

SKRIPSI

**FAKTOR –FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP PERAWAT
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DI RUANG
RAWAT INAP MEDIK-BEDAH RSUD DR. H. CHASAN BOESOIRIE
TERNATE**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
mendapatkan Gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep) pada Program Studi Ilmu
Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin*



OLEH

**YUMNA HORMATI
C 12111623**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP PERAWAT
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DI RUANG
RAWAT INAP MEDIK-BEDAH RSUD DR.H. CHASAN BOESOIRIE
TERNATE**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada hari : Jumat, 01 Februari 2013

Pukul : 08.00-10.00 Wita

Tempat : Ruang Rapat Bergambar

Oleh

YUMNA HORMATI

12111623

Dan yang bersangkutan dengan

LELUS

Tim Penguji Akhir

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes

2. Dr. Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.MB

3. Dr. Anam Gams, S.Kp., M.Kes

4. Dr. H. Agus Purpita, S.Kep.Ns.,M.Kes

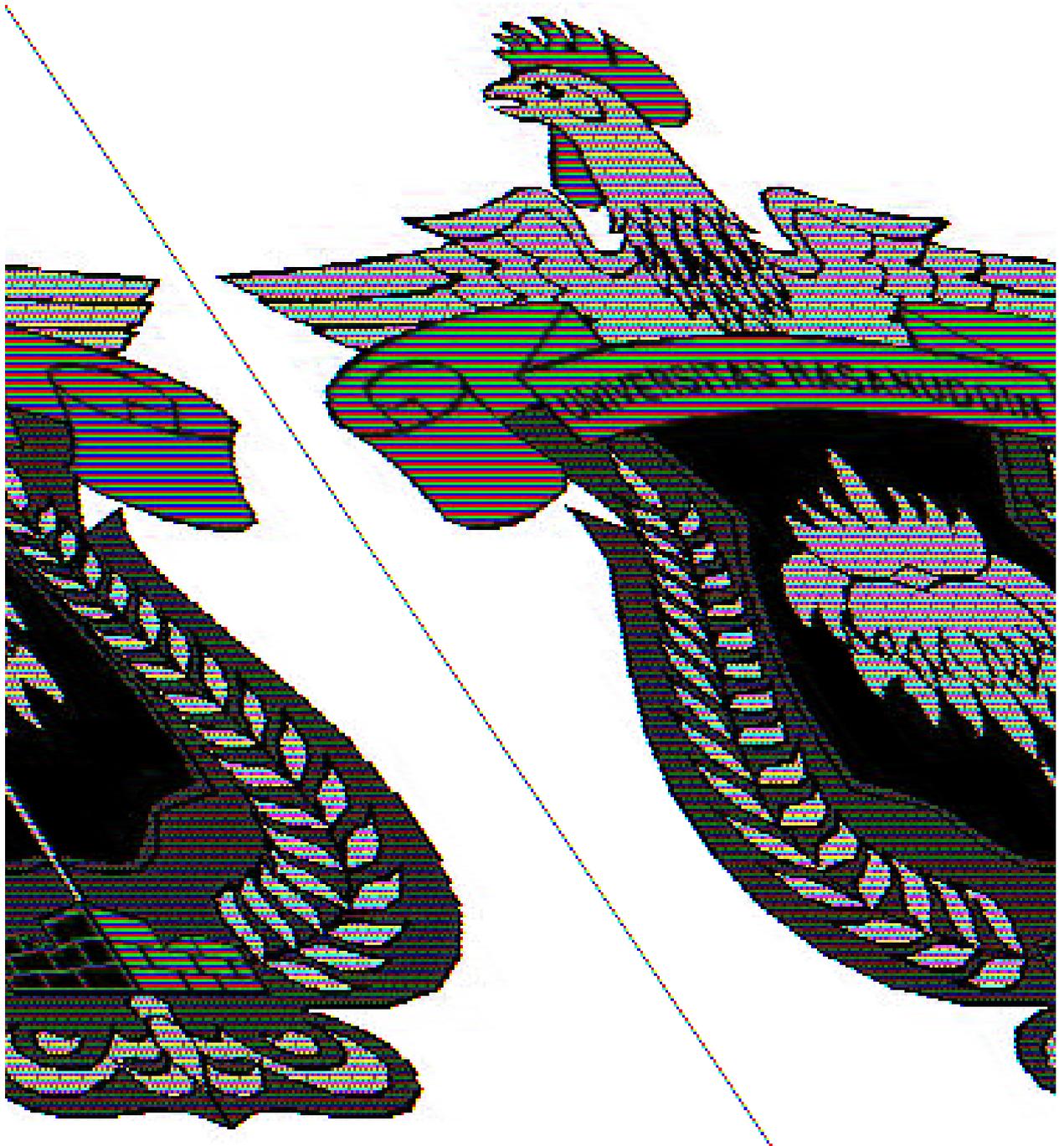
Mengetahui,

Dr. H. Decan
Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Prof. dr. Budu, Ph.D,SpM(K),M.MedED
NIP : 19661231 199503 1 009

Dr. Dra. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep
NIP : 19500114 197207 2 001



HALAMAN PERSETUJUAN

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP PERAWAT
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DI RUANG
RAWAT INAP MEDIK-BEDAH RSUD DR.H. CHASAN BOESOIRIE
TERNATE
TAHUN 2012**

Oleh
YUMNA HORMATI
G12111623

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan penguji

Dosen Pembimbing I

Pembimbing I

Abdul Haris, S.kp.,M,Kes

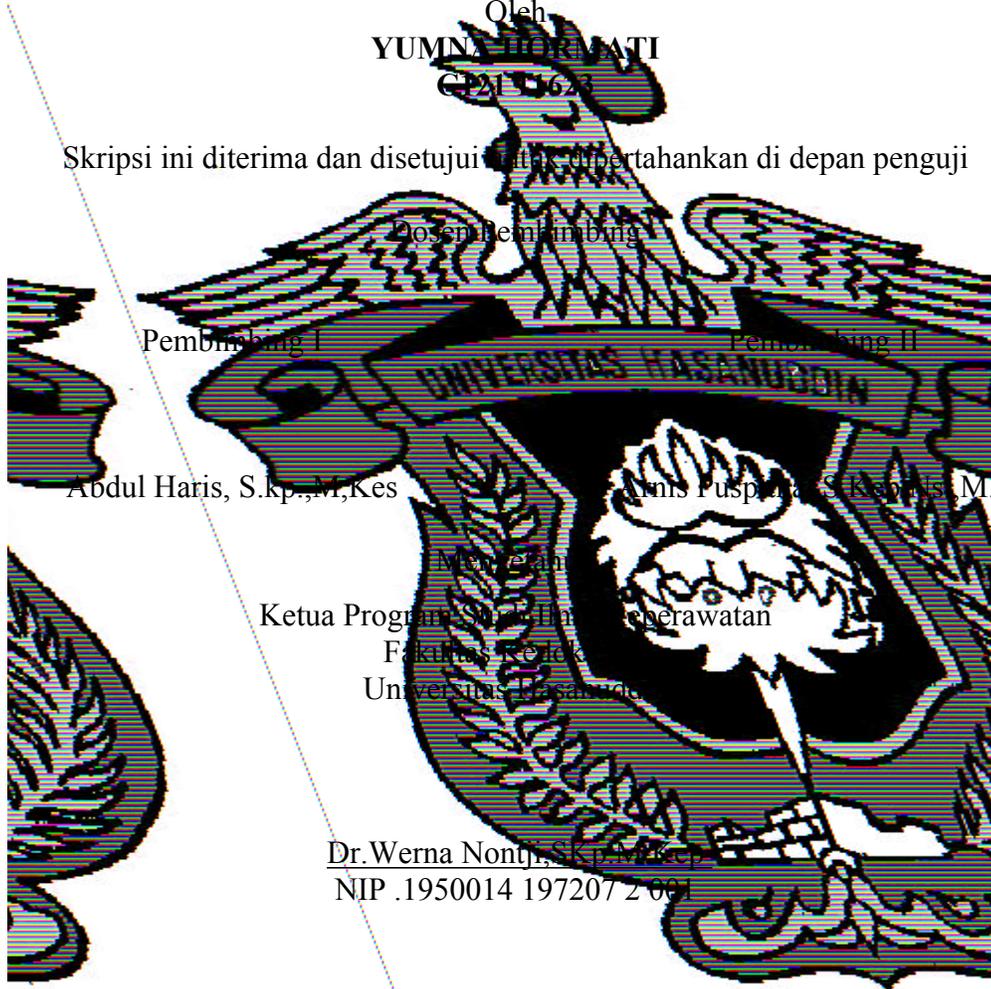
Pembimbing II

Ninis Puspita, S.Kep.ns.,M.Kes

Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanudin

Dr.Werna Nontji, S.Kp.,M.Kes
NIP .1950014 197207 2 001



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yumna Hormati

Nim : C 12111623

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar – benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat – beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Desember 2012

Yang membuat pernyataan

Yumna Hormati

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir program akademik pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar, yaitu penelitian untuk menyelesaikan skripsi dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah RSUD Dr.H Chasan Boesoirie Ternate Maluku Utara”

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan, dengan demikian berbagai saran dan kritik yang bersifat membangun demi kesempurnaan pada penelitian di waktu yang akan datang.

Terselesaikannya laporan akhir penelitian ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik moril, materil maupun spiritual. Untuk itu melalui kesempatan ini perkenankan penulis dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati menyampaikan ungkapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bpk. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Bpk. Prof. dr. Budu, Ph.D,SpM.(K),M.MedED selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

3. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp. M. Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di PSIK-FK Universitas Hasanuddin Makassar
4. Bpk. Abdul Haris, S.Kp.,M.Kes. selaku Pembimbing I dan Ibu Arnis Puspitha, S.Kep.Ns.,M.Kes. selaku pembimbing II yang dengan penuh keikhlasan dan kesabaran telah memberikan motivasi dan bimbingan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat pada waktunya.
5. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes. dan Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,Sp.MB selaku penguji yang telah memberikan arahan serta masukan demi perbaikan skripsi ini
6. Ibu dr. Neni Marhaeni Hasan, Sp.A selaku Direktur RSUD DR. H. Chasan Boesoirie Ternate atas izin serta fasilitas yang diberikan selama penelitian ini dilakukan.
7. Para sejawat perawat di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H Chasan Boesoirie Ternate yang telah bersedia menjadi responden pada penelitian ini.
8. Teristimewa suami tercinta Arsad Suni, S.Kep.,Ns. dimana dengan tulus ikhlas dan penuh kesabaran memberikan dukungan dan do'a serta materil, dan juga Anakku tersayang Ni'mal Mufidah dan M. Faqih Tafazzul sebagai pemberi spirit dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Ilmu Keperawatan.
9. Ayahanda dan ibunda serta kakak dan adikku tercinta yang selalu memberikan motivasi, dukungan dan do'a untuk menyelesaikan pendidikan.

10. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu, utamanya rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Ners B angkatan 2011 yang telah memberi dukungan, bantuan dan memberi support selama penyusunan skripsi ini dilakukan.

Semoga semua budi baik yang telah diberikan kepada penulis mendapat ganjaran pahala yang berlipat ganda di sisi Allah SWT, Amin ya Rabbal'amin.

ABSTRAK

Yumna Hormati. C12111623. **FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKAP PERAWAT DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DI RUANG RAWAT INAP MEDIK-BEDAH RSUD Dr. H. CHASAN BOESOIRIE TERNATE**, dibimbing oleh Abdul Haris dan Arnis Puspitha (xi + 101 halaman + 2 gambar + 9 tabel + 10 lampiran).

Latar Belakang: Salah satu aspek pelayanan profesional dalam keperawatan adalah masalah pemenuhan kebutuhan spiritual. Hal ini menjadi penting karena ketika kondisi fisik seseorang terganggu maka ada kemungkinan mengalami perubahan emosi. Pada kondisi tersebut, aspek spiritual seseorang sangat diperlukan untuk mengatasi perubahan emosi tersebut, namun pada kenyataannya kebutuhan spiritual pasien kurang diperhatikan oleh perawat.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. Penelitian dilakukan pada tanggal 09 -28 Juli 2012.

Metode: Desain penelitian menggunakan analitik komparatif dengan *Cross Sectional study*, sampel diambil menggunakan *Nonprobability Sampling* dengan *Purposive Sampling*. Jumlah sampel 95 perawat yang bekerja di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. Pengumpulan data menggunakan kuesioner untuk mengukur tingkat pengetahuan, motivasi dan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Analisa data menggunakan uji *Chi-Square* untuk melihat hubungan faktor pendidikan, pengetahuan dan motivasi dengan sikap perawat, sedangkan analisa multivariat digunakan untuk melihat faktor yang paling dominan hubungannya terhadap sikap, dengan program SPSS windows versi 20,0.

Hasil: Pada penelitian ini diperoleh hasil yaitu responden yang memiliki sikap positif sebanyak 36,8%, sikap negatif sebanyak 63,2%. Hasil uji *Chi-Square* faktor pendidikan dengan sikap ($p=0,007$), pengetahuan ($p=0,003$), motivasi ($p=0,004$). Analisis multivariat menunjukkan faktor yang paling dominan berhubungan dengan sikap adalah pendidikan ($\text{Exp}(B)=5,704$).

Kesimpulan & Saran: Disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan, pengetahuan dan motivasi dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. Semakin tinggi pendidikan perawat maka sikapnya cenderung semakin positif. Sedangkan semakin kurang pengetahuan dan semakin rendah motivasi perawat maka sikapnya cenderung semakin negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan sikap adalah pendidikan. Diharapkan agar lebih meningkatkan sumber daya manusia yang terkait dengan mutu pelayanan keperawatan pada umumnya dan khususnya dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien melalui penerapan asuhan keperawatan secara holistik.

Keywords: Kebutuhan Spiritual, Sikap, Pendidikan, Pengetahuan, dan Motivasi.

Sumber literature : 27 kepustakaan (2002 – 2012)

ABSTRACT

Yumna Hormati. C12111623. **FACTORS RELATED TO ATTITUDES OF NURSES MEETING SPIRITUAL NEEDS PATIENTS IN THE MEDICAL-SURGICAL WARD Hospital Dr. H. Chasan BOESOIRIE TERNATE**, led by Abdul Haris and Arnis Puspitha (xi + 101 pages + 2 + 9 pictures + 10 appendix tables).

Background: One of the aspects of professional nursing services is a matter of spiritual fulfillment. This is important because when the physical condition of someone disturbed then it is possible to change emotions. In these conditions, the spiritual aspects of a person is needed to cope with the emotions, but in fact the spiritual needs of patients less attention by the nurses.

Objective: This study aimed to determine the factors - factors related to the attitude of the nurse in meeting the spiritual needs of patients in the inpatient Medical-Surgical Hospital Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate. The study was conducted on 09 -28 July 2012.

Methods: The study design using the analytic comparative cross-sectional study, samples were taken using a nonprobability sampling with purposive sampling. Number of samples 95 nurses working in the inpatient Medical-Surgical Hospital Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate. Data collection using questionnaires to measure the level of knowledge, motivation and attitude of nurses in meeting the spiritual needs of patients. Data analysis using Chi-Square test to see the correlation between education, knowledge and motivation to nurse attitudes, whereas multivariate analysis is used to see the most dominant factor related to attitudes, with SPSS windows version 20.0.

Results: In this study the results obtained by the respondents with a positive attitude as much as 36.8%, a negative attitude as much as 63.2%. Chi-Square test results with the attitude of educational factors ($p = 0.007$), knowledge ($p = 0.003$), motivation ($p = 0.004$). Multivariate analysis showed the most dominant factor is related to the attitude of education ($\text{Exp (B)} = 5.704$).

Conclusion and Recommendation: It is concluded that there is a significant relationship between education, knowledge and motivation with the attitude of nurses in meeting the spiritual needs of patients in the inpatient Medical-Surgical Hospital Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate. The higher the education nurses tend to be more positive attitude. While the lack of knowledge and low motivation of the nurses tend to be more negative the attitude in meeting the spiritual needs of patients. The dominant factor is related to the attitude of education. It is hoped that further enhance human resources related to quality nursing services in general and in particular in meeting the spiritual needs of patients through the application of holistic nursing care.

Keywords: Spiritual Needs, Attitudes, Education, Knowledge, and Motivation.

Sources of literature: **27 bibliography (2002-2012)**

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN SKRIPSI	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vi
<i>ABSTRACT</i>	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Kebutuhan Spiritual	7
B. Tinjauan Umum Tentang Sikap	34
C. Tinjauan Umum Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Sikap Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien.....	43

BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep	55
B. Hipotesis	55

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	56
B. Tempat dan Waktu Penelitian	56
C. Populasi dan Sampel	56
D. Alur Penelitian	59
E. Variabel Penelitian	60
F. Instrumen Penelitian dan Prosedur Pengumpulan Data.....	61
G. Tehnik Pengolahan dan Analisa Data	63
H. Etika Penelitian	65

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	69
B. Pembahasan	78
C. Keterbatasan Penelitian	99

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	100
B. Saran	101

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar permohonan menjadi responden
Lampiran 2	Lembar persetujuan menjadi responden
Lampiran 3	Lembar koesioner penelitian
Lampiran 4	Hasil uji validitas dan reliabilitas koesioner penelitian
Lampiran 5	Hasil data spss dan master data penelitian
Lampiran 6	Surat ijin penelitian dari kampus Unhas
Lampiran 7	Surat ijin penelitian dari Badan Kesbangpol dan Linmas Kota Ternate
Lampiran 8	Surat ijin penelitian Dari RSUD.Dr.H.Chasan Bosoirie Ternate
Lampiran 9	Surat keterangan telah melakukan penelitian.

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 5.1: Karakteristik demografi responden menurut usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja dan ruangan, di RSUD Dr.H.Chasan Boesoirie Ternate	70
Tabel 5.2: Distribusi frekuensi tingkat pendidikan perawat di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.....	71
Tabel 5.3: Distribusi Frekuensi pengetahuan perawat di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.....	72
Tabel 5.4: Distribusi frekuensi motivasi perawat di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie.....	72
Tabel 5.5: Distribusi frekuensi sikap perawat di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.....	73
Tabel 5.6: Hubungan pendidikan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.....	73
Tabel 5.7: Hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate	74
Tabel 5.8: Hubungan motivasi dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di RSUD Dr. H. Chasan Bosoiri Ternate.....	75
Tabel 5.9: Faktor yang paling berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.....	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Kerangka Konsep

Gambar 4.1. Alur Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Manusia adalah makhluk biologi, psikologi, sosial, dan spiritual yang utuh, dalam arti bahwa manusia merupakan satu kesatuan dari aspek jasmani dan ruhani serta bersifat unik karena memiliki berbagai macam kebutuhan sesuai dengan tingkat perkembangannya. Hal tersebut sejalan dengan definisi keperawatan hasil Lokakarya Nasional tahun 1983 (di kutip dalam Nursalam, 2011), menyatakan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biopsikososio dan spiritual yang komprehensif serta ditunjukkan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus kehidupan manusia.

Salah satu aspek pelayanan profesional dalam keperawatan adalah masalah pemenuhan kebutuhan spiritual. Hal ini menjadi penting karena ketika kondisi fisik seseorang terganggu maka ada kemungkinan mengalami perubahan emosi. Pada kondisi tersebut, aspek spiritual seseorang sangat diperlukan untuk mengatasi perubahan emosi tersebut. Hawari (2010), menyatakan bahwa keimanan pada Tuhan diyakini akan memudahkan seseorang untuk mengatasi perubahan emosional selama sakit.

Penelitian oleh Rahmat, I. (2002), tentang keefektifan pemberian bimbingan spiritual Islami kepada klien terminal terhadap kecemasan dan motivasi hidup di RSUD Muhammadiyah Yogyakarta menyimpulkan bahwa pemberian bimbingan spiritual efektif untuk menurunkan kecemasan segera setelah diberikan bimbingan kepada klien yang mengalami penyakit terminal, tetapi setelah tidak dibimbing dalam dua minggu kecemasan klien terminal berangsur-angsur meningkat lagi. Selain itu pemberian bimbingan spiritual efektif meningkatkan motivasi hidup bagi klien terminal, baik tentang kesungguhan mencari nafkah, keinginan untuk meningkatkan kebutuhan-kebutuhan hidup maupun keajegan dalam bekerja.

Organisasi kesehatan sedunia atau *World Health Organization* (WHO), tahun 2000, yang dikutip dalam Potter & Perry (2008), telah menetapkan unsur spiritual atau agama sebagai salah satu dari empat unsur kesehatan. Keempat unsur kesehatan tersebut adalah sehat fisik, psikis, sosial dan spiritual. Unsur-unsur itu kemudian dikenal dengan pengertian sehat yaitu kesehatan manusia seutuhnya yang meliputi aspek biologik, psikologik, sosial dan spritual. Hal ini memberikan pandangan bahwa kebutuhan spiritual menjadi hal yang utama sehingga diharapkan dalam memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan, pasien selalau dipandang secara *holistik*.

Survey yang dilakukan oleh majalah Time dan CNN 1996, dan dikembangkan oleh Larson, et. Al, 2000 (dikutip dalam Hawari, 2010) menyebutkan bahwa lebih dari 75 % responden menyatakan psikoterapi agama membawa hasil yang signifikan, dimana keyakinan mereka dengan

berdoa dan berzikir kepada Tuhan Yang Maha Kuasa dapat membantu proses penyembuhan penyakit. Sementara itu dalam praktik sehari-hari Lorson, et. al (2000) menyatakan bahwa lebih dari 68 % pasien menginginkan agar dokter memberikan terapi psikoreligius, doa dan dzikir. Dari survey ini menunjukkan bahwa sebenarnya pasien membutuhkan terapi keagamaan selain terapi dengan obat-obatan dan tindakan medis lainnya.

Wright, 2000 (dikutip dalam Hamid 2009), mengatakan bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat lebih cenderung memperhatikan aspek *curent* (pengobatan). Lebih lanjut Hamid (2009), mengemukakan bahwa perawat kurang memperhatikan aspek spiritual dalam perawatan karena perawat kurang memahami tentang aspek spiritual dan manfaatnya terhadap kesehatan serta penyembuhan penyakit pasien, selain itu kurangnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan spiritual pasien menjadi salah satu penyebab pemenuhan kebutuhan spiritual pasien kurang diperhatikan oleh perawat.

Penelitian terdahulu seperti Fryback, 1999 (dikutip dalam Potter & Perry, 2008) menyebutkan bahwa sebagian perawat merasa tidak mampu memberikan perawatan spiritual kepada pasien, dengan alasan : (1) perawat memandang agama sebagai masalah pribadi, (2) perawat berpikir bahwa spiritualitas merupakan masalah pribadi yang hanya merupakan hubungan individu dengan penciptanya, (3) Perawat merasa tidak nyaman dengan agama/kepercayaanya, (4) perawat tidak tahu tentang asuhan keperawatan spiritual, (5) perawat menjalankan kebutuhan spiritual untuk kebutuhan

psikososial, dan (6) perawat memandang bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pasien bukan tanggung jawabnya melainkan tanggung jawab keluarga dan tokoh agama.

Berdasarkan pengamatan penulis selama bertugas di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, khususnya di ruang rawat inap Medik-Bedah, kebutuhan spiritual ini seakan hanya menjadi prioritas pada pasien dalam keadaan kritis, atau menjelang kematian saja, dan sebagian besar perawat tidak mendampingi pasien pada saat menjelang kematian/sakratul maut karena perawat sibuk melaksanakan tindakan-tindakan yang mengarah pada pengobatan pasien yaitu melakukan tindakan sesuai dengan instruksi dokter sehingga kebutuhan spiritual pasien seakan terabaikan.

Penelitian sebelumnya tentang faktor yang berhubungan dengan sikap perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien di RSUD Dr. H.Chasan Boesoirie belum pernah dilakukan sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah RSUD Dr. H.Chasan Boesoirie Ternate”**.

B. Rumusan Masalah

Salah satu aspek pelayanan profesional dalam keperawatan adalah masalah pemenuhan kebutuhan spiritual. Hal ini menjadi penting karena ketika kondisi fisik seseorang terganggu maka ada kemungkinan mengalami perubahan emosi. Pada kondisi tersebut, aspek spiritual seseorang sangat diperlukan untuk mengatasi perubahan emosi tersebut. Keimanan pada Tuhan

diyakini akan memudahkan seseorang untuk mengatasi perubahan emosional selama sakit.

Kurangnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan spiritual pasien diduga menjadi salah satu penyebab pemenuhan kebutuhan spiritual pasien kurang diperhatikan oleh perawat di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. Dengan demikian masalah penelitian adalah “Faktor-faktor apakah yang berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H.Chasan Boesoirie Ternate ?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik- Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya hubungan pendidikan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.
- b. Diketuinya hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

- c. Diketuainya hubungan motivasi dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.
- d. Diketuainya faktor yang paling berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan dan Rumah Sakit

Sebagai masukan dalam pembuatan kebijakan tentang pengembangan sumber daya manusia yang terkait dengan upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan melalui penerapan asuhan keperawatan secara holistik, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

2. Bagi Pengembangan Riset Keperawatan

Memberi informasi dasar sebagai bukti ilmiah dan bahan kajian untuk penelitian lebih lanjut yang terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

3. Bagi Peneliti

Meningkatkan wawasan dan pemahaman tentang riset keperawatan, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kebutuhan Spiritual

1. Pengertian Spiritualitas

Kata spiritual berasal dari kata spirit yang diartikan sebagai semangat, penuh harapan, dan optimis (Mansem, 1993 yang dikutip dalam Potter & Perry, 2008), yang lebih lanjut mengatakan bahwa spirit artinya pandangan mengenai jiwa manusia dan keprihatinannya terhadap makna akhir dan realitas kehidupan yang abadi. Keyakinan spiritual atau spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Tuhan Yang Maha Pencipta (Hawari, 2008, p.14).

Menurut Burkhardt, 1983 (dikutip dalam Hamid, 2009), menyatakan spiritualitas meliputi aspek sebagai berikut :

- a. Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan
- b. Menemukan arti dan tujuan hidup
- c. Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri
- d. Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi

2. Dimensi Spiritual

Menurut Potter & Perry (2008) secara tradisional, model holistik keperawatan tentang kesehatan telah mencakup dimensi fisik, psikologis, sosiologis, kultural, perkembangan, dan spiritual. Setiap dimensi berhubungan satu sama lainnya, yang mengandung gambaran atau karakteristik yang unik. Dalam model ini, spiritualitas mewakili totalitas keberadaan seseorang dan berfungsi sebagai perpektif pendorong yang menyatukan berbagai aspek individual.

Sementara itu Kozier, Erb, & Wilkinson, 1995 (dalam Potter & Perry, 2008), menyatakan dimensi spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional, penyakit fisik, atau kematian, yang mana Kekuatan itu timbul diluar kemampuan manusia.

Mickley et al, 1992 (dikutip dalam Hamid, 2009), menguraikan spiritualitas sebagai suatu multidimensi, yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedangkan dimensi agama lebih berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Penguasa. Selanjutnya diuraikan bahwa spiritualitas sebagai konsep dua dimensi yaitu dimensi vertikal dan dimensi horisontal. Dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan yang menuntun kehidupan seseorang, sedangkan dimensi horisontal adalah

hubungan seseorang dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Namun kedua dimensi tersebut terjadi hubungan yang terus menerus.

3. Kebutuhan Spiritual

Kebutuhan spiritual menurut Carson, 1989 (dikutip dalam Hamid, 2009), adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan rasa percaya dengan Tuhan. Artinya kebutuhan untuk mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai serta keterikatan, dan kebutuhan untuk memberikan maaf/pengampunan (Hamid, 2009). Menurut Kozier (2004) kebutuhan spiritual adalah kebutuhan mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, serta kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf. Pendekatan ini pada tahun 1992 telah diadopsi oleh The American Psychiatric Association (APA), yang dikenal dengan pendekatan biologis, psikologis, sosiologis, dan spiritual (Hawari, 2008).

Keyakinan spiritual atau spiritualitas adalah merupakan konsep dua dimensi, yaitu dimensi vertikal dan dimensi horisontal. Dimensi vertikal adalah dimensi yang berkaitan dengan hubungan seseorang dengan Tuhan yang menuntun kehidupannya, dan dimensi horisontal adalah dimensi yang berkaitan dengan hubungan seseorang dengan dirinya sendiri, orang lain,

dan lingkungan, dimana hubungan ini berjalan sepanjang hidup manusia (Hawari, 2008, p.16).

Menurut Kozier, Erb, Blais & Wilkonson, 1995 ; Murray & Zentzer, 1993 (dikutip dalam Hamid, 2009), disebutkan bahwa kebutuhan spiritual berupaya untuk mempertahankan keharmonisan/keselarasan dengan dunia luar, berjuang untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stres emosional, penyakit fisik (kronis, kritis ,terminal) dan kematian.

Sumiati, dkk. (2008), dalam penelitiannya tentang pemahaman perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual klien pada pasien lansia di RSUD Mardi Lestari kabupaten Sragen menyebutkan bahwa kebutuhan spiritual sebagai bagian dari kebutuhan manusia secara utuh hanya dapat dipenuhi apabila perawat dibekali dengan kemampuan memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan aspek spiritual klien sebagai bagian dari kebutuhan holistik pasien.

4. Masalah Spiritual

Potter & Perry (2008), menyatakan ketika penyakit, kehilangan, atau nyeri menyerang seseorang, kekuatan spiritual dapat membantunya ke arah penyembuhan atau pada perhatian dan perkembangan spiritual. Distres spiritual dapat berkembang sejalan dengan seseorang mencari makna tentang apa yang sedang terjadi, yang mungkin dapat mengakibatkan orang tersebut merasa sendiri atau terisolasi dari orang lain.

Selanjutnya Potter & Perry (2008), menguraikan beberapa kondisi yang umumnya selalu menjadi masalah spiritual, antara lain : Penyakit akut, penyakit kronis, dan penyakit terminal.

a. Penyakit Akut

Penyakit yang mendadak, tidak diperkirakan, yang menghadapi baik ancaman langsung atau jangka panjang terhadap kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan pasien, dapat menimbulkan distress spiritual yang bermakna. Sebagai contoh, pria berusia 40 tahun terkena serangan jantung, seorang pemuda berusia 20 tahun menjadi korban kecelakaan lalu lintas, atau wanita berusia 32 tahun menderita kanker payudara, ketiga-tiganya menghadapi krisis yang mungkin mengancam kesehatan spiritual mereka (Potter & Perry, 2008). Disebutkan juga bahwa penyakit atau cedera yang dialami dapat dipandang sebagai hukuman, sehingga sering kali pasien menyalahkan diri mereka sendiri, seperti menyatakan karena kebiasaan buruk terhadap kesehatan.

Yim, 1994 (dikutip dalam Potter & Perry, 2008) menyatakan, kemarahan bukan hal yang tidak wajar, dan pasien mungkin mengekspresikan terhadap Tuhan, keluarga mereka, atau diri mereka sendiri. Kekuatan spiritual pasien mempengaruhi bagaimana mereka menghadapi penyakit mendadak dan bagaimana mereka dengan cepat beralih ke arah penyembuhan.

Amelia (2011), Seseorang dengan tingkat religius yang tinggi, pada umumnya akan mudah memahami bahwa sakit yang dialami

sebagai cobaan atau ujian dari tuhan dan dijalani sebagai bagian dari kehidupan. Penyesuaian diri seperti ini akan membawa dampak positif yang membantu meringankan beban psikologis yang dialami klien karena muncul rasa optimis dan semangat individu yang memandang dirinya hidup penuh makna dan tujuan.

b. Penyakit Kronis

Seseorang dengan penyakit kronis sering menderita gejala yang melumpuhkan dan mengganggu kemampuan untuk melakukan gaya hidup normalnya. Kemandirian menjadi sangat terancam yang menimbulkan ketakutan, kecemasan, dan kesedihan. Ketergantungan pada orang lain terhadap perawatan diri sendiri dapat menimbulkan perasaan tidak berdaya dan persepsi tentang penurunan batiniah, seperti merasa kehilangan tujuan hidup (Potter & Perry, 2008, p. 567)

Kekuatan spiritualitas seseorang akan menjadi faktor penting dalam menghadapi perubahan yang diakibatkan oleh penyakit kronis. Keberhasilan dalam mengatasi perubahan tersebut dapat menguatkan seseorang secara spiritual. Revolusi tentang hidup mungkin terjadi, di mana mereka yang kuat secara spiritual akan membentuk kembali identitas diri dan hidup dalam potensi mereka (Hamid, 2009).

c. Penyakit Terminal

Penyakit terminal umumnya menimbulkan ketakutan terhadap nyeri fisik, ketidaktahuan, kematian, dan ancaman terhadap integritas

(Turner, et al, 1995 ; dikutip dalam Potter & Perry, 2008). Disebutkan pasien mungkin mempunyai ketidakpastian tentang makna kematian. Dengan demikian mereka menjadi sangat rentan terhadap distress spiritual, tetapi ada pula sebagian dari mereka memiliki rasa spiritual tentang ketenangan bagi mereka sehingga mampu menghadapi kematian dengan tanpa rasa takut.

Penelitian Asrinah, S. (2011), tentang pengaruh intervensi keperawatan spiritual keagamaan terhadap tingkat ansietas pasien terminal di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar menyimpulkan bahwa ada pengaruh intervensi spiritual keagamaan terhadap tingkat ansietas pasien terminal, dimana tingkat kecemasan pasien setelah dilakukan intervensi spiritual mengalami penurunan menjadi cemas yang berada pada batas normal.

Penelitian yang dilakukan oleh Robbin dan Metzner, dikutip dalam Amelia (2011), terhadap 2700 responden di Amerika Serikat di peroleh hasil bahwa responden yang rajin melakukan ibadah serta berdo'a, angka kematiannya jauh lebih rendah di banding tidak beribadah.

Fryback (1992), melakukan penelitian untuk mengetahui bagaimana individu dengan penyakit terminal menggambarkan tentang kematian, dimana sebagian besar dari mereka mempunyai persepsi dalam keadaan tidak sehat. Persepsi tersebut bukan karena penyakitnya tetapi karena sedang tidak mampu menjalani kehidupan mereka dengan

sempurna, utamanya dalam hal tidak mampu melakukan aktivitas yang mereka inginkan (Potter & Perry, 2008).

5. Hubungan antara Spiritualitas, Kesehatan dan Sakit

Keyakinan spiritual sangat penting bagi perawat karena dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku perawatan diri pasien. Menurut Potter & Perry (2008), ada beberapa pengaruh dari keyakinan spiritual yang perlu dipahami adalah sebagai berikut :

a. Menuntun kebiasaan hidup sehari-hari

Praktek tertentu berhubungan dengan pelayanan kesehatan mungkin mempunyai makna bagi pasien. Sebagai contoh ada agama yang menetapkan makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan. Begitu pula metode keluarga berencana ada agama yang melarang cara tertentu untuk mencegah kehamilan termasuk terapi medik atau pengobatan.

b. Sumber dukungan

Pada saat stres individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. Dukungan ini sangat diperlukan untuk menerima keadaan sakit yang dialami, khususnya jika penyakit tersebut memerlukan proses penyembuhan yang lama dan hasilnya belum pasti. Sembahyang atau berdoa, membaca kitab suci dan praktek keagamaan lainnya sering membantu memenuhi kebutuhan spiritual yang juga merupakan suatu perlindungan.

c. Sumber kekuatan dan penyembuhan

Nilai dari keyakinan agama tidak dapat dipahami dengan mudah dan dievaluasi. Walaupun demikian pengaruh keyakinan tersebut dapat diamati oleh tenaga kesehatan dengan mengetahui bahwa individu cenderung dapat menahan distress fisik yang luar biasa karena mempunyai keyakinan yang kuat. Keluarga pasien akan mengikuti semua proses penyembuhan yang memerlukan upaya luar biasa, karena keyakinan bahwa semua upaya tersebut akan berhasil.

d. Sumber konflik

Pada suatu situasi tertentu, bisa terjadi konflik antara keyakinan agama dengan praktek kesehatan. Misalnya ada orang yang memandang penyakit sebagai suatu hukuman atas dosa. Ada agama tertentu yang menganggap manusia sebagai makhluk yang tidak berdaya dalam pengendalian lingkungannya, oleh karena itu penyakit diterima sebagai nasib bukan sebagai sesuatu yang disembuhkan.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi spiritualitas

Menurut Taylor, Lillis & Le Mone, 1997 ; dan Craven & Hirnle, 1996 (dikutip oleh Hamid, 2009), faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang adalah :

a. Pertimbangan faktor perkembangan

Berdasarkan hasil penelitian terhadap anak-anak dengan empat agama yang berbeda ditemukan bahwa mereka mempunyai persepsi tentang

Tuhan dan bentuk beribadah yang berbeda menurut usia, seks, agama, dan kepribadian anak. Tema utama yang diuraikan oleh semua anak tentang Tuhan mencakup :

- 1) Gambaran tentang Tuhan yang bekerja melalui kedekatan dengan manusia dan saling berkaitan dengan kehidupan
- 2) Mempercayai bahwa Tuhan terlibat dalam perubahan dan pertumbuhan diri serta transformasi yang membuat dunia tetap segar, penuh kehidupan dan berarti
- 3) Meyakini bahwa Tuhan mempunyai kekuatan dan selanjutnya merasa takut menghadapi kekuasaan Tuhan
- 4) Gambaran cahaya atau sinar

b. Keluarga

Peran orang tua sangat penting dalam menentukan perkembangan spiritualitas anak. Anak belajar bukan dari apa yang diajarkan oleh orang tua kepadanya tentang Tuhan, tetapi apa yang anak pelajari mengenai Tuhan, kehidupan dan diri sendiri dari perilaku orang tua mereka. Oleh karena keluarga merupakan lingkungan terdekat dan pengalaman pertama anak dalam mempersepsikan kehidupan di dunia, maka pandangan anak pada umumnya diwarnai oleh pengalaman mereka dalam berhubungan dengan orang tua dan saudaranya.

c. Latar belakang etik dan budaya

Sikap, keyakinan dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama

dan spiritual keluarga. Anak belajar pentingnya menjalankan kegiatan agama termasuk nilai moral dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan. Perlu diperhatikan apapun tradisi agama atau sistem kepercayaan yang dianut individu, tetap saja pengalaman spiritual unik bagi setiap individu.

d. Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup baik yang positif maupun yang negatif dapat mempengaruhi sistem spiritualitas seseorang. Sebaliknya dapat dipengaruhi juga oleh bagaimana seseorang mengartikan kegiatan spiritual kejadian atau pengalaman tersebut. Pengalaman hidup yang menyenangkan seperti pernikahan, pelantikan kelulusan, kenaikan pangkat atau jabatan dapat menimbulkan perasaan bersyukur kepada Tuhan, namun ada juga yang tidak mensyukurinya. Peristiwa dalam kehidupan sering dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat ini kebutuhan sipiritual akan meningkat yang memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

e. Kritis dan perubahan

Kritis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang, dan kritis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan bahkan kematian atau penyakit dengan prognosa buruk. Perubahan dalam kehidupan dan kritis yang

sering dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual selain juga pengalaman yang bersifat fisik dan emosional.

Kritis bisa berhubungan dengan perubahan fisiologi, terapi, atau situasi yang mempengaruhi seseorang. Apabila pasien dihadapkan pada kematian, maka keyakinan spiritual dan keinginan untuk sembahyang atau berdoa lebih tinggi dibandingkan dengan pasien yang berpenyakit terminal.

f. Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita penyakit terutama yang bersifat akut, sering membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan diri dan sistem dukungan sosial (sosial support sistem). Pasien yang dirawat merasa terisolasi dalam ruangan yang asing baginya dan merasa tidak aman. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, antara lain tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan anggota keluarga atau teman dekat yang biasanya memberikan dukungan setiap saat diinginkan. Terpisahnya pasien dari ikatan spiritual berisiko terjadinya perubahan fungsi spiritualnya.

g. Isu moral terkait dengan terapi

Pada kebanyakan agama, proses penyembuhan dianggap sebagai cara Tuhan menunjukkan kesabarannya, walaupun ada juga agama yang menolak intervensi pengobatan. Prosedur medis seringkali dapat dipengaruhi oleh pengajaran agama, seperti sirkumsisi, transpalantasi organ, pencegahan kehamilan, sterilisasi, konflik antara jenis terapi

dengan keyakinan agama sering dialami oleh pasien dan tenaga kesehatan.

h. Asuhan keperawatan yang kurang sesuai

Ketika memberikan asuhan keperawatan, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual pasien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat juga menghindari untuk memberikan asuhan spiritual. Alasan tersebut antara lain karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritual, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritual dalam keperawatan, atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spritual pasien bukan menjadi tugasnya tetapi tanggung jawab pemuka agama.

Sementara itu, menurut Hamid (2009) ada 4 (empat) isu nilai yang timbul antara perawat dan pasien yaitu :

- 1) Prularisme ; perawat dan pasien menganut kepercayaan dan iman dengan spektrum yang luas.
- 2) Cemas ; berhubungan dengan ketidakmampuan mengatasi situasi, melanggar privasi pasien atau merasa tidak pasti dengan sistem kepercayaan dan nilai dirinya sendiri.
- 3) Kesadaran tentang pertanyaan spiritual ; apa yang memberikan arti dalam kehidupan, tujuan, harapan dan merasakan cinta dalam kehidupan pribadi perawat.

- 4) Bingung ; terjadi karena adanya perbedaan antara agama dan konsep spiritual.

7. Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien

Menurut Hamid (2009), bahwa mengingat perawat merupakan orang yang pertama dan secara konsisten selama 24 jam sehari menjalin kontak dengan pasien, perawat sangat berperan dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Baik dengan mengusahakan kemudahan seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan agama yang diyakini pasien, memberikan privacy untuk berdoa, atau memberi kelonggaran bagi pasien untuk berinteraksi dengan orang lain (keluarga / teman).

Menjalinkan komunikasi yang terapeutik terhadap pasien yang sedang menghadapi kematian juga merupakan bagian dari pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Rando, 1984 (dikutip oleh Hamid, 2009), memberikan pedoman berkomunikasi secara terapeutik pada pasien yang menghadapi sakratul maut :

- a. Komunikasi sebaiknya dilakukan untuk menormalkan perasaan pasien tetapi usahakan jangan terlalu nyata
- b. Mendengarkan pasien agar ia mengungkapkan kebutuhannya
- c. Menanyakan pada pasien tentang pertanyaan yang ada dibenaknya, karena pasien takut untuk bertanya dan mengungkapkan hal-hal yang ada pada pikirannya

- d. Memastikan apa yang ditanyakan pasien dengan mengklarifikasi dan merefleksikan kembali pernyataannya
- e. Apabila keadaan memungkinkan, perawat perlu menyadari kesulitan pasien dengan penyakit terminal. Jangan dikurangi, begitu juga jangan berdebat dengan pasien
- f. Memastikan bahwa perawat dan pasien membicarakan hal yang sama. Selalu berusaha mencocokkan pemahaman dan minta umpan balik
- g. Memperhatikan keselarasan perilaku verbal dan non verbal
- h. Usahakan menyediakan waktu jika pasien ingin berbicara walaupun kadang-kadang tidak menyenangkan.

Penelitian terdahulu seperti Fryback, 1999 (dikutip dalam Potter & Perry 2008, p.568) menyebutkan bahwa sebagian perawat merasa tidak mampu memberikan perawatan spiritual kepada pasien, dengan alasan :

- 1) Perawat memandang agama sebagai masalah pribadi
- 2) Perawat berpikir bahwa spiritualitas merupakan masalah pribadi yang hanya merupakan hubungan individu dengan penciptanya
- 3) Perawat merasa tidak nyaman dengan agama/kepercayaanya
- 4) Perawat tidak tahu tentang asuhan keperawatan spiritual
- 5) Perawat menjalankan kebutuhan spiritual untuk kebutuhan psikososial
- 6) Perawat memandang bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pasien bukan tanggung jawabnya melainkan tanggung jawab keluarga dan tokoh agama.

Penelitian Ismail (2012), menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi intervensi spiritual perawat antara lain : (1) Motivasi / kemauan, (2) Waktu yang tersedia untuk intervensi spiritual (3) Adanya role model spiritual dari perawat (4) Usia perawat, menurut penelitian Tuck, dan Lyn (1997)

8. Asuhan keperawatan klien dengan distress spiritual

Pada dasarnya keperawatan adalah komitmen tentang Caring (mengasahi). Suatu elemen perawatan kesehatan berkualitas adalah menunjukkan kasih sayang pada pasien sehingga terbentuk hubungan saling percaya (Clark, et al, 1991 ; dalam Potter & Perry, 2008, p.570).

Penerapan proses keperawatan dari perspektif kebutuhan spiritual pasien tidak sederhana, dan sangat jauh dari sekedar mengkaji praktik dan ritual keagamaan pasien. Yang terpenting adalah bagaimana memahami spiritualitas pasien dan kemudian secara tepat mengidentifikasi tingkat dukungan dan sumber yang diperlukan. Heliker, 1992 (dikutip dalam Potter & Perry, 2008), menggambarkan hal tersebut sebagai bidang yang menyangkut komunitas dan keharuan. Untuk mempraktikkan rasa keharuan, sebagai perawat membutuhkan kesadaran tentang ikatan antara pasien dan kelompok penyembuhnya.

Menurut Potter & Perry (2008), bahwa aspek penting lain dari perawatan spiritual adalah mengenali bahwa pasien tidak harus (berhak) mempunyai masalah spiritual. Pasien membawa kekuatan spiritual tertentu

yang dapat digunakan oleh perawat sebagai sumber untuk membantu pasien agar menjalani gaya hidup yang lebih sehat, sembuh dari penyakit, atau menghadapi kematian dengan tenang.

a. Definisi distres spiritual

Menurut Potter & Perry (2008), distres spiritual adalah suatu keadaan dimana individu atau kelompok mengalami atau berisiko mengalami gangguan dalam kepercayaan atau sistem nilai yang memberikan kekuatan, harapan dan arti kehidupan.

b. Batasan karakteristik

1) Karakteristik mayor :

Mengalami gangguan dalam sistem kepercayaan

2) Karakteristik minor :

a) Bertanya tentang arti kehidupan, kematian dan penderitaan

b) Menunjukkan kekecewaan/putus asa

c) Tidak mau melaksanakan upacara keagamaan

d) Memiliki perasaan ambivalensi tentang kepercayaan

e) Mengungkapkan bahwa ia tidak punya alasan untuk hidup

f) Merasakan perasaan batin yang kosong

g) Merasa terencil dari diri sendiri dan orang lain

h) Mengungkapkan perasaan marah, benci, takut, terlalu mengartikan kehidupan, penderitaan dan kematian

i) Mengharapkan bantuan/dorongan semangat dari sistem kepercayaan

c. Faktor-faktor yang berhubungan

1) Patofisiologi :

- a) Kehilangan bagian atau fungsi tubuh
- b) Penyakit-penyakit atau sakit terminal
- c) Nyeri
- d) Trauma/terluka
- e) Keguguran/kelahiran anak

2) Tindakan :

- a) Aborsi
- b) Pembedahan
- c) Amputasi
- d) Transfusi darah
- e) Isolasi
- f) Pembatasan diet
- g) Obat-obatan
- h) Prosedur medis

3) Situasional :

- a) Kematian atau kesakitan orang terdekat
- b) Perasaan bingung melaksanakan ritual keagamaan
- c) Hambatan dalam melaksanakan ritual spiritual ; keterbatasan perawatan intensif, terkurung pada tempat tidur atau ruangan, kurang privasi, kurang tersedia makanan/diet khusus
- d) Perceraian, terpisah dari orang yang dicintai

d. Kriteria Pengkajian fokus

1) Data subyektif

a) Kaji batasan karakteristik

- (1) Apakah sumber kekuatan dan arti spiritual anda ?
- (2) Bagaimana anda melaksanakan keyakinan spiritual ?
- (3) Apakah ada cara-cara tertentu yang penting bagi keyakinan spiritual anda ?
- (4) Apakah anda memiliki pemimpin spiritual ?
- (5) Apakah sakit atau terluka mempengaruhi kepercayaan spiritual anda ?

b) Kaji faktor-faktor yang berhubungan

Bagaiman saya (perawat) dapat menolong anda mempertahankan kekuatan spiritual anda ? (misalnya mempertemukan pasien dengan pemuka agama, mendukung privasi pada saat-saat khusus, meminta materi bacaan rohani) ?

2) Data obyektif

a) Keadaan pasien saat ini

- (1) Pasien memiliki artikel (pakaian, kalung, teks)
- (2) Pasien mendapat kunjungan dari pemimpin spiritual
- (3) Pasien meminta konseling atau bantuan spiritual
- (4) Pasien menginginkan kunjungan ke tempat-tempat ibadah dan meditasi.

b) Respon pasien pada saat wawancara

- (1) Berduka
- (2) Ansietas
- (3) Ragu-ragu
- (4) Marah

c) Berpartisipasi dalam melaksanakan spiritual

- (1) Penolakan atau mengabaikan pelaksanaan sebelumnya
- (2) Peningkatan minat dalam masalah spiritual

Farran, et al., 1989 (dikutip dalam Potter & Perry, 2008), telah mengembangkan model pengkajian spiritual yang dapat memberikan gambaran nyata dari dimensi spritual pasien. Model tersebut dirancang untuk menunjukkan aspek spiritualitas yang hampir pasti selalu dipengaruhi oleh pengalaman, kejadian, dan pertanyaan dalam kejadian penyakit dan perawatan di rumah sakit. Selanjutnya dijelaskan bahwa inti dari pengkajian adalah menyeluruh, mencakup : Keyakinan dan makna, autoritas dan pembimbing, pengalaman dan emosi, persahabatan dan komunitas, ritual dan ibadat, dorongan dan pertumbuhan, serta panggilan dan konsekuensi.

1) Keyakinan dan Makna

Penting mempelajari tentang filosofi hidup seseorang, perspektif spiritualitasnya, dan apakah pandangan spiritualnya sebagian dari

kehidupannya secara keseluruhan. Hal-hal yang dapat ditanyakan kepada pasien, yaitu :

- a) Dapatkah anda katakan kepada saya tentang filosofi hidup anda ?
- b) Jelaskan kepada saya apa yang paling penting dalam hidup anda ?
- c) Katakan kepada saya apa yang telah memberi makna dari hidup anda?

Informasi dari ketiga pertanyaan tersebut dapat membantu perawat untuk mengenali fokus spritual dan dampak penyakit atau kecacatan seseorang.

2) Autoritas dan Pembimbing

Setiap individu mempunyai sumber autoritas dan pedoman dalam hidupnya. Autoritas dapat langsung kepada Tuhan, atau dapat berupa pemuka agama tertentu, keluarga atau teman, diri sendiri, atau kombinasi dari sumber-sumber tersebut. Perawat dapat mengkaji sumber autoritas dan pedoman seseorang dengan menanyakan kepada pasien berikut ini :

- a) Apa yang memberi anda kekuatan dari dalam ?
- b) Kepada apa atau siapa anda mencari bantuan untuk pedoman dalam hidup anda ?

Yang terpenting untuk dikaji juga adalah apakah ada sumber keagamaan yang berkonflik dengan pengobatan medis. Hal ini akan sangat mempengaruhi perawat dan pemberi perawatan kesehatan lainnya kepada pasien. Misalnya penganut kesehatan Christian

Scientist menolak intervensi medis, meyakini bahwa kepercayaan mereka akan menyembuhkan penyakitnya (Potter & Perry, 2008).

3) Pengalaman dan Emosi

Persepsi bersatu dengan kekuatan spiritual atau kejadian psikis, dan menciptakan perasaan ada kekuatan. Perawat menggali emosi atau suasana hati seperti kebahagiaan, damai, marah, harapan, rasa bersalah atau rasa malu yang berkaitan dengan pengalaman keagamaan. Informasi tersebut dapat memberikan makna spiritualitas yang dianut. Jika makna dan perasaan tersebut menyatu dalam keyakinan seseorang, maka akses ke pengalaman seperti ini dapat menjadi alat dalam penyembuhan. Perawat dapat menanyakan :

- a) Apakah ada sesuatu yang mengancam spiritualitas anda akibat penyakit yang di deritanya ?
- b) Apakah telah terjadi perubahan dalam emosi atau perasaan yang dikaitkan dengan spiritualitas anda ?

4) Persahabatan dan Komunitas

Clark, et al, 1991 (dikutip dalam Potter & Perry, 2008), pengkajian holistik perawat untuk menggali keluasan jaringan dukungan seseorang dan hubungan mereka dengan pasien, yaitu :

- a) Apakah pasien mempunyai satu atau lebih hubungan persahabatan?
- b) Tingkat hubungan apa yang diterima dari komunitas ?

- c) Bagaimana komunitas mengekspresikan perasaan perhatian dan persahabatan ?
- d) Apakah komunitas melakukan ritual untuk pasien dan keluarga ?
- e) Apakah terdapat keterbukaan pasien dan dengan siapa pasien membentuk persahabatan ?
- f) Dapatkah pasien mengekspresikan kebutuhan spiritualnya ?
- g) Apakah pasien merasa ada dukungan dari komunitas ?

5) Ritual dan Ibadah

Kriteria paling umum yang dikaji perawat untuk spiritualitas adalah kebiasaan ibadah dan ritual keagamaan lainnya, seperti partisipasi dalam anggota kelompok dalam doa bersama. Selama pengkajian perawat mengetahui apakah berdoa merupakan ritual penting bagi klien dan kemudian menentukan apakah intervensi dibutuhkan sehingga berdoa dapat dilakukan. Intervensi dapat mencakup membentuk privasi, mendorong kunjungan dari rohaniawan, atau berdoa bersama klien. Perawat perlu mengkaji apakah ritual atau ibadah yang dianut pasien telah terganggu akibat penyakit dan perawatan di rumah sakit (Potter & Perry, 2008).

6) Dorongan dan Pertumbuhan

Pengkajian mencakup tinjauan apakah pasien membiarkan keyakinan lama terpendam dengan harapan bahwa keyakinan baru akan muncul. Hal ini penting karena kehilangan harapan dapat menyebabkan keputusasaan. Misalnya, seseorang dengan cacat fisik merasa tetap

mandiri dan berfungsi sebagai sumber dorongan atau harapan untuk menghadapi kesulitan.

7) Panggilan dan Konsekuensi

Seseorang mengekspresikan spiritualitasnya pada rutinitas sehari-hari, pekerjaan, hubungan dan bidang lainnya. Perawat mencoba untuk menentukan apakah penyakit atau perawatan di rumah sakit telah mengubah kemampuan seseorang terhadap spiritualitasnya. Mengekspresikan berbeda dengan mempraktikkan ritual, misalnya mengekspresikan tentang menghargai alam, menunjukkan rasa cinta kepada orang lain, dan sebagainya. Perawat perlu juga mengkaji, apakah dalam menghadapi penyakit pasien kehilangan kemampuan untuk mengekspresikan rasa hubungan dengan sesuatu yang lebih besar (Fryback, 1992 ; dalam Potter & Perry, 2008).

e. Diagnosa keperawatan pada pasien dengan distres spiritual

- 1) Distres spiritual berhubungan dengan ketidakmampuan melaksanakan ritual spiritual
- 2) Distres spiritual berhubungan dengan konflik antara religius atau keyakinan spiritual dan program kesehatan
- 3) Distres spiritual berhubungan dengan penyakit/penderitaan/kematian

f. Intervensi keperawatan pada pasien dengan distres spiritual akibat krisis penyakit /penderitaan/kematian

- 1) Tujuan yang diharapkan (*outcome kriteria*)
 - a) Klien dapat mengekspresikan perasaan yang berhubungan dengan perubahan keyakinan spiritual
 - b) Klien dapat menggambarkan keyakinan spiritual secara positif
 - c) Klien dapat mengekspresikan keinginan untuk melakukan kegiatan religius/spiritual
 - d) Klien dapat mengungkapkan tentang tentang hikmah dari penyakit/penderitaan/kematian
- 2) Rencana tindakan keperawatan :
 - a) Kaji faktor-faktor penyebab dan penunjang
 - (1) Kegagalan keyakinan spiritual memberikan penjelasan atau kenyamanan selama krisis penyakit/penderitaan/ancaman kematian
 - (2) Keraguan terhadap kekuatan spiritual dalam menghadapi krisis
 - (3) Marah terhadap Tuhan yang telah membiarkan/menyebabkan penyakit/penderitaan/kematian
 - b) Hilangkan faktor penyebab dan penunjang
 - (1) Kegagalan keyakinan spiritual memberikan penjelasan atau kenyamanan selama krisis penyakit/penderitaan/ancaman kematian
 - (a) Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengkomunikasikan permasalahannya
 - (b) Diskusikan masalah spiritual pasien

- (c) Kaji pengalaman spiritual pasien
 - (d) Bantu pasien dalam memecahkan permasalahan spiritualnya
 - (e) Beri kesempatan pasien kontak dengan pemimpin spiritual yang biasanya atau yang baru
 - (f) Berikan waktu untuk berdoa/meditasi/membaca dengan pasien.
 - (g) Berikan waktu tenang untuk berdoa/bermeditasi/membaca.
- (2) Keraguan terhadap kekuatan spiritual dalam menghadapi krisis
- (a) Bersedia mendengarkan keraguan pasien, rasa bersalah, atau perasaan negatif lainnya.
 - (b) Diam/sentuhan perawat efektif dalam mengkomunikasikan keberadaan perawat dan berguna pada saat kecewa
 - (c) Anjurkan klien untuk melihat kembali pengalaman spiritual masa lalu
 - (d) Lakukan bimbingan meditasi untuk menguatkan keyakinan/kepercayaan
 - (e) Beri kesempatan pasien untuk kontak dengan pemimpin spiritual yang biasanya atau yang baru
- (3) Marah terhadap Tuhan yang telah membiarkan/menyebabkan penyakit/penderitaan/kematian

- (a) Katakan kepada pasien bahwa marah terhadap Tuhan adalah reaksi umum pada penyakit/penderitaan/kematian
- (b) Bantu pasien mengenali dan mendiskusikan perasaan marah.
- (c) Izinkan klien untuk menemukan cara untuk mengekspresikan dan menghilangkan perasaan marah
- (d) Beri kesempatan pasien untuk kontak dengan pemimpin spiritual yang biasanya atau yang baru.

g. Implementasi

Potter & Perry (2008), menyatakan jika pasien mengalami distress spiritual dan masalah kesehatan yang menyebabkan keputusasaan, maka akan timbul perasaan kesepian dan pasien merasa terisolasi dari orang yang biasanya memberi dukungan. Dengan demikian apapun keragaman intervensi yang mungkin dipilih oleh perawat untuk pasien, yang terpenting adalah hubungan saling mengasahi dan saling memahami. Baik pasien maupun perawat harus merasa bebas untuk merelakan dan menemukan bersama makna penyakit yang dialami pasien dan dampaknya pada makna dan tujuan hidup pasien. Pada tingkat pemahaman ini, perawat mampu memberikan perawatan dengan cara yang tepat, sensitif, dan kreatif.

h. Evaluasi

Pencapaian kesehatan spiritual dapat dianggap sebagai tujuan sepanjang hidup. Ketika merawat pasien, perawat mengevaluasi apakah intervensi keperawatan membantu menguatkan spiritualitas pasien. Perawat membandingkan tingkat spiritual pasien dengan perilaku dan kebutuhan yang tercatat dalam pengkajian keperawatan (Potter & Perry, 2008, p.580).

Bagi pasien dengan penyakit terminal yang serius, evaluasi difokuskan pada keberhasilan membantu pasien meraih kembali harapan. Perawat harus mengevaluasi kualitas hubungan perawat-klien. Perkembangan hubungan perawat-pasien yang mengasihi adalah inti dari pemberian perawatan spiritual. Tercapainya kehadiran dan keterbukaan bersama pasien memberdayakan perawat dalam pemberian pelayanan keperawatan secara tepat, sensitif, dan kreatif. Hal ini dapat membantu pasien untuk berorientasi pada masa depan dan mampu berupaya ke arah penyembuhan dan pemulihan (Clark, et al, 1991 ; dalam Potter & Perry, 2008).

B. Tinjauan Umum Tentang Sikap

1. Pengertian Sikap

Sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek, yang sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau melalui orang lain. Sikap adalah afek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu obyek

(Notoatmojo, 2010, p.79). Selanjutnya menurut para ahli psikologi pengertian sikap dikelompokkan menjadi tiga, yaitu :

- a. Kelompok pertama diwakili oleh Rensist Likert, dkk. 1932 (dikutip oleh Azwar, 2009), Menurut mereka sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung/memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung/tidak memihak (*unfavorable*) terhadap objek tersebut. Sikap adalah derajat afek positif atau negatif terhadap suatu objek psikologis.
- b. Kelompok pemikiran kedua diwakili oleh Allport, dkk. 1935 (dikutip oleh Azwar, 2009). Menurut mereka sikap adalah kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara tertentu.
- c. Kelompok pemikiran yang ketiga diwakili oleh Backman, dkk. 1964 (dikutip oleh Azwar, 2009). Menurut mereka sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu objek di lingkungan sekitarnya.

2. Komponen Pokok Sikap

Menurut Allport, 1954 (dikutip oleh Azwar, 2009), menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen, yakni :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu obyek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
- c. Kecendrungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting.

3. Ciri-ciri Sikap

Menurut Heri Purwanto, 1998 (dikutip dalam Wawan dan Dewi, 2010), sikap dapat bersifat positif dan dapat pula bersifat negatif.

- a. Sikap positif kecenderungan tindakan adalah, mendekati, menyenangkan, mengharapakan objek tertentu.
- b. Sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

4. Berbagai Tingkat Sikap

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri tingkatan-tingkatan berdasarkan intensitasnya (Notoatmojo, 2010), antara lain :

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek).

b. Menanggapi (*responding*)

Memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi. Misalnya mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan,

lepas pekerjaan itu benar atau salah, adalah berarti orang menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Diartikan seseorang memberikan nilai positif terhadap objek atau stimulus, dalam arti membahasnya dengan orang lain, bahkan mengajak, menganjurkan atau mempengaruhi orang lain untuk merespons. Misalnya mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Sikap yang paling tinggi tingkatannya adalah bertanggung jawab terhadap apa yang diyakininya. Seseorang yang telah mengambil sikap atau segala sesuatu yang telah dipilih berdasarkan keyakinannya, maka harus berani mengambil resiko.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis, kemudian ditanyakan pendapat responden.

5. Struktur Sikap

Menurut Notoatmojo (2010), struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu komponen *kognisi, emosi, dan konasi*.

a. Kognisi (Pengenalan)

Komponen kognisi merupakan representasi apa yang dipercaya seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi obyek sikap. Sekali kepercayaan itu sudah terbentuk, maka ia akan menjadi dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang dapat diharapkan dari obyek tersebut.

b. Emosi (Perasaan)

Emosi adalah keadaan kejiwaan yang dirasakan atau dinilai dengan ; senang atau tidak senang, suka atau tidak suka, baik atau tidak baik, setuju atau tidak setuju, dan sebagainya. Komponen afeksi merupakan perasaan yang menyangkut aspek emosional subyektif terhadap suatu obyek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

c. Konasi (Kehendak)

Komponen konatif merupakan aspek kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan obyek sikap yang dihadapinya. Kaitan ini didasari oleh asumsi bahwa kepercayaan dan perasaan banyak mempengaruhi perilaku. Maksudnya, bagaimana orang berperilaku dalam situasi tertentu dan terhadap stimulus tertentu akan banyak ditentukan oleh bagaimana kepercayaan dan perasaan ini membentuk sikap individual.

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap

Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2009, p.23). Berikut ini akan diuraikan peranan masing-masing faktor tersebut dalam pembentukan sikap manusia, antara lain :

a. Pengalaman pribadi

Apa yang telah ada dan sedang kita alami ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan kita terhadap stimulus. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan itu kemudian akan membentuk sikap positif atau negatif, akan tergantung dari berbagai faktor.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting

Orang lain disekitar kita merupakan salah satu diantara komponen yang ikut mempengaruhi sikap. Pada umumnya, individu cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggap penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana seseorang hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang. Seseorang memiliki pola sikap dan perilaku tertentu dikarenakan mendapat reinforcement (penguatan, ganjaran) dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut.

d. Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang, membentuk landasan berpikir baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut.

e. Lembaga pendidikan dan lembaga agama

Lembaga pendidikan dan lembaga agama sebagai suatu sistem mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman tentang baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya.

Menurut Widayatun (2009), sikap seseorang dipengaruhi oleh faktor intrinsik (di dalam diri) dan faktor ekstrinsi (di luar). Faktor intrinsik meliputi kepribadian, intelegensi, bakat, minat, perasaan serta kebutuhan dan motivasi seseorang. Faktor ekstrinsik terdiri dari lingkungan, pendidikan, ideologi, ekonomi, politik dan hankam.

Purwanto (2008), mengatakan bahwa pembentukan sikap melalui tiga cara yaitu :

- a. Melalui imitasi/meniru secara langsung/tidak langsung. Dalam hal ini individu harus memiliki minat dan rasa kagum terhadap mode, disamping itu perlu pemahaman dan kemampuan untuk mengenal dan mengingat mode yang hendak ditiru.
- b. Melalui sugesti dari orang yang berpengaruh/berwibawa
- c. Melalui identifikasi : meniru orang-orang lain berdasarkan keterikatan emosional.

Lawrence W. Green, 1980 (dalam Notoatmodjo, 2010), perilaku seseorang dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu :

- a. Faktor-faktor predisposisi yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dari seseorang
- b. Faktor-faktor pendukung yang terwujud dalam lingkungan fisik yaitu tersedianya atau tidak tersedianya fasilitas yang dibutuhkan.
- c. Faktor-faktor pendorong yang terwujud dalam sikap dan perilaku dari petugas-petugas lain.

7. Praktik atau Tindakan

Notoatmojo (2010), menyatakan bahwa sikap adalah kecenderungan untuk bertindak, namun demikian tidak berarti suatu sikap secara otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan seperti fasilitas. Lebih lanjut Notoatmojo menguraikan tingkat-tingkat praktik sebagai berikut :

a. Persepsi (*perseption*)

Mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

b. Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua

c. Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

d. Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasinya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut. Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, atau

bulan lalu (*recall*). Pengukuran ini dapat dilakukan secara langsung dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden.

C. Tinjauan Umum tentang Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien

1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan (Suwarno, 1992 ; dalam Nursalam, 2011, p.198). Sementara Notoatmojo (2010), menyatakan pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, termasuk perilaku akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan kesehatan.

Jika pendidikan dimaksud adalah pendidikan tinggi keperawatan, Nursalam (2011), menyebutnya sebagai sarana untuk mencapai profesionalisme keperawatan, karena melalui pendidikan tinggi keperawatan tersebut diharapkan terjadi percepatan proses perubahan dan transisi. Lebih lanjut dijelaskan bahwa pada hakikatnya, dari berbagai aspek pembangunan nasional, pembangunan dalam bidang pendidikan merupakan bagian yang paling mendasar dalam pengembangan sumber daya manusia (SDM). Hal ini sesuai dengan tujuan sistem pendidikan nasional yaitu mencerdaskan kehidupan bangsa dan mengembangkan manusia Indonesia seutuhnya,

yakni manusia yang beriman dan bertaqwa pada Tuhan Yang Maha Esa dan berbudi luhur, memiliki pengetahuan dan keterampilan, sehat jasmani dan rohani, berkepribadian mantap dan mandiri, serta memiliki rasa tanggung jawab pada masyarakat, bangsa dan negara.

Pendidikan menuntut perawat untuk bertindak dan mengisi pembangunan kesehatan demi tercapainya tujuan pembangunan nasional. Dengan pendidikan perawat akan memperoleh informasi tentang upaya-upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan sesuai standar yang telah ditetapkan, termasuk upaya pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan produktifitas adalah pendidikan formal perawat. Pendidikan memberikan pengetahuan bukan saja yang langsung dengan pelaksanaan tugas, tetapi juga landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan memanfaatkan semua sarana yang ada di sekitar kita untuk kelancaran tugas. Semakin tinggi pendidikan, semakin tinggi produktivitas kerja (Arfrida, 2003, dikutip dalam Winarsih dan Faizin, 2008).

Menurut Barnadib, 1991 (dikutip dalam Nursalam, 2011), bahwa pendidikan sebagai usaha manusia yang disengaja untuk mencapai kedewasaan dan meningkatkan taraf kesejahteraan yang berada dalam suatu lingkungan kebudayaan. Hal ini hanya akan terwujud melalui peningkatan pendidikan dan perbaikan skill pelayanan yang lebih profesional. Dengan pendidikan tinggi, perawat akan lebih mampu menganalisis dan mengidentifikasi masalah pasien, yang kemudian secara rasional dapat

mempertimbangkan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah-masalah pasien.

Pendapat lain menyebutkan bahwa karyawan dengan pendidikan lebih tinggi memiliki kepuasan kerja yang tinggi dan cenderung bersikap positif karena dilandasi rasa aktualisasi atau pengakuan. Pendidikan tinggi umumnya membuat seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab (Siagian, 2011).

Penelitian Winarsih dan Faizin (2008), tentang hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan kinerja perawat di RSUD Padang Arang kabupaten Boyolali membuktikan bahwa terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan kinerja perawat. Kinerja perawat yang menunjukkan tingkat produktivitas perawat yang dapat dilihat melalui peningkatan kualitas pelayanan.

2. Pengetahuan

a. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003 ; dalam Wawan dan Dewi, 2010, p.11).

Ismail (2012), dalam hasil penelitiannya tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan perawatan spiritual di RSKD Makassar, menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan perawat dipengaruhi oleh pendidikan dan materi perawatan spiritual yang pernah diperoleh, hal ini diasumsikan bahwa pendidikan agama yang baik akan menambah wacana/wawasan dalam praktek keagamaan/peribadatan dan dalam memberikan perawatan spiritual, sebaliknya jika pendidikan agamanya kurang maka pengetahuan perawatan spiritual kurang lengkap. Materi perawatan yang diperoleh selama pendidikan akan meningkatkan pemahaman dalam perawatan spiritual.

Hamid (2009), mengemukakan bahwa kurangnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan spiritual pasien menjadi salah satu penyebab pemenuhan kebutuhan spiritual pasien kurang diperhatikan oleh perawat.

Penelitian Amelianus, M. (2003) menyimpulkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan perawat dalam pemenuhan spiritual klien di ruang Bedah dan Interna RSUD Kupang adalah : (a) tingkat pendidikan perawat, (b) Pengalaman spiritual dan pengalaman kerja perawat, (c) kurangnya perhatian perawat, Institusi Pendidikan dan rumah sakit terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual klien, (d) tidak tersedia *referensi*/buku yang berhubungan dengan aspek spiritual dalam keperawatan di rumah sakit, (e) seminar tentang asuhan keperawatan

yang berhubungan dengan aspek spiritual klien dalam keperawatan jarang dilaksanakan.

b. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Wawan dan Dewi (2010), ada dua faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

1) Faktor internal meliputi :

a) Pendidikan

Notoatmojo, 2007 (dalam Wawan dan Dewi, 2010), menyatakan pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, termasuk perilaku akan pola hidup terutama memotivasi sikap berperan serta dalam pembangunan.

b) Pekerjaan

Menurut Thomas yang dikutip Nursalam, 2003 (dalam Wawan dan Dewi, 2010, p.17), pekerjaan adalah keburukan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantang. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu.

c) Umur

Menurut Huclok, 1998 (dikutip dalam Wawan dan Dewi, 2010), semakin dewasa usia seseorang, tingkat kematangan dan kekuatan

dalam berpikir dan bekerja akan lebih baik, serta lebih dipercaya oleh masyarakat, dibandingkan usia yang relatif lebih muda.

2) Faktor eksternal meliputi :

- a) Lingkungan: lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.
- b) Sosial Budaya: sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dalam menerima informasi.

c. Hubungan pengetahuan dan perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari pengetahuan. Penelitian yang dilakukan oleh Robert 1997 (dikutip oleh Notoatmojo, 2010) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- 1) *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)
- 2) *Interest*, dimana orang mulai tertarik kepada stimulus
- 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
- 4) *Trial*, dimana orang telah mencoba perilaku baru

5) *Adoption*, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Penelitian selanjutnya oleh Robert 1997 (dikutip dalam Notoatmojo, 2010) menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati tahap-tahap tersebut diatas. Apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses seperti ini, dimana didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

Hasil penelitian Amelianus, M. (2003), tentang hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien dengan krisis penyakit/penderitaan/kematian di ruang bedah dan interna RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

Penelitian Sumiati, T. dkk. di RSUD Mardi Lestari kabupaten Sragen (2010), menemukan bahwa Intervensi asuhan keperawatan spiritual dipengaruhi oleh faktor pengalaman, waktu, lingkungan, karakter dan pengetahuan tentang spiritual. Lebih jauh disimpulkan bahwa intervensi asuhan keperawatan spiritual dipengaruhi pengetahuan, kompetensi, kondisi pasien, dan faktor penghambat. Intervensi belum dapat dilakukan secara optimal karena adanya faktor penghambat yang

berasal dari perawat, situasi ruang perawatan yang sibuk oleh tugas rutinitas, dan adanya petugas kerohanian.

3. Motivasi

a. Pengertian Motivasi

Motif atau motivasi berasal dari kata Latin *moreve* yang artinya dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku. Pengertian motivasi tidak terlepas dari kata kebutuhan atau *needs*. Kebutuhan adalah suatu “potensi” yang ada dalam diri manusia yang perlu direspons (Notoatmojo, 2010, p.119).

Menurut Sitorus dan Panjaitan (2011), motivasi adalah kondisi atau status pikiran seseorang yang digambarkan dalam beberapa tugas khusus atau tujuan. Motivasi juga dapat digunakan sebagai istilah untuk menggambarkan proses perilaku aktivitas seseorang yang menunjukkan pergerakan, kegembiraan, dan harapan. Dengan demikian dapat dijelaskan bahwa motivasi merupakan suatu proses psikologis yang mencerminkan sikap, kebutuhan, persepsi, dan keputusan yang terjadi pada diri seseorang.

Ismail (2012), dalam penelitiannya tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat terhadap perawatan spiritual dengan pelaksanaan intervensi spiritual di RSKD Makassar menyebutkan bahwa motivasi/kemauan yang tinggi akan mendorong perawat untuk konsisten melaksanakan tindakan atau membantu menyelesaikan masalah pasien.

Selain itu dibutuhkan keikhlasan dan kesabaran perawat dalam memberikan perawatan spiritual mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

b. Bentuk Motivasi

Stoner dan Freeman, 1995 (dikutip dalam Nursalam, 2011), menyatakan menurut bentuknya, motivasi terbagi atas tiga :

- 1) Motivasi intrinsik, yaitu motivasi yang datang dari dalam diri individu.
- 2) Motivasi ekstrinsik, yaitu motivasi yang datangnya dari luar individu.
- 3) Motivasi terdesak, yaitu motivasi yang muncul dalam kondisi terjepit secara serentak dan menghentak dengan sangat cepat.

c. Teori motivasi

Teori Motivasi Dua Faktor : Teori ini dikembangkan oleh Frederick Herzberg, (dikutip dalam Notoatmojo, 2010), dimana ia meyakini bahwa seseorang dapat dimotivasi oleh pekerjaannya sendiri dan di dalamnya terdapat kepentingan yang disesuaikan dengan tujuan organisasi. Menurut teori ini, ada dua faktor yang mempengaruhi seseorang dalam kegiatan, tugas dan pekerjaannya, yaitu :

- 1) Faktor-faktor penyebab kepuasan (*satisfier*) atau faktor motivasional, yang mencakup :
 - a) Prestasi (*achievement*)

- b) Penghargaan (recognition)
 - c) Tanggung jawab (responsibility)
 - d) Kesempatan untuk maju (posibility of growth)
 - e) Pekerjaan itu sendiri (*work*)
- 2) Faktor-faktor penyebab ketidakpuasan (dissatisfaction) atau faktor higiene yang menimbulkan ketidakpuasan melakukan kegiatan, tugas, atau pekerjaan, meliputi :
- a) Kondisi fisik
 - b) Hubungan interpersonal
 - c) Kebijakan dan administrasi organisasi
 - d) Pengawasan
 - e) Gaji
 - f) Keamanan kerja

d. Metode Motivasi

Notoatmojo (2010), menyebutkan bahwa untuk meningkatkan motivasi, beberapa ahli telah mengelompokkan dua cara atau metode, yaitu :

1) Metode langsung (*Direct motivation*)

Pemberian materi atau non materi kepada orang secara langsung untuk memenuhi kebutuhan merupakan cara yang langsung dapat meningkatkan motivasi kerja. Pemberian materi dimaksud dapat berupa pemberian bonus atau pemberian hadiah pada waktu tertentu,

sedangkan non materi adalah dalam bentuk memberikan pujian, atau pemberian piagam penghargaan.

2) Metode tidak langsung (*Indirect motivation*)

Adalah suatu kewajiban memberikan kepada anggota suatu organisasi berupa fasilitas atau sarana-sarana kesehatan. Misalnya membangun atau penyediaan air bersih kepada suatu desa yang dapat menunjang perilaku kesehatan mereka.

e. Model Motivasi

Dilihat dari orientasi cara peningkatan motivasi, Notoatmojo (2010), membedakannya ke dalam model-model motivasi, yaitu :

1) Model Tradisional

Model ini menegaskan bahwa untuk memotivasi masyarakat agar mereka berperilaku sehat, perlu pemberian insentif berupa materi bagi anggota masyarakat yang berprestasi baik dalam perilaku hidup sehat. Hubungannya dengan motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh, pemberian penghargaan berupa insentif / jasa bagi perawat yang memiliki prestasi kerja yang baik bertujuan untuk lebih meningkatkan motivasi kerjanya.

2) Model Hubungan Manusia

Model ini menekankan bahwa untuk meningkatkan motivasi, perlu dilakukan pengakuan atau memperhatikan kebutuhan sosial mereka,

meyakinkan kepada mereka bahwa setiap orang adalah penting dan berguna bagi masyarakat.

Dalam hal ini kaitannya dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, perawat perlu menyadari bahwa sosiospiritual pasien juga perlu untuk diperhatikan karena merupakan bagian dari kebutuhan pasien, sehingga dalam melaksanakan asuhan keperawatan seorang perawat selalu termotivasi untuk memenuhi kebutuhan pasien secara menyeluruh.

3) Model Sumber Daya Manusia

Model ini menekankan bahwa banyak hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan motivasi. Disamping uang, barang, atau kepuasan, tetapi kebutuhan akan keberhasilan (kesuksesan hidup). Menurut model ini, untuk meningkatkan motivasi hidup sehat, perlu memberikan tanggung jawab dan kesempatan yang seluas-luasnya bagi mereka. Motivasi akan meningkat, jika mereka diberi kepercayaan dan kesempatan untuk membuktikan kemampuannya.

Dalam kaitannya dengan motivasi perawat dalam model ini, maka sumber daya manusia dalam hal pendidikan dan pelatihan bagi perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan perlu ditingkatkan untuk meningkatkan motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik.

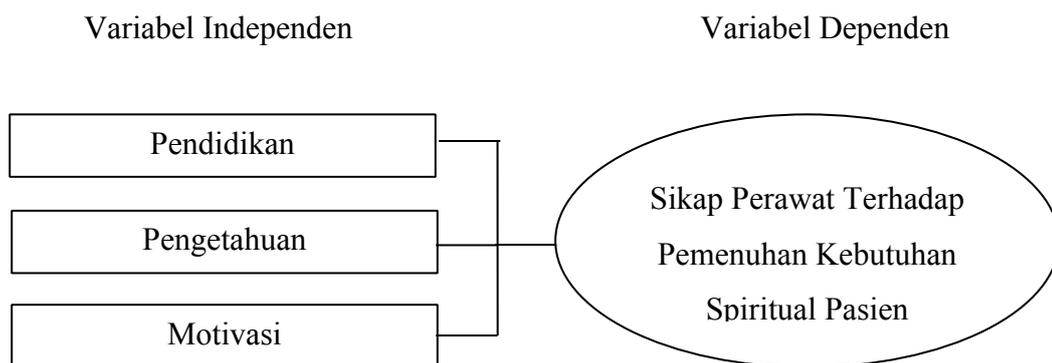
BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep

Dalam penelitian ini kerangka konsep yang diambil adalah perawat sebagai subjek penelitian. Sikap perawat sebagai variabel dependennya, dan faktor – faktor yang berhubungan sebagai variabel independennya.

Untuk memudahkan pemahaman maka secara sederhana hubungan antar variabel penelitian dapat di gambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka konsep

B. Hipotesis

1. Ada hubungan antara faktor pendidikan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.
2. Ada hubungan antara faktor pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.
3. Ada hubungan antara faktor motivasi dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian analitik komparatif dengan metode *Cross Sectional Study*. Penelitian *Cross Sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari hubungan antara faktor-faktor resiko dengan efek, dimana peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel sekaligus pada satu saat tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian telah dilakukan di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate yang merupakan salah satu rumah sakit rujukan di Propinsi Maluku Utara. Penentuan tempat penelitian dilakukan dengan pertimbangan mudah dijangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dimulai pada tanggal 09-28 Juli 2012.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

a. Populasi target

Semua perawat yang bekerja di RSUD Dr. H.Chasan Boesoirie Ternate.

b. Populasi terjangkau

Semua perawat yang bekerja di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H.Chasan Boesoirie Ternate, berjumlah 125 orang.

2. Sampel dan Sampling

Sampel dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H.Chasan Boesoirie Ternate. Cara pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *Nonprobability Sampling* dengan *Purposive Sampling*.

3. Estimasi besar sampel

Perhitungan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat signifikansi (p) = 0,05

Berdasarkan rumus tersebut maka :

$$\begin{aligned} n &= \frac{125}{1 + 125 (0,05)^2} \\ &= \frac{125}{1 + 125 (0,0025)} \\ &= \frac{125}{1,3125} = 95 \text{ Responden} \end{aligned}$$

4. Kriteria Inklusi dan eksklusi

a. Kriteria inklusi

Sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi, yaitu :

- 1) Perawat yang bekerja di ruang rawat inap Medik-Bedah
- 2) Perawat yang bersedia untuk diteliti

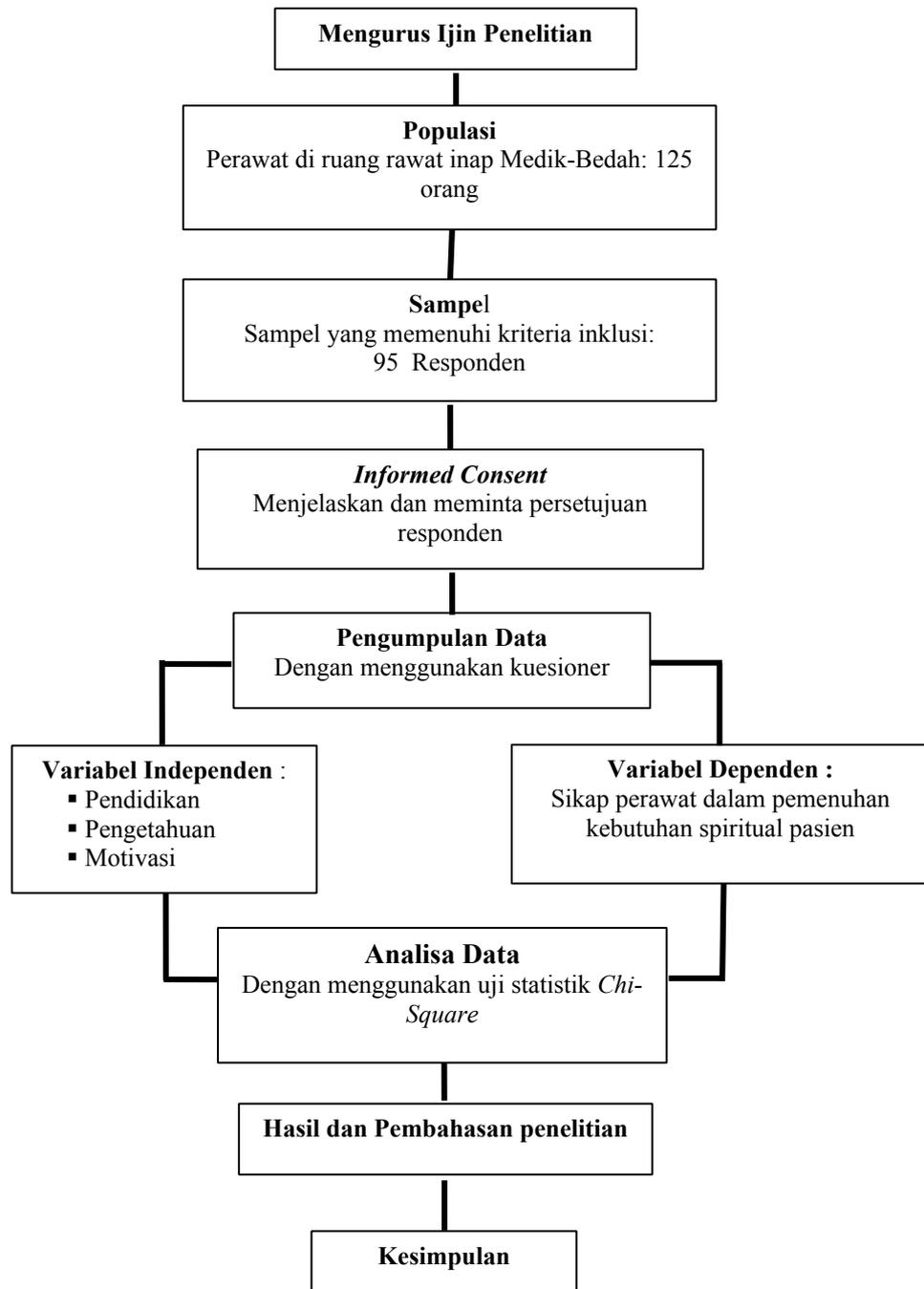
b. Kriteria eksklusi

Sementara yang menjadi kriteria eksklusi meliputi :

- 1) Perawat yang sedang cuti kerja
- 2) Perawat yang sedang mengikuti pendidikan tugas belajar
- 3) Perawat yang tidak lagi bersedia diteliti dengan alasan tertentu

D. Alur Penelitian

Adapun alur penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4.1. Alur penelitian

E. Variabel Penelitian

1. Identifikasi Variabel

a. Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Sikap perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

b. Variabel independent

Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor pendidikan, faktor pengetahuan, dan faktor motivasi perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

2. Defenisi operasional dan Kriteria Objektif

a. Pendidikan

Yang dimaksud dengan pendidikan dalam penelitian ini adalah jenjang pendidikan formal terakhir di bidang keperawatan yang dimiliki seorang perawat berdasarkan ijazah terakhir yang dibuktikan dari data kepegawaian RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, meliputi pendidikan SPK, D3 Kep. ,S1 Keperawatan (Ners).

Kriteria objektif :

Tinggi : Jika tingkat pendidikan responden minimal D3 Kep.

Menengah : Jika tingkat pendidikan responden SPK

b. Pengetahuan

Yang dimaksud dengan pengetahuan dalam penelitian ini adalah kemampuan perawat dalam menjawab angket/koesioner tentang pengertian keyakinan spiritual, karakteristik spiritualitas, keterkaitan

spiritual dengan kesehatan dan sakit, pengaruh pengalaman hidup dan kritis terhadap keyakinan spiritual.

Kriteria objektif :

Baik : Bila jawaban responden yang benar 56-100 %

Kurang : Bila jawaban responden yang benar < 56%

c. Motivasi

Yang dimaksud dengan motivasi dalam penelitian ini adalah pernyataan perawat dalam menjawab kuesioner tentang dorongan atau kemauan perawat untuk menerapkan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

Kriteria Objektif :

Tinggi : Bila nilai jawaban responden ≥ 25

Rendah : Bila nilai jawaban responden < 25

d. Sikap

Yang dimaksud sikap dalam penelitian ini adalah penilaian/pernyataan perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

Kriteria objektif :

Sikap positif : Bila nilai jawaban responden ≥ 38

Sikap negatif : Bila nilai jawaban responden < 38

F. Instrumen Penelitian dan Prosedur Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang diberikan kepada responden untuk mengukur tingkat pengetahuan, motivasi dan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Kuesioner

dalam penelitian ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan buku sumber atau literatur yang digunakan dalam penelitian dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebelum penelitian ini dilakukan.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 15 responden dengan karakteristik yang sama. Hasil uji dari 23 pertanyaan pengetahuan terdapat 3 pertanyaan yang tidak valid karena nilai r hitung lebih kecil dari r tabel (r tabel = 0,514), dan dari 15 pernyataan motivasi terdapat 5 pernyataan yang tidak valid, sedangkan dari 17 pernyataan sikap terdapat 2 pernyataan yang tidak valid, sehingga pertanyaan dan pernyataan yang tidak valid tersebut dikeluarkan dari kuesioner kemudian diuji kembali dan hasilnya semua pertanyaan memiliki nilai $r > 0.514$ dengan *Crombach Alpha* $> 0,6$ sehingga dapat disimpulkan bahwa semua pertanyaan valid dan reliabel. Hasil kuesioner yang sudah valid dan reliabel adalah sebagai berikut :

- a. Kuesioner untuk menilai tingkat pengetahuan perawat sebanyak 20 pertanyaan dengan menggunakan skala pengukuran *Guttman*. Setiap jawaban benar diberi skor 1 sedangkan jawaban yang salah diberi skor 0 (Sugiyono, 2011).
- b. Kuesioner untuk menilai motivasi perawat sebanyak 10 pernyataan dengan menggunakan skala likert, yaitu selalu (SL) diberi skor 4, sering (SR) diberi skor 3, kadang-kadang (K) diberi skor 2, dan tidak pernah (TP) diberi skor 1 (Sugiyono, 2011).
- c. Kuesioner untuk menilai sikap perawat sebanyak 15 pernyataan yang terdiri dari pernyataan positif dan negatif dengan menggunakan skala

likert. Pernyataan positif terdiri dari 8 item yang terdapat pada soal nomor 1,2,6,9,12,13,14, dan 15, sedangkan pernyataan negatif terdiri dari 7 item, terdapat pada soal nomor 3,4,5,7,8,10, dan 11. Pada pernyataan positif : sangat setuju (SS) diberi skor 4, setuju (S) diberi skor 3, tidak setuju (TS) diberi skor 2, dan sangat tidak setuju (STS) diberi skor 1. Sedangkan untuk pernyataan negatif : SS diberi skor 1, S diberi skor 2, TS diberi skor 3, dan STS diberi skor 4 (Sugiyono, 2011).

2. Pengumpulan Data

Data penelitian ini adalah data primer yang langsung diperoleh dari responden, data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada perawat sebagai responden dan kuesionernya diisi sendiri oleh responden setelah mendapat penjelasan dari peneliti.

G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

a. Editing

Yaitu untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah terisi lengkap atau masih kurang.

b. Coding

Yaitu mengklasifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban menurut item kuesioner.

c. Tabulasi

Setelah data diberikan kode selanjutnya dilakukan pengolahan data kedalam satu tabel menurut sifat yang dimiliki guna memudahkan penganalisisan data.

2. Analisa Data

Data yang telah ditabulasi dianalisis berdasarkan skala ukur dan tujuan penelitian dengan menggunakan perangkat lunak program komputerisasi, dan disajikan dalam bentuk tabel. Analisa data dimaksud adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel pendidikan, pengetahuan dan motivasi dengan sikap perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, dan untuk mengetahui variabel yang sangat berpengaruh terhadap variabel dependen. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan analisa sebagai berikut :

a. Analisa Univariat

Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui distribusi dan persentase dari tiap variabel independen dengan dependen.

b. Analisa Bivariat

Untuk melihat hubungan antar variabel independen dan dependen dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square*, dengan nilai kemaknaan $p < 0,05$ artinya apabila $p < 0,05$ berarti ada hubungan bermakna antara pendidikan, pengetahuan dan motivasi dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

c. Analisa Multivariat

Untuk melihat variabel yang paling dominan hubungannya terhadap variabel dependen, dengan menggunakan uji analitik multivariat regresi logistik berdasarkan hasil analisa bivariat yang didapatkan variabel dengan nilai $P < 0,25$ lebih dari satu variabel.

H. Etika Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian peneliti perlu mendapat rekomendasi dari institusinya atas pihak lain, dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi/lembaga tempat melaksanakan penelitian. Pada penelitian ini, peneliti akan meminta rekomendasi dari Program Studi Ilmu Keperawatan FK. Unhas dan permintaan ijin ke Direktur RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. Setelah mendapat ijin kemudian dilakukan penelitian dengan memperhatikan masalah etika penelitian. Secara umum terdapat empat prinsip utama dalam etik penelitian keperawatan menurut Milton, 1999; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2004 (dikutip dalam Dharma, K. 2011), sebagai berikut :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Penelitian harus dilaksanakan dengan menjunjung tinggi harkat dan martabat manusia. Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian (*autonomy*). Tidak boleh ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut dalam penelitian. Subjek dalam penelitian juga berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap tentang pelaksanaan penelitian meliputi tujuan dan manfaat penelitian, prosedur penelitian, resiko penelitian, keuntungan yang mungkin didapat dan kerahasiaan informasi.

Setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan mempertimbangkannya dengan baik, subjek kemudian menentukan apakah akan ikut serta atau menolak sebagai subjek penelitian. Prinsip ini tertuang dalam pelaksanaan *informed consent* yaitu persetujuan untuk berpartisipasi sebagai subjek penelitian setelah mendapatkan penjelasan yang lengkap dan terbuka dari peneliti tentang keseluruhan pelaksanaan penelitian.

Peneliti melakukan beberapa hal yang berhubungan dengan *informed consent* antara lain :

- a. Mempersiapkan formulir persetujuan yang akan ditandatangani oleh subjek penelitian.
- b. Memberikan penjelasan langsung kepada subjek mencakup seluruh penjelasan yang tertulis dalam formulir *informed consent* dan penjelasan lain yang diperlukan untuk memperjelas pemahaman subjek tentang pelaksanaan penelitian.

- c. Memberikan kesempatan kepada subjek untuk bertanya tentang aspek-aspek yang belum dipahami dari penjelasan penelitian dan menjawab seluruh pertanyaan subjek dengan terbuka.
 - d. Memberikan waktu yang cukup kepada subjek untuk menentukan pilihan mengikuti atau menolak ikut serta sebagai subjek penelitian.
 - e. Meminta subjek untuk menandatangani formulir *informed consent*, jika ia menyetujui ikut serta dalam penelitian.
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*respect for privacy and confidentiality*)

Manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa penelitian menyebabkan terbukanya informasi tentang subjek. Sehingga peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain. Prinsip ini dapat diterapkan dengan cara meniadakan identitas seperti nama dan alamat subjek kemudian diganti dengan kode tertentu. Dengan demikian segala informasi yang menyangkut identitas subjek tidak terekspos secara luas.

3. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice inclusiveness*)
- Prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna

bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)

Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (*beneficence*). Kemudian meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi subjek penelitian (*nonmaleficence*).

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Medik-Bedah meliputi ruang interna pria, ruang interna wanita, ruang perawatan bedah, ruang VIP bedah, VIP interna, ruang ICU/ICCU, ruang pulmo, dan ruang neuro RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate pada tanggal 09 - 28 Juli 2012. RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie adalah rumah sakit pemerintah dengan akreditasi tipe B, merupakan rumah sakit pusat rujukan di Propinsi Maluku Utara. Besarnya sampel yang diteliti sebanyak 95 responden (perawat).

Dari hasil pengolahan data yang dilakukan, maka berikut ini akan disajikan analisa univariat, bivariat dan multivariat.

1. Analisis Univariat

a. Deskriptif Karakteristik Responden

Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan pada tanggal 09 - 28 Juli 2012 di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 5.1
Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan, Masa Kerja dan Ruang Perawatan di RSUD. Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate

Karakteristik	f	%
Umur		
20-30 Tahun	54	56,8
31-40 Tahun	33	34,7
> 40 Tahun	8	8,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	20	21,1
Perempuan	75	78,9
Pendidikan		
SPK	21	22,1
DIII Keperawatan	68	71,6
S1 Keperawatan (Ners)	6	6,3
Masa Kerja		
1-5 Tahun	52	54,7
6-10 Tahun	18	18,9
> 10 Tahun	25	26,3
Ruangan		
Interna Pria	14	14,7
Interna Wanita	12	12,6
Pulmo	10	10,5
Neuro	10	10,5
Vip Bedah	9	9,5
Vip Interna	13	13,7
Perawatan Bedah	14	14,7
ICU/ICCU	13	13,7
Total	95	100

Sumber data primer juli 2012

Berdasarkan tabel 5.1, dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat berada dalam rentang usia 20-30 tahun, yaitu 54 orang (56,8%), sementara usia 31 – 40 tahun sebanyak 33 orang (34,7%), dan 8 orang (8,4%) sisanya berusia > 40 tahun, sedangkan mayoritas perawat yang bekerja di ruang Medik-Bedah RSUD. Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate berjenis kelamin perempuan, yaitu 75 orang (78,9%) dibandingkan laki-laki hanya 20 orang (21,1%). Perawat yang bekerja di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD. Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate sebagian besar berpendidikan D III Keperawatan, yaitu 68 orang (71,6%), sedangkan yang masih berpendidikan SPK

sebanyak 21 orang (22,1%), sementara yang berpendidikan Ners masih sangat sedikit, yaitu hanya 6 orang (6,3%). Berdasarkan masa kerja, sebagian besar perawat yang bekerja di ruang Medik-Bedah RSUD. Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate mempunyai masa kerja 1-5 tahun, yaitu 52 orang (54,7%), sedangkan masa kerja > 10 tahun sebanyak 25 orang (26,3%) dan masa kerja 6- 10 tahun sebanyak 18 orang (18,9%). Untuk distribusi responden berdasarkan ruangan yang terbanyak adalah ruang Interna Pria dan Perawatan Bedah yaitu masing-masing 14 orang (14,7%), sedangkan yang paling sedikit adalah Vip Bedah yaitu 9 orang (9,5%).

b. Variabel Independen

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah RSUD. Dr. H.Chasan Boesoirie Ternate

Pendidikan	f	%
Tinggi	74	77,9
Menengah	21	22,1
Total	95	100.0

Sumber : data primer Juli 2012

Berdasarkan tabel 5.2, dapat dijelaskan bahwa sebagian besar responden memiliki pendidikan tinggi sebanyak 74 orang (77,9%), sedangkan responden dengan pendidikan menengah sebanyak 21 orang (22,1%).

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan dalam Pemenuhan
Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah
RSUD. Dr. H.Chasan Boesoirie Ternate

Pengetahuan	f	%
Baik	45	47,4
Kurang	50	52,6
Total	95	100.0

Sumber : data primer Juli 2012

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, menunjukkan bahwa hanya sedikit perbedaan pengetahuan perawat dalam kategori baik dan kurang, dimana perawat yang memiliki pengetahuan baik dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien sebanyak 45 orang (47,4%), sementara yang memiliki pengetahuan kurang 50 orang (52,6%).

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Motivasi dalam Pemenuhan
Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah
RSUD. Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate

Motivasi	f	%
Tinggi	43	45,3
Rendah	52	54,7
Total	95	100.0

Sumber : data primer Juli 2012

Pada tabel 5.4 diatas menggambarkan bahwa sebanyak 52 orang (54,7%) motivasi perawat dalam kategori rendah dan 43 orang (45,3%) dalam kategori motivasi tinggi terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang Medik-Bedah RSUD. Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

c. Variabel Dependen

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap dalam Pemenuhan
Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah
RSUD. Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate

Sikap	f	%
Positif	35	36,8
Negatif	60	63,2
Total	95	100.0

Sumber : data primer Juli 2012

Dari tabel 5.5 memperlihatkan lebih banyak perawat bersikap negatif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien yaitu sebanyak 60 orang (63,2%), sementara perawat yang bersikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien sebanyak 35 orang (36,8%).

2. Analisis Bivariat

Faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr.H.Chasan Boesoirie Ternate, Juli 2012 (*Crosstabulation*)

a. Pendidikan

Tabel 5.6
Hubungan Pendidikan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan
Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah
RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate

Pendidikan	Sikap				Jumlah		p
	Positif		Negatif		n	%	
	f	%	f	%			
Tinggi	33	44,6	41	55,4	74	100	0,007
Menengah	2	9,5	19	90,5	21	100	
Jumlah	35	36,8	60	63,2	95	100	

Sumber data primer Juli 2012

Data pada Tabel 5.6 menunjukkan bahwa, dari 74 responden yang memiliki pendidikan tinggi, 41 orang (55,4%) diantaranya memiliki sikap yang negatif dan 33 orang (44,6%) yang memiliki sikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Selanjutnya dari 21 responden yang berpendidikan Menengah, 19 orang (90,5%) memiliki sikap negatif dan hanya 2 orang (9,5%) yang memiliki sikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat Inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

Berdasarkan analisis statististik ditemukan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, dimana hasil *uji Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0.007$, artinya nilai $p < \alpha$ atau $< 0,05$.

b. Pengetahuan

Tabel 5.7
Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan
Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah
RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate

Pengetahuan	Sikap				Jumlah		<i>p</i>
	Positif		Negatif		n	%	
	f	%	f	%			
Baik	24	53,3	21	46,7	45	100	0.003
Kurang	11	22,0	39	78,0	50	100	
Jumlah	35	36,8	60	63,2	95	100	

Sumber data primer Juli 2012

Data pada Tabel 5.7 tersebut menunjukkan bahwa, dari 45 responden yang memiliki pengetahuan baik, tidak semuanya memiliki

sikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, yaitu terdapat 21 orang (46,7%) diantaranya memiliki sikap negatif, dan dari 50 responden dengan pengetahuan kurang, sebagian besar yaitu sebanyak 39 orang (78%) memiliki sikap yang negatif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

Berdasarkan analisis statistik ditemukan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, dimana hasil uji statistic *Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0.003$, artinya nilai $p < \alpha$ atau < 0.05 .

c. Motivasi

Tabel 5.8
Hubungan Motivasi dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah

Motivasi	Sikap				Jumlah		<i>p</i>
	Positif		Negatif		n	%	
	f	%	f	%			
Tinggi	23	53,5	20	46,5	43	100	0.004
Rendah	12	23,1	40	76,9	52	100	
Jumlah	35	36,8	60	63,2	95	100	

Sumber data primer Juli 2012

Pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 43 responden dengan motivasi yang tinggi, 23 orang (53,5%) memiliki sikap positif dan 20 orang (46,5%) memiliki sikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan

spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate. Sementara sebanyak 52 responden dengan motivasi rendah, 12 orang (23,1%) memiliki sikap yang positif dan 40 orang (76,9%) yang memiliki sikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

Analisis statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan sikap perawat dengan hasil uji statistik *Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0.004$, yang berarti nilai $p < \alpha$ atau $< 0,05$.

3. Analisis Multivariat.

Analisis multivariat digunakan untuk melihat faktor yang paling dominan berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD DR. H. Chasan Bosoirie Ternate. Berdasarkan hasil analisis bivariante, diperoleh semua variabel independen memiliki nilai $p < 0,25$.

Setelah dilakukan analisis logistik regresi terhadap 3 variabel independen yaitu pendidikan, pengetahuan dan motivasi menunjukkan bahwa kekuatan hubungan antara ketiga variabel tersebut yang lebih besar hubungannya adalah variabel pendidikan dengan nilai $\text{Exp}(B)$ 5,704. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Faktor yang paling berhubungan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan
Kebutuhan Spiritual pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah
RSUD Dr.H.Chasan Boesoirie Ternate

Variabel	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Pendidikan	0,820	4,508	1	0,034	5,704
Motivasi	0,482	5,914	1	0,015	3,230
Pengetahuan	0,488	4,006	1	0,045	2,657

Sumber : data primer Juli 2012

Tabel 5.9 diatas terlihat bahwa diantara tiga variabel tersebut yang paling dominan hubungannya dengan sikap perawat adalah variabel pendidikan, dimana memiliki nilai Exp(B) 5,704, artinya responden yang memiliki pendidikan tinggi berpeluang 5,704 kali lebih bersikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dibanding responden yang memiliki pendidikan menengah. Sedangkan variabel motivasi memiliki nilai Exp(B) 3,230, artinya responden dengan motivasi tinggi berpeluang 3,230 kali lebih bersikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dibanding dengan responden yang memiliki motivasi rendah. Untuk variabel pengetahuan, memiliki nilai Exp(B) 2,657, artinya responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik berpeluang 2,657 kali lebih bersikap positif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dibanding dengan responden yang berpengetahuan kurang.

B. Pembahasan

1. Hubungan Pendidikan dengan Sikap Perawat

Data pada Tabel 5.6 menunjukkan bahwa, dari 74 responden yang memiliki pendidikan tinggi, 41 orang (55,4%) diantaranya memiliki sikap yang negatif dan 33 orang (44,6%) yang memiliki sikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Selanjutnya dari 21 responden yang berpendidikan menengah, 19 orang (90,5%) memiliki sikap negatif dan hanya 2 orang (9,5%) yang memiliki sikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate.

Hasil analisis statistik ditemukan ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate, dengan hasil uji *Chi-Square* menunjukkan nilai $p = 0.007$, artinya nilai $p < 0,05$.

Perawat dengan pendidikan tinggi yang memiliki sikap positif menggambarkan jenjang pendidikan formal sangat bermanfaat bagi pengembangan wawasan dan kesadaran perawat untuk membantu pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmojo (2010) bahwa, pendidikan dapat mempengaruhi seseorang, termasuk perilaku akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan kesehatan. Selain itu, Barnadib, 1991 (dikutip dalam Nursalam, 2011), menyebutkan bahwa dengan pendidikan tinggi, perawat akan lebih mampu

menganalisis dan mengidentifikasi masalah pasien, yang kemudian secara rasional dapat mempertimbangkan intervensi keperawatan yang tepat untuk mengatasi masalah-masalah pasien.

Pendapat yang sama dikemukakan oleh Arfrida, 2003 (di kutip dalam Winarsih dan Faizin, 2008), bahwa salah satu faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan produktifitas adalah pendidikan formal perawat. Pendidikan memberikan pengetahuan bukan saja yang langsung dengan pelaksanaan tugas, tetapi juga sebagai landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan memanfaatkan semua sarana yang ada di sekitar kita untuk kelancaran tugas. Semakin tinggi pendidikan, semakin tinggi produktivitas kerja.

Hal ini didukung oleh penelitian Winarsih dan Faizin (2008), bahwa terdapat hubungan tingkat pendidikan dengan kinerja perawat, yang mana tingkat produktivitas perawat dapat dilihat melalui peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Penelitian Ismail (2012), tentang hubungan tingkat pengetahuan perawat terhadap perawatan spiritual dengan pelaksanaan intervensi spiritual di RSKD Makassar menyebutkan bahwa tingkat pengetahuan perawat dipengaruhi oleh pendidikan dan materi perawatan spiritual yang pernah diperoleh, hal ini diasumsikan bahwa pendidikan agama yang baik akan menambah wacana/wawasan dalam praktek keagamaan atau peribadatan dalam memberikan perawatan spiritual, sebaliknya jika pendidikan agamanya kurang maka pengetahuan perawatan spiritual kurang lengkap, sedangkan materi perawatan yang diperoleh selama

pendidikan akan meningkatkan pemahaman perawat dalam perawatan spiritual.

Perawat dengan pendidikan menengah namun memiliki sikap positif menunjukkan bahwa mereka memiliki kemauan besar untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien, akan tetapi ada juga perawat dengan pendidikan tinggi yang memiliki sikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, hal ini karena ada faktor lain seperti motivasi/kemauan dan pengetahuan yang ikut mempengaruhi sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Sumiati, dkk. (2010), di RSUD Mardi Lestari kabupaten Sragen yang menyebutkan bahwa pemahaman perawat terhadap pengertian kebutuhan spiritual pasien dipengaruhi oleh faktor pengalaman, waktu, lingkungan, karakter dan pengetahuan tentang spiritual. Penelitian yang dilakukan oleh Ismail (2012), di RSKD Makassar menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi intervensi spiritual perawat antara lain : 1) Motivasi / kemauan; 2) Waktu yang tersedia untuk intervensi spiritual; 3) Adanya role model spiritual dari perawat; dan 4) Usia perawat, menurut penelitian Tuck dan Lyn (1997).

Dengan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa perawat yang berpendidikan tinggi cenderung lebih bersikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dibanding perawat dengan tingkat pendidikan menengah. Artinya pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

2. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Perawat

Berdasarkan data pada Tabel 5.7 menunjukkan bahwa, dari 45 responden yang memiliki pengetahuan baik, tidak semuanya memiliki sikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, yaitu 21 orang (46,7%) diantaranya memiliki sikap negatif, dan dari 50 responden dengan pengetahuan kurang, sebagian besar yaitu 39 orang (78%) memiliki sikap yang negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

Hasil analisis statistik ditemukan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, dimana hasil uji *Chi-Square* diperoleh nilai $p = 0.003$, artinya nilai $p < 0.05$.

Menurut Slameto, 2006 (dikutip dalam Wawan dan Dewi, 2010) menyatakan pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi pendidikan, pekerjaan, umur, mental, minat dan tingkat intelegensi. Faktor eksternal mencakup lingkungan dan sosial budaya. Hamid, A. (2009), menyatakan bahwa kurangnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan spiritual pasien menjadi salah satu penyebab pemenuhan kebutuhan spiritual pasien kurang diperhatikan oleh perawat. Lebih lanjut disebutkan bahwa perawat selama mengikuti pendidikan kurang diberi materi yang cukup tentang

asuhan keperawatan spiritual pasien dan setiap perawat memiliki pengalaman spiritual yang berbeda antara satu dengan yang lainnya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Amelianus, M. (2003), di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang yang membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

Perawat dengan pengetahuan dalam kategori kurang tapi memiliki sikap positif, lebih menggambarkan kemauan yang tinggi untuk melaksanakan tugas dan fungsinya dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD. Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate. Akan tetapi ada juga perawat yang memiliki pengetahuan baik namun bersikap negatif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Hal demikian dapat terjadi karena ada faktor lain yang ikut mempengaruhi sikap perawat seperti pengalaman kerja dan waktu, sebagaimana hasil penelitian Sumiati, T. dkk. (2010), di RSUD Mardi Lestari kabupaten Sragen menemukan bahwa Intervensi asuhan keperawatan spiritual dipengaruhi oleh faktor pengalaman, waktu, lingkungan, karakter dan pengetahuan tentang spiritual, selanjutnya disimpulkan bahwa intervensi asuhan keperawatan spiritual dipengaruhi pengetahuan, kompetensi, kondisi pasien, dan faktor penghambat. Intervensi belum dapat dilakukan secara optimal karena adanya faktor penghambat yang berasal dari perawat, situasi ruang perawatan yang sibuk oleh tugas rutinitas, dan adanya petugas kerohanian.

Penelitian Amelianus, M. (2003), di RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang menyimpulkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap pengetahuan perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah: a) Tingkat pendidikan perawat; b) Pengalaman spiritual dan pengalaman kerja perawat; c) Kurangnya perhatian perawat, institusi pendidikan dan rumah sakit terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual klien; d) tidak tersedia *referensi*/buku yang berhubungan dengan aspek spiritual dalam keperawatan di rumah sakit; e) seminar tentang asuhan keperawatan yang berhubungan dengan aspek spiritual klien dalam keperawatan jarang dilaksanakan.

Sementara dalam kaitanya dengan sikap perawat, Widayatun (2009) menyebutkan sikap seseorang dipengaruhi oleh faktor intrinsik (didalam diri) dan faktor ekstrinsi (diluar diri). Faktor intrinsik meliputi kepribadian, intelegensi, bakat, minat, perasaan serta kebutuhan dan motivasi seseorang. Faktor ekstrinsik terdiri dari lingkungan, pendidikan, ideologi, dan sosial ekonomi. Artinya bukan merupakan satu-satunya faktor pengetahuan perawat berkontribusi terhadap sikap dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Hal tersebut mengisyaratkan bahwa, sikap positif perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, sangat penting didukung oleh pengetahuan yang baik mengenai aspek spiritual. Sementara bagi perawat dengan pengetahuan kurang dan sikapnya negatif, sangat penting untuk dilakukan pembinaan melalui pendidikan dan pelatihan tentang pemenuhan aspek spiritual pasien.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor pengetahuan berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Semakin baik pengetahuan perawat semakin baik pula dalam bersikap positif, sebaliknya semakin kurang pengetahuan, perawat cenderung lebih bersikap negatif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Perawat dengan pengetahuan baik dan memiliki sikap positif menunjukkan adanya pemahaman mengenai tanggung jawab dalam fungsi dan perannya.

3. Hubungan Motivasi dengan Sikap Perawat

Berdasarkan data pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 43 responden dengan motivasi yang tinggi, 23 orang (53,5%) memiliki sikap positif dan 20 orang (46,5%) memiliki sikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, sementara sebanyak 52 responden dengan motivasi rendah, 12 orang (23,1%) memiliki sikap yang positif dan 40 orang (76,9%) yang memiliki sikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

Hasil analisis statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan sikap perawat dengan hasil uji statistik Chi-Square menunjukkan nilai $p = 0.004$, yang berarti nilai $p < 0,05$. Hal ini sesuai dengan penelitian Ismail (2012), di RSKD Makassar yang menyimpulkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan intervensi spiritual antara lain : 1) motivasi/kemauan; 2) waktu yang

tersedia untuk intervensi spiritual ; 3) role model spiritual dari perawat ; dan 4) usia perawat, menurut penelitian Tuck dan Lyn (1997). Lebih lanjut dijelaskan bahwa motivasi/kemauan yang tinggi akan mendorong perawat untuk konsisten melaksanakan tindakan atau membantu menyelesaikan masalah pasien. Selain itu dibutuhkan keikhlasan dan kesabaran perawat dalam memberikan perawatan spiritual mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Menurut Notoatmojo (2010), motivasi merupakan dorongan dari dalam diri manusia untuk bertindak atau berperilaku, menyangkut kebutuhan atau needs yaitu suatu “potensi” yang ada dalam diri manusia yang perlu direspons. Pandangan lain dikemukakan oleh Sitorus dan Panjaitan (2011), motivasi adalah kondisi atau status pikiran seseorang yang digambarkan dalam beberapa tugas khusus atau tujuan. Dengan demikian dapat dijelaskan bahwa motivasi merupakan suatu proses psikologis yang mencerminkan sikap, kebutuhan, persepsi, dan keputusan yang terjadi pada diri seseorang.

Teori Motivasi Dua Faktor yang dikembangkan oleh Frederick Herzberg (Notoatmojo, 2010), yang menyatakan bahwa, seseorang dapat dimotivasi oleh pekerjaannya sendiri dan di dalamnya terdapat kepentingan yang disesuaikan dengan tujuan organisasi. Ada dua faktor yang mempengaruhi seseorang dalam kegiatan, tugas dan pekerjaannya, yaitu : Pertama, faktor penyebab kepuasan (*satisfier*) atau disebut faktor motivasional, *Kedua*, faktor penyebab ketidakpuasan (*dissatisfaction*) atau

disebut faktor *hygiene* yang menimbulkan ketidakpuasan melakukan kegiatan, tugas, atau pekerjaan.

Perawat yang memiliki motivasi tinggi namun sikapnya negatif, tidak terlepas dari faktor hygiene atau ketidakpuasan yang dikemukakan oleh Herzberg, meliputi: kondisi fisik, hubungan interpersonal, kebijakan dan administrasi organisasi, pengawasan, gaji dan keamanan kerja. Sedangkan perawat yang memiliki motivasi tinggi dan bersikap positif bila dikaitkan dengan faktor motivasional terhadap sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, maka dapat dikatakan bahwa perawat memiliki tanggung jawab yang baik dan konsisten terhadap tugas dan tanggung jawabnya.

Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa perawat dengan motivasi tinggi cenderung lebih bersikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Sebaliknya perawat yang memiliki motivasi rendah lebih besar kecenderungan untuk bersikap negatif dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Artinya faktor motivasi memiliki hubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

4. Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spritual Pasien

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.5 diketahui bahwa dari 95 responden, 35 orang (36,8%) memiliki sikap positif dan 60 orang (63,2%) yang memiliki sikap negatif dalam pemenuhan kebutuhan

spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

Hasil kuesioner pengetahuan menunjukkan bahwa dari total 95 responden, terbanyak responden memilih jawaban yang benar pada poin 1 tentang definisi dari spiritualitas, yaitu 90 orang (97,7%) dan 75 orang (78,9%) responden yang setuju dengan pernyataan sikap pada poin 1 yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat memandang pasien secara holistik. Hal ini dapat diasumsikan bahwa perawat memahami tentang spiritualitas dimana setiap orang memiliki keyakinan dalam hubungannya dengan Tuhan, diri sendiri, dan orang lain/lingkungan, perawat juga memahami tentang tugas dan tanggung jawabnya dalam hal pemenuhan kebutuhan pasien secara holistik/menyeluruh, akan tetapi disini lain sebagian besar responden, 56 orang (58,9%) setuju dengan pernyataan negatif pada poin 10 dari pernyataan sikap tentang aspek spiritual tidak berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien, sedangkan 50,5% - 58,9% responden setuju dengan poin 5 dan 7 tentang pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah tanggung jawab keluarga, pemimpin agama/rohaniawan, dan hanya 27 orang (28,4%) yang setuju dengan pernyataan positif bahwa kebutuhan spiritual pasien adalah tanggung jawab perawat.

Hal ini dapat diasumsikan bahwa sikap positif perawat sering kali ditunjukkan dengan memandang pasien secara holistik, mencakup bio-psiko-sosial-spiritual dan kultural sebagai komponen yang utuh atau merupakan satu kesatuan yang tidak dapat dipisahkan dalam pelayanan

asuhan keperawatan, sebaliknya sikap negatif perawat di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate bisa disebabkan karena perawat memandang pemenuhan kebutuhan spiritual pasien sebagai tanggung jawab pasien itu sendiri, keluarga atau rohaniawan semata, bahkan menganggap aspek spiritual tidak berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien sehingga perawat yang demikian cenderung lebih memprioritaskan pemenuhan kebutuhan biologis/ fisiologis, dan baru akan mendampingi pasien ketika menghadapi sakratul maut. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hamid (2009), bahwa perawat kurang memperhatikan aspek spiritual dalam perawatan karena perawat kurang memahami tentang aspek spiritual dan manfaatnya terhadap kesehatan serta penyembuhan penyakit pasien.

Perawat merupakan orang yang pertama dan secara konsisten selama 24 jam sehari menjalin kontak dengan pasien, maka perawat sangat berperan dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien, baik dengan mengusahakan kemudahan seperti mendatangkan pemuka agama sesuai dengan agama yang diyakini pasien, memberikan privacy untuk berdoa, atau memberi kelonggaran bagi pasien untuk berinteraksi dengan orang lain, keluarga/teman (Hamid, 2009). Kenyataannya pemenuhan kebutuhan spiritual ini masih jauh dari yang diharapkan, karena berdasarkan pengamatan penulis selama bertugas di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, khususnya di ruang rawat inap Medik-Bedah, kebutuhan spiritual ini seakan hanya menjadi prioritas pada pasien dalam keadaan kritis atau menjelang kematian, dan sebagian besar perawat tidak

mendampingi pasien pada saat menjelang kematian/sakratul maut karena perawat sibuk melaksanakan tindakan-tindakan yang mengarah pada pengobatan pasien yaitu melakukan tindakan sesuai dengan instruksi dokter sehingga kebutuhan spiritual pasien seakan terabaikan. Berdasarkan jawaban kuesioner pernyataan sikap negatif pada poin 11 bahwa 44,2% menjawab setuju dengan pernyataan tentang perawat lebih memprioritaskan pemenuhan kebutuhan biologis/fisiologis pasien dari pada kebutuhan yang lainnya. Menurut Wright, 2000 (dikutip dalam Hamid, 2009), mengatakan bahwa dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat lebih cenderung memperhatikan aspek *current* (pengobatan).

Hal ini juga dapat disebabkan karena perawat kurang memahami tentang pentingnya aspek spiritual ketika kondisi seseorang mengalami perubahan, sebagaimana hasil kuesioner pengetahuan menunjukkan dari total 95 responden, sebanyak 42 orang (39,9%) yang salah memberikan jawaban poin 5 tentang kondisi yang umumnya menjadi masalah spiritual pasien, dan berdasarkan hasil kuesioner pernyataan sikap pada poin 3, sebagian responden yaitu 51 orang (53,7%) yang memberikan pernyataan setuju dan sangat setuju terhadap pernyataan negatif tentang pengkajian aspek spiritual hanya dilakukan pada pasien dengan penyakit terminal. Hal ini dapat diasumsikan bahwa 39,9% - 53,7% perawat menganggap masalah spiritual hanya terjadi pada kondisi penyakit terminal, sehingga pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien penyakit akut dan kronis

sering diabaikan oleh perawat di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate.

Salah satu aspek pelayanan profesional dalam keperawatan adalah masalah pemenuhan kebutuhan spiritual. Hal ini menjadi penting karena ketika kondisi fisik seseorang terganggu maka ada kemungkinan mengalami perubahan emosi, pada kondisi tersebut aspek spiritual seseorang sangat diperlukan untuk mengatasi perubahan emosi. Keimanan pada Tuhan diyakini akan memudahkan seseorang untuk mengatasi perubahan emosional selama sakit (Hawari, 2010). Peran perawat dalam hal ini adalah memenuhi kebutuhan spiritual pasien walaupun perawat dan pasien memiliki keyakinan/agama yang berbeda, namun kenyataan yang terjadi di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, bahwa perawat kurang memahami tentang perannya dalam hal pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, hal ini berdasarkan hasil kuesioner pengetahuan poin 4 tentang peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, yaitu sebanyak 50,5% responden memberikan jawaban yang salah terhadap pertanyaan tersebut.

Hubungannya dengan peran perawat, Rando 1984 (dikutip oleh Hamid, 2009). Menyebutkan menjalin komunikasi yang terapeutik terhadap pasien yang sedang menghadapi kematian juga merupakan bagian dari pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Kriteria paling umum yang dikaji perawat untuk spiritualitas adalah kebiasaan ibadah dan ritual keagamaan lainnya, seperti partisipasi dalam anggota kelompok dalam doa bersama. Selama pengkajian perawat mengetahui apakah berdoa

merupakan ritual penting bagi klien dan kemudian menentukan apakah intervensi dibutuhkan sehingga berdoa dapat dilakukan. Intervensi dapat mencakup membentuk privasi, mendorong kunjungan dari rohaniawan, atau berdoa bersama klien. Perawat perlu mengkaji apakah ritual atau ibadah yang dianut pasien telah terganggu akibat penyakit dan perawatan di rumah sakit (Potter & Perry, 2008).

Potter & Perry (2008), menyatakan bahwa jika pasien mengalami distress spiritual dan masalah kesehatan yang menyebabkan keputusasaan, maka akan timbul perasaan kesepian dan pasien merasa terisolasi dari orang yang biasanya memberi dukungan. Dengan demikian apapun keragaman intervensi yang mungkin dipilih oleh perawat untuk pasien, yang terpenting adalah hubungan saling mengasihi dan saling memahami. Baik pasien maupun perawat harus merasa bebas untuk merelakan dan menemukan bersama makna penyakit yang dialami pasien dan dampaknya pada makna dan tujuan hidup pasien. Pada tingkat pemahaman ini, perawat mampu memberikan perawatan dengan cara yang tepat, sensitif, dan kreatif.

Menurut Burkhardt, 1983 (dikutip dalam Hamid, 2009), menyatakan bahwa spiritualitas meliputi aspek: 1) Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan; 2) Menemukan arti dan tujuan hidup; 3) Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri; 4) Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi.

Hasil kuesioner pengetahuan menunjukkan bahwa poin pertanyaan yang paling sedikit dijawab benar oleh responden adalah poin 2 tentang apa yang dimaksud dengan kebutuhan spiritual, dan poin 14 tentang fokus asuhan keperawatan pada pasien dengan distress spiritual yaitu masing-masing hanya 31 orang (32,6%) yang memberikan jawaban benar terhadap pertanyaan, dengan demikian dapat diasumsikan bahwa pengetahuan perawat tentang aspek spiritual masih dipahami sebatas perasaan keterikatan antara diri sendiri dengan Yang Maha Tinggi, dan masih minimnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan distress spiritual menyebabkan perawat lebih bersikap negatif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Hal ini sesuai dengan pernyataan Hamid (2010), bahwa kurangnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan spiritual pasien menjadi salah satu penyebab pemenuhan kebutuhan spiritual pasien kurang diperhatikan oleh perawat.

Sumiati, dkk. (2008), dalam penelitiannya tentang pemahaman perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual klien pada pasien lansia di RSUD Mardi Lestari kabupaten Sragen menyebutkan bahwa kebutuhan spiritual sebagai bagian dari kebutuhan manusia secara utuh hanya dapat dipenuhi apabila perawat dibekali dengan kemampuan memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan aspek spiritual klien sebagai bagian dari kebutuhan holistik pasien.

Penelitian terdahulu seperti Fryback, 1999 (dikutip dalam Potter & Perry 2008, p.568) menyebutkan bahwa sebagian perawat merasa tidak mampu memberikan perawatan spiritual kepada pasien, dengan alasan :

1) Perawat memandang agama sebagai masalah pribadi; 2) Perawat berpikir bahwa spiritualitas merupakan masalah pribadi yang hanya merupakan hubungan individu dengan penciptanya; 3) Perawat merasa tidak nyaman dengan agama/kepercayaanya; 4) Perawat tidak tahu tentang asuhan keperawatan spiritual; 5) Perawat menjalankan kebutuhan spiritual untuk kebutuhan psikososial; dan 6) Perawat memandang bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pasien bukan tanggung jawabnya melainkan tanggung jawab keluarga dan tokoh agama.

Sikap menurut para ahli psikologi yang dikutip Notoatmojo (2010) terbagi dalam tiga kelompok. Kelompok pertama menyatakan bahwa, sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan, yaitu perasaan mendukung (favorable) maupun perasaan tidak mendukung (unfavorable) terhadap suatu objek. Bilamana dikaitkan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, maka perawat yang memiliki sikap positif cenderung lebih besar memiliki sikap empati kepada pasien.

Kelompok pemikiran kedua memandang sikap sebagai kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara tertentu. Hal ini berarti bahwa, perawat dengan sikap positif cukup tanggap atau responsif terhadap keluhan atau masalah spiritual pasien. Sedangkan kelompok pemikiran ketiga memandang sikap sebagai keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu objek di lingkungan sekitarnya. Artinya, perawat

dengan sikap positif selain memiliki empati dan responsif juga memiliki pengetahuan/pemahaman yang baik mengenai pentingnya hubungan interpersonal dengan pasien serta memiliki tanggung jawab yang tinggi untuk membantu pasien yang membutuhkan pertolongan khususnya pemenuhan kebutuhan spiritual.

Perawat yang menghadapi pasien dengan penyakit kronis misalnya, harus memiliki pemahaman dan kemampuan yang baik mengenai aspek spiritual yang perlu diberikan kepada pasien agar kondisi ketakutan, kecemasan, dan kesedihan dapat diatasi pada diri pasien. Hal ini sejalan dengan Hamid (2009) bahwa keberhasilan dalam mengatasi perubahan yang diakibatkan oleh penyakit kronis tersebut dapat menguatkan seseorang secara spiritual. Revolusi tentang hidup mungkin terjadi, di mana mereka yang kuat secara spiritual akan membentuk kembali identitas diri dan hidup dalam potensi mereka.

Permasalahan yang sering muncul bahwa, tidak jarang pasien dihantui rasa cemas dan takut akan kematian, belum siap menghadapi kematian sehingga menciptakan momok dalam dirinya. Hal ini juga digambarkan oleh Fryback, 1992 (dalam Potter & Perry, 2008) bahwa, individu dengan penyakit terminal menggambarkan tentang kematian, dimana sebagian besar dari mereka mempunyai persepsi dalam keadaan tidak sehat. Persepsi tersebut bukan karena penyakitnya tetapi karena sedang tidak mampu menjalani kehidupan mereka dengan sempurna, utamanya dalam hal tidak mampu melakukan aktivitas yang mereka inginkan.

Atas dasar itu, maka penulis sepakat dengan Hamid (2009) mengenai 4 (empat) isu nilai yang timbul antara perawat dan pasien yaitu: pluralisme, kecemasan, kesadaran tentang pertanyaan spiritual dan kebingungan. Yang pertama, prularisme, yaitu perawat dan pasien menganut kepercayaan dan iman dengan spektrum yang luas; Yang kedua, perawat merasa ragu-ragu dan cemas karena khawatir tidak mampu membantu pasien menemukan dimensi spiritualnya, Yang Ketiga, kesadaran tentang pertanyaan spiritual, yaitu perawat masih samar-samar atau kurang jelas format spiritualnya sendiri dan masih memikirkan cara-cara untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Yang Keempat, kebingungan, dimana perawat kurang mampu membedakan antara agama dengan konsep spiritual. Perawat masih cenderung mempersamakan antara agama dan aspek spiritual, bahkan perawat masih kesulitan memahami nilai-nilai agama dan nilai-nilai spiritual.

Penulis juga sependapat dengan Potter & Perry (2008) bahwa, penerapan proses keperawatan dari perspektif kebutuhan spiritual pasien tidak sederhana, dan sangat jauh dari sekedar mengkaji praktik dan ritual keagamaan pasien. Yang terpenting adalah bagaimana memahami spiritualitas pasien dan kemudian secara tepat mengidentifikasi tingkat dukungan dan sumber yang diperlukan. Lebih lanjut disebutkan, aspek penting dari perawatan spiritual adalah mengenali bahwa pasien tidak harus (berhak) mempunyai masalah spiritual. Pasien membawa kekuatan spiritual tertentu yang dapat digunakan oleh perawat sebagai sumber untuk

membantu pasien agar menjalani gaya hidup yang lebih sehat, sembuh dari penyakit, atau menghadapi kematian dengan tenang.

Pendapat tersebut memberi pemahaman bahwa, sikap perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien bukan hanya ditujukan kepada pasien yang penyakitnya kritis atau penyakit terminal, namun juga pada pasien yang tidak sedang dalam menghadapi masalah spiritual. Hal ini mengindikasikan bahwa, pada dasarnya setiap perawat dituntut untuk memiliki sikap konsisten dan intervensi yang tepat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

Menurut Taylor, Lillis & Le Mone, 1997 ; dan Craven & Hirnle, 1996 (dikutip oleh Hamid, 2009), salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang adalah : Asuhan keperawatan yang kurang sesuai. Ketika memberikan asuhan keperawatan, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual pasien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat juga menghindari untuk memberikan asuhan spiritual. Alasan tersebut antara lain: karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritual, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritual dalam keperawatan, atau merasa bahwa pemenuhan kebutuhan spritual pasien bukan menjadi tugasnya tetapi tanggung jawab pemuka agama.

Terkait dengan sikap tersebut, Notoatmojo (2010) menyatakan bahwa sikap menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek, yang sering diperoleh dari pengalaman sendiri atau melalui orang

lain. Sikap adalah afek atau penilaian positif atau negatif terhadap suatu obyek. Jika dikaitkan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate, maka dapat diasumsikan bahwa dari 60% perawat yang memiliki sikap negatif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien berdasarkan hasil analisa jawaban kuesioner dapat disimpulkan bahwa sikap negatif perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah terjadi karena beberapa alasan, diantaranya: 1) Sebagian besar perawat menilai pemenuhan kebutuhan spiritual pasien bukan tanggung jawab perawat melainkan tanggung jawab pasien itu sendiri, keluarga dan tokoh agama/rohaniawan; 2) Perawat menganggap aspek spiritual tidak berpengaruh terhadap proses penyembuhan; 3) Perawat menganggap masalah spiritual hanya terjadi pada kondisi penyakit terminal; 4) Perawat lebih memprioritaskan aspek biologis/fisiologis; 5) Perawat lebih memprioritaskan aspek biologis/fisiologis; 6) Perawat belum memahami tentang aspek spiritual dan 7) Masih minimnya pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan distress spiritual.

Dari keseluruhan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa, sikap perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien belum optimal. Hal ini disebabkan oleh kurangnya pemahaman perawat mengenai arti penting dari spiritualitas, dan masih terbatasnya kemampuan SDM perawat dalam menerapkan prinsip-prinsip asuhan keperawatan spiritual.

5. Faktor Yang Paling Dominan Berhubungan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spritual Pasien.

Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa ketiga variabel yaitu pendidikan, pengetahuan dan motivasi, semuanya mempunyai hubungan yang bermakna terhadap sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, namun diantara ketiga variabel tersebut yang paling dominan hubungannya dengan sikap perawat adalah variabel pendidikan, dimana memiliki nilai Exp(B) 5,704, artinya responden yang memiliki pendidikan tinggi berpeluang 5,704 kali lebih bersikap positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dibanding responden yang memiliki pendidikan menengah.

Berdasarkan hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa faktor pendidikan memiliki peranan penting dalam menentukan sikap perawat. Dengan pendidikan tinggi keperawatan seorang perawat akan lebih bersikap positif terhadap tugas dan tanggung jawabnya untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik. Sebaliknya dengan tingkat pendidikan yang kurang memadai, akan menjadi penghambat dalam melaksanakan tugas sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya.

Rumah sakit saat ini telah banyak memiliki tenaga perawat dengan beragam kualifikasi pendidikan tinggi di luar dari jenjang pendidikan keperawatan, sehingga perlu menatanya kembali melalui pengembangan sumber daya manusia tenaga perawat sesuai tuntutan profesi dan profesionalisme keperawatan. Tuntutan profesi dimaksud adalah pengembangan tenaga perawat harus mengikuti jalur jenjang pendidikan

tinggi keperawatan, sehingga berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Siagian (2011), menyatakan bahwa karyawan dengan pendidikan lebih tinggi memiliki kepuasan kerja yang tinggi dan cenderung bersikap positif karena dilandasi rasa aktualisasi atau pengakuan. Pendidikan tinggi umumnya membuat seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Metode pengumpulan data tidak dilakukan observasi langsung terhadap sikap perawat dalam hal pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, sehingga penilaian sikap responden hanya berdasarkan jawaban kuesioner.
2. Jumlah sebaran pengambilan sampel tidak merata, hal ini disebabkan karena adanya perbedaan jumlah perawat di setiap ruangan.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian hasil penelitian dan pembahasan, dapat dikemukakan kesimpulan bahwa:

1. Ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, $p = 0,007$. Semakin tinggi pendidikan perawat maka sikapnya cenderung semakin positif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.
2. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, $p = 0,003$. Semakin kurang pengetahuan perawat maka sikapnya cenderung semakin negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.
3. Ada hubungan yang bermakna antara motivasi dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate, $p = 0,004$. Semakin rendah motivasi perawat maka sikapnya cenderung semakin negatif dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.
4. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah pendidikan dengan $\text{Exp(B)} = 5,704$.

B. Saran

Berdasarkan uraian kesimpulan tersebut di atas, dapat dikemukakan saran sebagai berikut:

1. Untuk rumah sakit kiranya dapat meningkatkan sumber daya manusia yang terkait dengan mutu pelayanan keperawatan pada umumnya dan khususnya dalam hal pemenuhan kebutuhan spiritual pasien melalui pendidikan dan pelatihan tentang penerapan asuhan keperawatan secara holistik.
2. Untuk profesi keperawatan umumnya dan khususnya perawat di ruang rawat inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate diharapkan terus mengembangkan potensi diri melalui jenjang pendidikan tinggi keperawatan agar dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap positif terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.
3. Saran untuk peneliti selanjutnya perlu penelitian lebih lanjut terhadap faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual pasien seperti beban kerja, dan metode penelitian yang lain seperti studi eksperimen tentang pengaruh intervensi spiritual terhadap penurunan hari rawat pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Aswar S. (2009). *Sikap manusia*. Pustaka Belajar :Yogyakarta.
- Amelianus, M. (2003), *Hubungan pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien dengan krisis penyakit/penderitaan/kematian di ruang bedah dan interna RSUD Prof. DR. W.Z. Johannes Kupang*, Skripsi tidak diterbitkan. Surabaya : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAIR SURABAYA.
- Amelia, L. (2011), *Relationship with religiosity meaningfulness kidney failure of life in patients in terminal RS Pau Halim*, Gunadarma University, diakses tanggal 29 agustus 2012, <papers.gunadarma.ac.id./index.php/psychology/article/view/920/876>
- Asrinah, S. (2011), *Pengaruh intervensi keperawatan spiritual keagamaan terhadap tingkat ansietas pasien terminal di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar*, Skripsi tidak diterbitkan. Makassar : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNHAS MAKASSAR
- Dahlan, M. S. (2011). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. Salemba Medika : Jakarta.
- Dahlan, M. S. (2010). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Salemba Medika: Jakarta.
- Dahlan, M. S. (2010). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan*. Salemba Medika: Jakarta
- Darma, K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan, panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Trans Info Media : Jakarta.
- Hamid A.Yani. (2009).*Bunga rampai asuhan keperawatan jiwa*.EGC : Jakarta.
- Hawari, D. (2008). *Dimensi relegi dalam praktek psikiatri dan psikologi*. Balai Penerbit FKUI : Jakarta
- Hawari, D. (2010). *Panduan psikoterapi agama Islam*. Balai Penerbit FKUI: Jakarta
- Ismail (2012). Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan spiritual dengan pelaksanaan intervensi spiritual di Rumah Sakit Khusus Daerah

(RSKD) Makassar, *Jurnal Media Kesehatan Kopertis Wilayah Ix Sulawesi*, 23 Maret, p. 2.

- Kuntoro, A. (2010). *Buku ajar manajemen keperawatan*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan. aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Sagung Seto : Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Bina Cipta : Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2008). *Buku ajar fundamental keperawatan, konsep, proses, dan praktik*. Volume 1. Edisi 4. Alih Bahasa : Yasmin Asih, S.Kp, dkk. EGC : Jakarta
- Purwanto M. (2008). *Psikologi pendidikan*. PT. Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Rahmat, I (2002), Keefektifan pemberian bimbingan spiritual Islami kepada klien terminal terhadap kecemasan dan motivasi hidup di RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta, *Berita Kedokteran Masyarakat XVIII (4)*, 28 September, Vol. 18(4), p. 169-175
- Sastroamoro, S. & Ismael, S. (2008). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinik*. Edisi ke-3 Sagung Seto : Jakarta.
- Siagian, S.P. (2011). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. PT. Bumi Aksara. Jakarta
- Sitorus, R. & Panjaiatan, R. (2011). *Manajemen keperawatan : Manajemen keperawatan di ruang rawat*. Sagung Seto : Jakarta.
- Sugiyono (2011). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Alfabeta : Bandung.
- Sumiati, T. dkk. (2010), *Pemahaman perawat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual klien pada pasien lansia di RSUD Mardi Lestari Kabupaten Sragen*, Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan UNDIP, diakses tanggal 10 mei 2012, <<http://empiris.undip.ac.id/10288/1/INAYAH.pdf>>
- Wawan, A & Dewi, M. (2010). *Teori & pengukuran pengetahuan, sikap, dan perilaku manusia*. Nuha Medika : Yogyakarta.
- Widayatun S. I. (2009). *Ilmu perilaku*. Edisi Revisi, Sagung Seto : Jakarta.

Winarsih dan Faizin, A. (2008), Hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan kinerja perawat di RSUD Padang Arang Kabupaten Boyolali, *Berita Ilmu Keperawatan*, Vol. 1 (3), September 2008, p. 137-142.

SURAT PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Kepada

Yth. Bapak/Ibu yang menjadi responden

Saya **Yumna Hormati** Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FK Unhas angkatan Tahun 2011/2012. Saya akan melakukan penelitian tentang **“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate “**. Hasil penelitian ini bermanfaat bagi perawat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan secara holistik, khususnya pada pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.

Untuk itu saya mohon partisipasi saudara dalam penelitian ini. Data saudara dijamin kerahasiaanya dan tanpa nama, yang akan disajikan hanya untuk kepentingan pengembangan ilmu keperawatan.

Atas partisipasi saudara, saya ucapkan terima kasih.

Tanggal :

Tanda tangan :

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca maksud dan tujuan penelitian ini, maka dengan kesadaran penuh tanpa paksaan dari pihak lain menyatakan bahwa saya bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Saudara Yumna Hormati Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FK Unhas dengan Judul **“Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Sikap Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Medik-Bedah RSUD H. Chasan Boesoirie Ternate“**.

Tanda tangan dibawah ini, menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanggal :

Tanda tangan :

LEMBAR KUESIONER

Nomor Responden :

A. Data Demografi

Isilah data identitas saudara dengan lengkap dan benar. Beri tanda ceck (\surd) pada kotak jawaban yang tersedia.

Diisi oleh peneliti

1. Umur :

2. Jenis Kelamin

1. Laki-laki
 2. Perempuan

3. Pendidikan Terakhir

1. SPK
 2. D3 Keperawatan
 3. S1 Keperawatan (Ners)

4. Masa Kerja / Lama Kerja :

B. Pengetahuan

Berilah tanda silang (x) pada salah satu jawaban a, b, c, d, e yang menurut anda paling benar.

No.	S O A L	Kode
1	Apa yang dimaksud dengan spiritual/spiritualitas? a. Keyakinan dalam hubungannya dengan manusia b. Keyakinan dalam hubungannya dengan Tuhan, diri sendiri, dan orang lain/ lingkungan c. Keyakinan dalam hubungannya dengan kekuatan alam d. Keyakinan dalam hubungannya dengan penderitaan/kematian e. Keyakinan dalam hubungannya dengan kehidupan manusia	<input type="checkbox"/>
2	Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk : a. Mendapatkan maaf, pengampunan, keterikatan dan cinta b. Mendapatkan penyembuhan c. Mendapatkan dukungan emosional d. Menyelesaikan konflik e. Semua jawaban diatas benar	<input type="checkbox"/>
3	Kebutuhan spiritual bagi pasien yang menghadapi stress emosional, penyakit fisik dan kematian adalah : a. Sebagai pedoman hidup b. Sebagai sumber konflik c. Sebagai sumber kekuatan dan harapan d. Sebagai solusi atas permasalahan yang dialami e. Semua jawaban diatas benar	<input type="checkbox"/>
4	Peran perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah sebagai berikut : a. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien b. Menyerahkan kepada Rohaniwan rumah sakit c. Membiarkan pasien memenuhi sendiri kebutuhannya d. Menyerahkan kepada keluarga e. Semua jawaban diatas salah	<input type="checkbox"/>

Lampiran 3

- 5 Kondisi yang umumnya menjadi masalah spiritual dibawah ini adalah :
- a. Pasien dengan penyakit kronis
 - b. Pasien dengan penyakit terminal
 - c. Pasien dengan penyakit akut
 - d. Jawaban a dan c benar
 - e. Jawaban a, b dan c benar
-
- 6 Apa yang dimaksud dengan distres spiritual ?
- a. Ketidakmampuan seseorang melakukan ritual keagamaan
 - b. Gangguan dalam kepercayaan/sistem nilai yang memberikan kekuatan, harapan dan arti kehidupan
 - c. Konflik emosional yang dialami pasien di RS
 - d. Stres psikologis yang dialami pasien di RS
 - e. Semua jawaban diatas benar
-
- 7 Respon pasien yang menandakan bahwa pasien membutuhkan pelayanan spiritual :
- a. Pasien meminta perawat/rohaniwan untuk mendoakan penyembuhannya
 - b. Pasien mengungkapkan perasaannya
 - c. Pasien tidak mengikuti instruksi dokter
 - d. Pasien tidak mengikuti instruksi perawat
 - e. Semua jawaban diatas benar
-
- 8 Peran independen/mandiri perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah :
- a. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk berdoa
 - b. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk berinteraksi dengan keluarga
 - c. Mengatur ruangan yang tenang
 - d. Jawaban a dan b benar
 - e. Jawaban a, b, dan c benar
-

Lampiran 3

9 Intervensi keperawatan pada pasien yang ragu terhadap kekuatan spiritual dalam menghadapi krisis adalah :

- a. Bersedia mendengarkan keraguan pasien
- b. Lakukan bimbingan meditasi
- c. Diam/sentuhan terapeutik perawat
- d. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk kontak dengan pemimpin spiritualnya
- e. Semua jawaban diatas benar

10 Yang bukan merupakan pengkajian fokus untuk mengetahui masalah spiritual pasien adalah :

- a. Apakah keyakinan spiritual penting bagi anda ?
- b. Apakah keyakinan spiritual anda bertentangan dengan terapi yang diberikan ?
- c. Apakah keyakinan spiritual anda bertentangan dengan diit yang diberikan oleh RS ?
- d. Uraikan praktek spiritual yang biasanya anda lakukan
- e. Apakah anda membutuhkan pelayanan spiritual selama anda dirawat di RS ?

11 Tindakan perawat yang tepat pada pasien yang merasa bahwa keyakinan spiritualnya gagal menjelaskan tentang penderitaan yang dialaminya adalah :

- a. Berdiskusi dengan pasien tentang permasalahannya
- b. Berikan kesempatan kepada pasien untuk menemui tokoh spiritualnya
- c. Menganjurkan keluarga untuk memperhatikan pasien
- d. Menyiapkan lingkungan yang tenang
- e. Semua jawaban benar

12 Tindakan perawat yang tepat pada pasien yang merasa bahwa keyakinan spiritualnya tidak dapat menyelesaikan permasalahannya adalah :

- a. Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan perasaannya
- b. Memberikan sentuhan terapeutik
- c. Membimbing pasien untuk berdoa/meditasi

Lampiran 3

- d. Jawaban a, b, dan c benar
- e. Jawaban a dan c benar
- 13 Yang bukan merupakan karakteristik pasien dengan distres spiritual dibawah ini adalah :
- a. Pasien bertanya tentang arti kehidupan dan kematian
- b. Menunjukkan perasaan kecewa dan putus asa
- c. Marah, cemas dan takut
- d. Merasakan perasaan batin yang kosong
- e. Pasien menerima penyakit yang dialaminya
- 14 Fokus asuhan keperawatan pada pasien dengan distres spiritual adalah :
- a. Menciptakan lingkungan yang mendukung pasien melaksanakan praktek keagamaannya
- b. Menurunkan tingkat kecemasan pasien
- c. Menurunkan tingkat distres spiritual
- d. Menghilangkan stres psikologis pasien
- e. Semua jawaban diatas benar
- 15 Tujuan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan krisis penyakit/penderitaan/kematian :
- a. Mempercepat proses penyembuhan penyakit
- b. Mempersiapkan pasien mati dengan tenang
- c. Pasien menerima keadaanya dan memahami hikmah dari penderitaan yang dialami saat ini
- d. Mendukung proses terapi dan perawatan
- e. Semua jawaban diatas benar
- 16 Yang bukan merupakan privacy pasien yang perlu dijaga oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan adalah :
- a. Menarik tirai/menutup pintu saat pasien berdoa
- b. Mematikan TV saat pasien berdoa
- c. Menyediakan fasilitas lain yang dibutuhkan pasien
- d. Membiarkan pasien berdoa sesuai dengan agama dan kepercayaannya
- e. Mencatat intervensi yang telah diberikan kepada pasien
- 17 Intervensi keperawatan pada pasien yang marah terhadap Tuhan akibat penyakit yang dialaminya :

Lampiran 3

- a. Bantu pasien mengenali dan mendiskusikan permasalahannya
- b. Bersikap empati
- c. Bersikap simpatik
- d. Berikan kesempatan untuk kontak dengan pemimpin spiritualnya
- e. Jawaban a dan d benar

18 Tujuan perawatan pasien dengan distress spiritual :

- a. Pasien dapat memenuhi kewajiban agamanya
- b. Pasien dapat mempertahankan hubungan personal dengan Tuhan
- c. Meningkatkan kepercayaan diri pasien
- d. Mempecepat penyembuhan penyakit
- e. Jawaban a dan b benar

19 Yang tidak termasuk evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan di bawah ini adalah :

- a. Pasien dapat beristirahat dengan tenang
- b. Pasien mengungkapkan perasaan damai
- c. Pasien dapat mengekspresikan perasaannya
- d. Pasien menerima penderitaan/penyakit yang dialami
- e. Pasien membutuhkan support keluarga, perawat dan rohaniwan

20 Yang tidak termasuk kriteria hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan krisis penyakit/penderitaan/kematian dibawah ini adalah

- a. Pasien menerima penyakitnya
- b. Pasien dapat melakukan kegiatan spiritual di RS
- c. Pasien mengungkapkan hikmah dari penderitannya
- d. Jawaban a dan c benar
- e. Jawaban a, b, c, benar

C. Motivasi

Lampiran 3

Pilihlah salah satu pernyataan yang tepat menurut anda dan berilah tanda ceck list (\surd) pada kolom yang tersedia, dengan mengikuti keterangan pernyataan sebagai berikut :

SL : Selalu K : Kadang-kadang
 SR : Sering TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	SR	K	TP	Kode
1	Saya berusaha menerapkan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien					<input type="checkbox"/>
2	Saya berusaha memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien yang beda keyakinan/agama dengan saya.					<input type="checkbox"/>
3	Saya mendampingi dan membimbing pasien yang menghadapi kematian/sakratul maut.					<input type="checkbox"/>
4	Saya melakukan penerapan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, terutama dalam hal bimbingan secara berulang kali.					<input type="checkbox"/>
5	Saya akan memabantu teman sejawat yang mengalami kesulitan dalam penerapan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.					<input type="checkbox"/>
6	Saya berperan sebagai pelaksana asuhan keperawatan di ruangan, agar pelayanan kebutuhan spiritual pasien dapat terpenuhi.					<input type="checkbox"/>
7	Terhadap atasan, saya berusaha menunjukkan hasil kerja semaksimalnya dengan penerapan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.					<input type="checkbox"/>
8	Saya akan bekerja sesuai aturan dan norma yang berlaku					<input type="checkbox"/>
9	Saya melakukan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dengan penerapan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.					<input type="checkbox"/>
10	Saya berusaha melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara menyeluruh.					<input type="checkbox"/>

D. Sikap

Pilihlah salah satu pernyataan yang menurut anda paling benar dengan membubuhkan tanda ceck (√) pada kolom yang tersedia. Keterangan pernyataan sebagai berikut :

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS	Kode
1	Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat memandang pasien secara holistik.					<input type="checkbox"/>
2	Dalam keadaan tidak berdaya karena kondisi penyakit, kebutuhan spiritual mutlak diperlukan pasien.					<input type="checkbox"/>
3	Pengkajian aspek spiritual hanya dilakukan perawat pada klien dengan penyakit terminal.					<input type="checkbox"/>
4	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah tanggung jawab pasien sendiri.					<input type="checkbox"/>
5	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah tanggung jawab keluarganya.					<input type="checkbox"/>
6	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah tanggung jawab perawat.					<input type="checkbox"/>
7	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah tanggung jawab pemimpin agama/rohaniwan.					<input type="checkbox"/>
8	Dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, dibutuhkan tenaga perawat khusus.					<input type="checkbox"/>
9	Tugas perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.					<input type="checkbox"/>
10	Aspek spiritual tidak berpengaruh terhadap proses penyembuhan pasien.					<input type="checkbox"/>

Lampiran 3

11	Perawat lebih memprioritaskan pemenuhan kebutuhan biologis/ fisiologis pasien dari pada kebutuhan yang lainnya.					<input type="checkbox"/>
12	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien perlu dipersiapkan oleh perawat					<input type="checkbox"/>
13	Masalah spiritual pasien hanya diketahui oleh pasien atau keluarganya.					<input type="checkbox"/>
14	Perawat mendampingi pasien pada saat menghadapi sakratul maut.					<input type="checkbox"/>
15	Perawat perlu meningkatkan pengetahuan dan pengalaman spiritualnya.					<input type="checkbox"/>