Nomor : 111/EP-FKIK-UMY/III/2016

Komisi Etika Penelitian Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang terdiri atas :

1. Prof. dr.H. Djauhar Ismail, Sp.A(K), Ph.D.
2. Prof.Dr.dr.H. Soewito A, Sp.THT-KL
3. drg. Ana Medawati, M.Kes
4. drh. Tri Wulandari, M.Kes
5. Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes
6. Dr. dr. Tri Wahyuliati, Sp. S., M. Kes
7. Titih Huriah, Ns., M. Kep., Sp. Kom
8. Dr. drg. Tita Ratya Utari, Sp. Ort
9. Sabtanti Harimurti, Ph. D., Apt
10. Dr. dr. Arlina Dewi, MMR
11. Yuni Permatasari Istanti, S. Kep. Ns., Sp. KMB
12. Dra. Irma Risdiyana, Apt., MPH
13. dr. Inayati Habib, Sp. MK., M. Kes

Telah mengkaji permohonan kelayakan etika penelitian yang diajukan oleh :

Nama Peneliti	: Azika Sasmika
NIM	: 20120320017
Judul Penelitian	: Hubungan Pengetahuan Spiritual Terhadap Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Al:Shalat dan Thaharoh Pasien Stroke di Rumah Sakit Pusat Kesehatan Umum Muhammadiyah Yogyakarta Unit II
Pada Tanggal	: 19 Maret 2016
Dengan Hasil	: Layak Etik

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 22 Maret 2016

Sekretaris,

Dr. dr. Titiek Hidayati, M. Kes



Kampus
Jl. Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan Bantul, Yogyakarta 55183
Telp. (0274)387656-6xt. 213. 7491350. Fax. (0274)387658.

*Unggul
& Islami*

Lampiran XI: Surat Izin Penelitian Dari RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II



RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II

Jl. Wates Km. 5,5 Gamping, Sleman, Yogyakarta
Telp. 0274-6499704, IGD 0274-6499707
Fax 0274-6499727, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

22 Jumadil akhir 1437H/31 Maret 2016

Nomor : 0339 /PI.24.2/III/2016
Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Kaprodi PSIK UMY
Jl Lingkar Selatan Tamantirto Bantul
Assalamu 'alaikum wr.wb.

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 026/B4-III/III/2016 tanggal 30 Maret 2016 tentang permohonan Penelitian bagi:

Nama : Azika Sasmika
NIM : 20120520017
Judul Penelitian : Hubungan Pengetahuanj Spritual Terhadap Perilaku Pemenuhan Kebutuhan Spritual : Sholat dan Thaharah Pasien stroke di Rumah sakit Pusat Kesehatan Umum Muhammadiyah Yogyakarta Unit II

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :

1. Bersedia menastasi peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta.
2. Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Penelitian..
3. Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
4. Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp. (berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
5. Pembayaran dilakukan di bagian Keuangan pada jam kerja (08.00 – 14.00 WIB)
6. Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Bagian Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
7. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disahkan kepada RS PKU Muhammadiyah Gamping, Yk. melalui Bagian Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan serta menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.

Catatan:

1. Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Manajer Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan (Ibu Dra. Inayati ,Apt.,M.Si)
2. Selama melakukan Penelitian berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :
- Adiana Retno, S.Kep

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.

Demikian, untuk menjadikan mahkamah
Wassalamu 'alaikum wr.wb.

Direktur PK, PDI dan Diklitbang





Dr. Hj. Ekumawati, MMR
NBM. 908.340

Tembusan:

1. Bagian Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan RS PKU Muh Gamping YK
2. Pembimbing yang Bersangkutan
3. Peneliti yang bersangkutan (Azika Sasmika)
4. Arsip

Lampiran XII: Surat izin BAPPEDA

	
PEMERINTAH KABUPATEN SLEMAN BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH	
Jalan Parasamya Nomor 1 Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta 55511 Telepon (0274) 868800, Faksimila (0274) 868800 Website: www.bappeda.slemankab.go.id, E-mail : bappeda@slemankab.go.id	
SURAT IZIN Nomor : 070 / Bappeda / 2644 / 2016 TENTANG PENELITIAN KEPALA BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH	
Dasar :	Peraturan Bupati Sleman Nomor : 45 Tahun 2013 Tentang Izin Penelitian, Izin Kuliah Kerja Nyata, Dan Izin Praktik Kerja Lapangan,
Menunjuk :	Surat dari Kepala Kantor Kesatuan Bangsa Kab. Sleman Nomor : 070/Kesbang/2534/2016 Hal : Rekomendasi Penelitian
	Tanggal : 22 Juni 2016
MENGIZINKAN :	
Kepada :	
Nama :	AZIKA SASMIKA
No.Mhs/NIM/NIP/NIK :	20120320017
Program/Tingkat :	S1
Instansi/Perguruan Tinggi :	Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Alamat instansi/Perguruan Tinggi :	Jl. Lingkar Selatan tamantirto Kasihan Bantul
Alamat Rumah :	Jl. Raya Bukit kapit Parittiga Bangka Barat Bangka Belitung
No. Telp / HP :	085362908226
Untuk :	Mengadakan Penelitian / Pra Survey / Uji Validitas / PKL dengan judul HUBUNGAN PENGETAHUAN SPIRITUAL TERHADAP PERILAKU PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL: SHALAT DAN THAHAROH PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT PUSAT KESEHATAN UMUM MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA UNIT II
Lokasi :	RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II di Sleman
Waktu :	Selama 3 Bulan mulai tanggal 22 Juni 2016 s/d 21 September 2016
Dengan ketentuan sebagai berikut :	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Wajib melaporkan diri kepada Pejabat Pemerintah setempat (Camat/ Kepala Desa) atau Kepala Instansi untuk mendapat petunjuk seperluanya. 2. Wajib menjaga tata tertib dan mentaati ketentuan-ketentuan setempat yang berlaku. 3. Izin tidak disalahgunakan untuk kepentingan-kepentingan di luar yang direkomendasikan. 4. Wajib menyampaikan laporan hasil penelitian berupa 1 (satu) CD format PDF kepada Bupati diserahkan melalui Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah. 5. Izin ini dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak dipenuhi ketentuan-ketentuan di atas. 	
Demikian izin ini dikeluarkan untuk digunakan sebagaimana mestinya, dihapalkan pejabat pemerintah/non pemerintah setempat memberikan bantuan seperlunya.	
Setelah selesai pelaksanaan penelitian Saudara wajib menyampaikan laporan kepada kami 1 (satu) bulan setelah berakhirnya penelitian.	
Dikeluarkan di Sleman Pada Tanggal : 22 Juni 2016 a.n. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah	
Sekretaris	
Kepala Bidang Statistik, Penelitian, dan Perencanaan	
 ERNY MARYATUN, S.IP, MT	
Tembusan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Bupati Sleman (sebagai laporan) 2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sleman 3. Kabid. Sosial & Pemerintahan Bappeda Kab. Sleman 4. Camat Gamping 5. Dir. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II di Sle 6. Dekan FKIK UMY 7. Yang Bersangkutan 	