

**PENGARUH *SPIRITUAL LEADERSHIP*  
TERHADAP KINERJA PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD Dr H. SOEWONDO  
KENDAL**



**TESIS  
Untuk memenuhi persyaratan  
Mencapai Magister Keperawatan**

**Kosentrasi  
Manajemen Keperawatan**

**OLEH :  
ENOK SURESKIARTI  
22020113410010**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2015**

**LEMBAR PENGESAHAN**

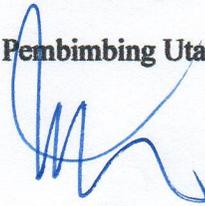
**PENGARUH *SPIRITUAL LEADERSHIP*  
TERHADAP KINERJA PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD Dr H. SOEWONDO  
KENDAL**

Telah disetujui sebagai Tesis  
untuk memenuhi persyaratan Pendidikan Program S2

Program Studi Magister Keperawatan

Menyetujui,

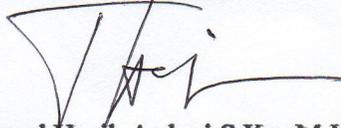
Pembimbing Utama



Dr. Untung Sujianto S.Kp, M.Kes

NIP. 197109191994031001

Pembimbing Anggota



Muhammad Hasib Ardani S.Kp. M.Kes

NIP 197412182010121001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD-KGH

NIP. 19510205 197901 1 001

## PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**PENGARUH *SPIRITUAL LEADERSHIP*  
TERHADAP KINERJA PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD Dr H. SOEWONDO  
KENDAL**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Enok Sureskiarti  
NIM : 22020113410010

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 22 Desember 2015  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji Ketua,



Dr. Luky Dwianto, S.Kp.,M.Kep  
NIP. 19670120 199803 1 006

Penguji Anggota,



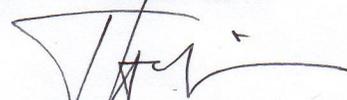
Dr. dr. Andrew Sohan, M.Si  
NIP.19580409 198703 1 002

Pembimbing Utama,



Dr. Untung Sujianto, S.Kp. M.Kes  
NIP. 19510205 197901 1 001

Pemimbing Anggota,



Muhammad Hasib Ardani S.Kp. M.Kes  
NIP 19741218 201012 1 001

Semarang, Desember 2015  
Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Keperawatan



Dr. dr. Shofa Chasani, Sp.PD-KGH

NIP. 19510205 197901 1 001

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

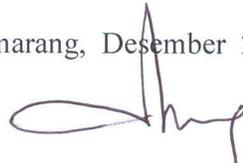
Nama : Enok Sureskiarti  
NIM : 22020113410010  
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan  
No. Telp / HP : 081326491082  
Email : [sureskiarti.enok@yahoo.co.id](mailto:sureskiarti.enok@yahoo.co.id)

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Pengaruh Spiritual Leadership Terhadap Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di RSUD Dr. Soewondo Kendal” bebas dari plagiarisme dan bukan karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan saya ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa paksaan.

Semarang, Desember 2015



Enok Sureskiarti

## SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Enok Sureskiarti  
NIM : 22020113410010  
Fakultas / Program : Kedokteran / Magister Keperawatan  
No. Telp / HP : 081326491082  
Email : [sureskiarti.enok@yahoo.co.id](mailto:sureskiarti.enok@yahoo.co.id)

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan / mengalih formatkan menampilkan dalam bentuk soft copy untuk kepentingan akademis di perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Undip tanpa perlu meminta dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan dari semua tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan supaya dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Desember 2015



Enok Sureskiarti

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Enok Sureskiarti
- Tempat Tanggal Lahir : Semarang, 19 Januari 1982.
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat : Perumahan Balikpapan Baru Cluster Toronto Blok  
JA 16. Balikpapan Kalimantan Timur
- Agama : Islam
- Riwayat Pendidikan : 1. SD N Lebdosari Semarang Barat Lulus tahun 1995  
2. SMP N 1 Semarang Barat lulus tahun 1998  
3. SPK Negeri Kariadi Semarang lulus tahun 2001  
4. Mahasiswa FKIK, Jurusan Keperawatan  
Universitas Muhammadiyah Semarang  
Tahun Angkatan 2003-2007  
5. Mahasiswa Program Profesi Ners FKIK  
Universitas Muhammadiyah Semarang  
Tahun angkatan 2007-2009  
6. Mahasiswa Program Magister Keperawatan  
Fakultas Kedokteran, UNDIP Semarang  
Tahun angkatan 2013-Sekarang.
- Riwayat Pekerjaan : Perawat RSIA Bahagia Semarang Tahun 2002-2008  
Perawat RS Pertamina Balikpapan Tahun 2009-2011  
Staf Pengajar di STIKES Muhammadiyah Samarinda  
Tahun 2009 - Sekarang

## HALAMAN PERSEMBAHAN

Sebuah hasil perjuangan yang dengan tulus dipersembahkan kepada mereka yang istimewa, kepada mereka yang luar biasa :

*“Allah, tiada Tuhan melainkan Dia, Yang Maha Hidup, Maha Berdiri Sendiri, yang karena-Nya segala sesuatu ada” (QS. Ali Imran : 2)*

Karena-Mu kesulitan itu sirna. Karena-Mu kemudahan itu tiba. Karena-Mu Tugas Akhir ini ada. Ya, karena-Mu segala sesuatu ada. **Allah SWT**. Semoga Engkau senantiasa meneguhkan imanku, meluruskan niatku, menundukan kapalaku hanya kepada Engkau, Sang Penguasa Semesta Alam.

*“Dan taatlah kepada Rasul supaya kamu diberi rahmat” (QS. An-Nuur : 56)*

Nabi Muhammad SAW, teladan dari segala keteladan. Izinkan saya untuk menjadi pengikut setia, yang senantiasa menyerukan nama-Mu dan Tuhan-Mu, yang senantiasa meneladani perilaku-Mu, sehingga saya termasuk ke dalam orang-orang yang diberi safaat ketika hari akhir nanti.

*“Wahai Tuhanku, kasihilah mereka keduanya, sebagaimana mereka berdua telah mendidik aku ketika kecil” (QS. Al Israa' : 24)*

Ibundaku tercinta. Kekuatan ibu memanglah sungguh nyata. Air mata, tetesan keringat, serta doa yang selalu dipanjatkan sungguh luar biasa. Engkau adalah penyempurna dari ketidak sempurnaan. Penguat dikala lemah, sumber ketegaran yang menegarkan. Pendengar yang menyemangati. (Alm) Bapak. Rindu yang meneguhkan bahwa kita hanya terpisah raga, tapi tidak dengan jiwa. Maka sudah sepatutnya tidak ada air mata, hanya doa yang kubisa. Teruntukmu, Sang peninggal jejak yang jejaknya tak pernah akan habis ditelusuri. *Thank you for capital life you gave, it's means a lot for me*. Sabar dan Tawakal.

*“Maha Suci Tuhan yang telah menciptakan pasangan-pasangan semuanya baik dari apa yang ditumbuhkan oleh bumi dan dari diri mereka maupun dari apa-apa yang mereka tidak ketahui.” (QS. Yaa Siin 36:36)*

Suamiku Arif Okto. Seseorang yang membawa perubahan terbesar dalam hidupku untuk hijrah menuju Sunnah-Mu. Yang selalu mengajarkan Zuhud kepada dunia. Jazakumullah khoir katsiron. *Thanks my life is complete, because of you. Always be my hands, my feet, my ears, my eyes, my nose, and my best friend, I'm proud with you, Thank Allah has given the best partner for me in my life.*

*“Wahai Tuhanku, jadikanlah aku orang yang selalu melaksanakan shalat. Begitu juga anak keturunanku. Wahai Tuhanku kabulkanlah doaku. (QS. Ibrahim, 14: 40).*

Aishya Marsaa Kamilah Al-Arif, Zhafira Annisa Kamiliya Al-Arif dan Muhammad AisyHafiy Ramadhani Al-Arif. *You are jewel of my heart always provide motivation in my life. you are the most beautiful grace of Allah that will always keep me*

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat, hidayah serta ridho-Nya memberikan kemudahan dalam menyelesaikan penelitian tesis dengan judul “Pengaruh *Spiritual Leadership* Terhadap Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Di RSUD Dr. H Soewondo Kendal. Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini dapat diselesaikan atas bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankan penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tulus kepada ;

1. Prof. Dr. Yos Johan Utama SH, M.Hum, selaku Rektor Universitas Diponegoro
2. Prof. Dr. dr. Tri Nur Kristina, DMM. M. Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
3. Dr. Untung Sujianto, S.Kp. M.Kes. selaku Ketua Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dan selaku penguji III serta pembimbing utama yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan nasehat, bimbingan yang intensif, masukan, arahan dan motivasi pada penulis dalam penyelesaian penyusunan penelitian ini
4. Dr dr.Shofa Chasani, Sp.PD-KGH selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang.
5. Dr. Luky Dwiantoro M. Kep Selaku Penguji I yang telah memberikan petunjuk, saran dan Motivasinya.
6. Dr. dr. Andrew Johan. M, Si selaku penguji II yang telah memberikan petunjuk dan saran dalam penyusunan hasil ini
7. Muhammad Hasib Ardani, S.Kp. M.Kes selaku penguji IV dan pembimbing anggota yang telah bersedia meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, masukan, arahan, nasehat dan motivasi pada penulis untuk menyelesaikan tesis ini

8. Direktur, Kepala Bidang Keperawatan, Kasi Keperawatan, serta kepala ruang dan seluruh rekan sejawat di RSUD Dr. H Soewondo Kendal.
9. Direktur, Kepala Bidang Keperawatan, Kasi Keperawatan, dan seluruh rekan sejawat di RSUD Ir. Soedjati Purwodadi.
10. Ns Iskim Luthfa M.Kep sebagai narasumberdalam penelitian dan seluruh responden yang terlibat dalam penelitian ini.
11. Ibunda tercinta, (Alm) Bapak dan Suami yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk segera menyelesaikan tesis ini dan anak-anakku Kak Aishya Marsa, Kak Zhafira Annisa dan adik Muhammad AisyHafiy.
12. Bapak dan ibu Dosen Universitas Diponegoro Semarang jurusan Magister Keperawatan.
13. Ketua beserta staf dan jajarannya serta teman-teman pengajar di STIKES Muhammadiyah Samarinda.
14. Rekan-rekan angkatan 2013 di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang.
15. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu dan telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Penulis mennyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan tesis ini.

Semarang,           Desember 2015  
Penulis

## DAFTAR ISI

|   |      |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL .....                     | I    |
| HALAMAN PENGESAHAN .....                | ii   |
| HALAMAN PERNYATAAN .....                | iv   |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....              | vi   |
| HALAMAN PERSEMBAHAN .....               | vii  |
| KATA PENGANTAR .....                    | viii |
| DAFTAR ISI .....                        | x    |
| DAFTAR TABEL .....                      | xii  |
| DAFTAR GAMBAR .....                     | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN .....                   | xiv  |
| ABSTRAK .....                           | xv   |
| ABSTRACT .....                          | xvi  |
| <br>                                    |      |
| BAB I      PENDAHULUAN .....            | 1    |
| A. Latar belakang Masalah .....         | 1    |
| B. Perumusan Masalah .....              | 9    |
| C. Tujuan Penelitian .....              | 9    |
| D. Manfaat Penelitian .....             | 10   |
| E. Keaslian Penelitian .....            | 11   |
| <br>                                    |      |
| BAB II     TINJAUAN PUSTAKA .....       | 13   |
| A. Tinjauan Teori .....                 | 13   |
| B. Kerangka Teori .....                 | 60   |
| C. Kerangka Konsep .....                | 61   |
| D. Hipotesis .....                      | 61   |
| <br>                                    |      |
| BAB III    METODE PENELITIAN .....      | 63   |
| A. Jenis dan Rancangan Penelitian ..... | 63   |
| B. Populasi dan Sampel Penelitian ..... | 65   |
| C. Besar Sampel .....                   | 67   |
| D. Tempat dan Waktu Penelitian .....    | 69   |

|        |   |     |
|--------|---|-----|
|        | E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran ..... | 70  |
|        | F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data .....                      | 73  |
|        | G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data .....                             | 82  |
|        | H. Etika Penelitian .....   | 86  |
| BAB IV | HASIL PENELITIAN .....  | 89  |
|        | A. Karakteristik responden .....  | 89  |
|        | B. Kinerja Sebelum Dan sesudah Intervensi.....                          | 91  |
|        | C. Pengaruh penerapan Spiritual Leadership.....                         | 92  |
| BAB V  | PEMBAHASAN .....  | 95  |
|        | A. Interpretasi hasil Penelitian .....                                  | 95  |
|        | B. Keterbatasan Penelitian .....  | 115 |
| BAB VI | KESIMPULAN DAN SARAN .....  | 116 |
|        | A. Kesimpulan .....   | 116 |
|        | B. Saran .....  | 117 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

| <b>No<br/>Tabel</b> | <b>Judul tabel</b>  | <b>Hal</b> |
|---------------------|---|------------|
| 1.1                 | Keaslian penelitian   | 11         |
| 2.1                 | <i>Spiritual leadership</i> diantara kepemimpinan yang lain   | 38         |
| 2.2                 | Sembilan nilai altruistik dalam <i>spiritual leadership</i>   | 47         |
| 3.1                 | Jumlah sampel kelompok Intervensi   | 68         |
| 3.2                 | Jumlah sampel kelompok Kontrol  | 68         |
| 3.3                 | Definisi Oprasional dan skala pengukuran  | 70         |
| 3.4                 | Hasil Validitas   | 75         |
| 3.4                 | Normality Data  | 83         |
| 3.5                 | Analisis Uji Statistik Hipotesis  | 84         |
| 4.1                 | Distribusi frekuensi karakteristik responden  | 89         |
| 4.2                 | Distribusi kinerja sebelum dan sesudah Intervensi   | 90         |
| 4.3                 | Gambaran perbedaan kinerja perawat sebelum dan sesudah penerapan <i>spiritual leadership</i> pada kelompok Intervensi dan Kontrol | 91         |
| 4.4                 | Gambaran Pengaruh penerapan <i>spiritual leadership</i>   | 92         |

## DAFTAR GAMBAR

| <b>No<br/>Gambar</b> | <b>Judul Gambar</b>   | <b>Hal</b> |
|----------------------|---|------------|
| 2.1                  | Skema kinerja   | 14         |
| 2.2                  | Dimensi dan variabel dalam Spiritual leadership             | 42         |
| 2.3                  | Mekanisme kerja Spiritual leadership                        | 49         |
| 2.4                  | Kerangka teori  | 61         |
| 2.5                  | Kerangka konsep penelitian                                  | 62         |
| 3.1                  | Gambar desain penelitian pre post design with control group | 64         |
| 3.2                  | Skema kerangka kerja penelitian                             | 79         |
| 3.3                  | Ringkasan alur penerapan spiritual leadership               | 80         |

## DAFTAR LAMPIRAN

---

|             |  |
|-------------|--|
| Lampiran 1  | Kuesioner A dan B                                  |
| Lampiran 2  | Kesediaan menjadi Responden                        |
| Lampiran 3  | Permohonan menjadi Responden                       |
| Lampiran 4  | Modul <i>Spiritual Leadership</i>                  |
| Lampiran 5  | Proposal Pelatihan <i>Spiritual Leadership</i>     |
| Lampiran 6  | Ethical Clearance                                  |
| Lampiran 7  | Surat-Surat Perijinan Penelitian                   |
| Lampiran 8  | Berita Acara Penerapan <i>Spiritual Leadership</i> |
| Lampiran 9  | Dokumentasi Pelatihan <i>Spiritual Leadership</i>  |
| Lampiran 10 | Hasil Pengolahan Data                              |

---

## ABSTRAK

### **Pengaruh *Spiritual Leadership* Terhadap Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Di RSUD H. Dr. Soewondo Kendal**

Kinerja perawat yang belum optimal dalam asuhan keperawatan akan berdampak terhadap mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit. Kepemimpinan merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan suatu organisasi dalam mencapai tujuannya. Pelayanan keperawatan di rumah sakit membutuhkan pemimpin yang efektif. Salah satu model kepemimpinan yang mampu menjawab masalah kepemimpinan dalam organisasi adalah *spiritual leadership* guna mengoptimalkan kinerja perawat. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di RSUD Dr. H Soewondo Kendal.

Jenis penelitian ini adalah penelitian *quasi eksperimen pre and post design with control group*. Penelitian ini menggunakan dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Subjek penelitian 48 responden yang dipilih berdasarkan *propotional random sampling*. Analisis yang digunakan univariat, bivariat dengan *independenten t test* dan *paired t test*.

Kelompok intervensi diberikan penerapan *spiritual leadership* menunjukkan peningkatan kinerja perawat 29.63 poin dan adanya pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dengan *p value* 0.001. Pada kelompok yang tidak diterapkan *spiritual leadership* mengalami penurunan rerata 0.34 poin, tidak ada perbedaan kinerja perawat sebelum dan setelah penerapan *spiritual leadership*, *p value* 0.892. Dengan memberikan penerapan *spiritual leadership* akan meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

**Kata kunci:** kinerja perawat, *spiritual leadership*

## ABSTRACT

### Spiritual Leadership Influence on Performance Implement Nursing Care Nurses In The Hospital H. Dr. Soewondo Kendal

The performance of nurses have an impact on the quality of hospital nursing services. External factors that affect performance is leadership. nursing services in hospitals requires an effective leader. One model of leadership that there is a spiritual leadership in order to optimize the performance of nurses. The purpose of this study was to determine whether there is the effect of applying the spiritual leadership of the nurse's performance in implementing the nursing care at the Hospital Dr. H Soewondo Kendal.

This research is a quasi experimental study pre and post design with control group. This study used two groups: the intervention group and the control group. 48 research subjects respondents were selected based on proportional random sampling. The analysis used univariate, bivariate with independent t test and paired t Test.

The intervention group was given the application of spiritual leadership showed a mean increase of 29.63 and the application of spiritual leadership influence on the performance of nurses with p value 0.001. In the group that did not apply spiritual leadership mean decreased 0.34, there was no difference in the performance of nurses before and after 5 weeks of assistance for the implementation of spiritual leadership, the measurement of the performance of the post test p value 0.892. The application of spiritual leadership will improve the performance of nurses in providing nursing care.

Keywords: performance nurses, spiritual leadership

## **^BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan berbagai jenis pelayanan yang padat teknologi, padat karya, dan padat profesi serta elemen-elemen sumber daya manusia.<sup>1,4</sup> Pelayanan kesehatan yang profesional dan berkualitas di rumah sakit merupakan hasil kerjasama seluruh komponen sumber daya manusia yang ada dalam organisasi.<sup>2,3</sup> Perawat sebagai salah satu bagian dari sumber daya manusia di rumah sakit berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.<sup>3,13.</sup>

Pelayanan keperawatan menjadi posisi yang sangat penting dalam pelayanan rumah sakit karena secara kuantitas melakukan praktik asuhan keperawatan selama 24 jam penuh.<sup>4,1,3</sup> Sepertiga dari keseluruhan kegiatan di rumah sakit adalah kegiatan perawat, hal ini berarti sepertiga kualitas pelayanan di rumah sakit di pengaruhi oleh perawat. Perawat adalah tenaga profesional yang diberikan wewenang untuk melaksanakan pelayanan keperawatan.<sup>1,3</sup>

Perawat bertugas memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar praktik profesi yang mengacu pada tahap proses keperawatan, yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Kinerja merupakan bentuk nyata dari kesuksesan atau kegagalan sumber daya manusia dalam menunjukkan hasil kerjanya.<sup>5,3,12.</sup> Penilaian

kinerja merupakan proses kontrol kerja sumber daya manusia yang dievaluasi berdasarkan standar tertentu.<sup>12,13</sup> Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja itu ada tiga yaitu faktor individu, faktor psikologis dan faktor organisasi. Faktor individu meliputi Kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografis. Faktor psikologis terdiri dari persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Faktor organisasi berakibat tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja sumber daya manusia yaitu terdiri dari imbalan, struktur dan desain pekerjaan, supervisi dan kepemimpinan.<sup>24,2.</sup>

Menilai kinerja perawat salah satunya adalah dengan melakukan penilaian terhadap kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Asuhan Keperawatan (SAK).<sup>27,30</sup> Penerapan standar kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dapat menggunakan pendekatan secara umum dan khusus. Pendekatan secara umum sebagai berikut: 1) Standar struktur: yaitu filosofi, tujuan, tata kerja organisasi, fasilitas dan kualifikasi perawat 2) Standar proses: berorientasi pada perawat, khususnya; metode, prinsip dan strategi yang digunakan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar proses berhubungan dengan semua kegiatan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan 3) Standar hasil: berorientasi pada perubahan status kesehatan klien, berupa uraian kondisi klien yang diinginkan dan dapat dicapai sebagai hasil tindakan keperawatan.<sup>7,1.</sup>

Menurut *Assosiation Nurse America* (ANA) pengukuran hasil pelaksanaan asuhan keperawatan mempunyai 10 indikator mutu yaitu ; 1) angka infeksi nosokomial 2) angka kejadian bahaya pada pasien (*patient injury*) 3) kepuasan pasien tentang pelaksanaan asuhan keperawatan 4) kepuasan pasien tentang manajemen nyeri 5) kepuasan pasien tentang pemberian pendidikan kesehatan 6) kepuasan pasien tentang asuhan kesehatan 7) pemeliharaan integritas kulit 8) kepuasan perawat 9) komposisi registration ners (RN) dan pembantu keperawatan pada praktik asuhanan 10) jumlah jam perawatan perhari per pasien.<sup>30,1,4.</sup>

Berdasarkan data *surveillance* di Amerika Serikat infeksi nosokomial menyebabkan *length of stay* (LOS) bertambah 5-10 hari, angka kematian pasien lebih tinggi 6% dibanding yang tidak terkena infeksi nosokomial dan biaya perawatan tambahan akibat infeksi nosokomial sebesar US\$ 1.000.000/tahun. Angka kejadian infeksi nosokomial di dunia semakin tinggi yaitu 5% per tahun atau 9 juta dari 190 juta pasien yang dirawat. Survey yang dilakukan WHO (2010) terhadap 55 rumah sakit yang ada di 14 negara menunjukkan 8,7% dari rumah sakit tersebut terdapat pasien dengan infeksi nosokomial dan 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi akibat perawatan di rumah sakit.

*Institute of Medicine* (IOM) di Amerika Serikat pada tahun 2000 menerbitkan laporan *To Err Is Human : Building a Safer Health System*. Penelitiannya di rumah sakit di Utah, Colorado New York ditemukan KTD sebesar 2,9% dan 6,6% diantaranya meninggal, sedangkan di New York

ditemukan 3,7% kejadian tidak diharapkan (KTD) dan 13,6% meninggal. Angka kematian akibat KTD pada pasien rawat inap diseluruh Amerika Serikat yang berjumlah 33,6 juta per tahun berkisar 44.000 sampai 98.000 dilaporkan meninggal setiap tahunnya.<sup>42</sup>

Hasil *surveillance* di Rumah Sakit Haji Jakarta periode januari-juni 2014 ditemukan angka kejadian phlebitis 34.53% (tertinggi di ICCU/ICU 10.77%). Standard angka kejadian infeksi nosokomial di rumah sakit adalah 1.5%.<sup>8</sup> Data yang di peroleh dari laporan per semester II periode Juni sampai Desember 2014 dari dinas kesehatan kota Semarang berkaitan dengan hasil kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien sebagian besar 78% pasien menyatakan tidak puas dengan pelayanan yang di berikan di rumah sakit, sedangkan puas 4,4% dan yang menyatakan lebih puas 17,6%.

Tahun 2014 semester akhir jumlah pasien yang pulang paksa sebanyak 5400 pasien. Data terakhir infeksi nosokomial pada tahun 2014 menunjukkan hasil yang belum memuaskan 6,15% adapun data infeksi nosokomial adalah: a) Pneumonia: 0,035%, b) Sepsis: 1,3%, c) Dekubitus: 3,01% dan Phlebitis: 1,80%. Tahun 2014 bulan Januari hingga Juni jumlah pasien jatuh 0,98%.<sup>21</sup> Dari data-data yang didapatkan diatas menunjukkan bahwa hasil kinerja perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan belum tercapai secara optimal. Kepemimpinan diyakini merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan suatu organisasi, termasuk rumah sakit dalam mencapai tujuannya. Konsep *spiritual leadership* merupakan konsep

kepemimpinan universal yang adaptif untuk menjawab tantangan abad 21 yang syarat dengan perubahan, yang tidak terjawab oleh kepemimpinan organisasi saat ini yang terlalu banyak birokratis.<sup>15,50</sup>

Menurut Tabroni rumah sakit merupakan *nobel industry*. *Nobel industry* (industry mulia) yaitu lembaga-lembaga yang mengemban misi ganda yaitu profit dan sosial. Lembaga tersebut diantaranya lembaga pendidikan, rumah sakit, lembaga riset/kajian dan Lembaga Swadana Masyarakat (LSM). Seorang pemimpin nobel industry tidak hanya diperlukan profesionalisme yang tinggi tetapi harus juga memiliki niat suci dan mental yang kuat.<sup>15,14.</sup>

Rumah sakit membutuhkan pemimpin yang efektif, yaitu pemimpin yang mempunyai kemampuan mempengaruhi perilaku anggotanya atau bawahannya.<sup>3,12.</sup> Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal.<sup>1,4.</sup> Peran kepemimpinan yang sangat strategis dan penting bagi pencapaian misi, visi dan tujuan suatu rumah sakit. Kualitas dari pemimpin seringkali dianggap sebagai faktor terpenting dalam keberhasilan atau kegagalan suatu rumah sakit.<sup>4,1.</sup>

*Spiriual Leadership* diyakini sebagai solusi terhadap krisis kepemimpinan saat ini.<sup>15,44,47.</sup> *Spiritual leadership* adalah suatu kepemimpinan yang menggunakan model motivasi *intrinsic* yang menggabungkan adanya visi, harapan/keyakinan, dan *altruistic love*.<sup>15,44,47</sup> Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fry dan Cohen, dengan *Spiritual*

*Leadership* dapat membantu berkembangnya nilai kemanusiaan yang positif, psikologis dan keadaan spiritual yang bermuara pada tercapainya komitmen organisasi, produktivitas dan kinerja organisasi yang menyeluruh<sup>11</sup>.

Hasil penelitian Nurfika Asmaningrum menunjukkan bahwa komitmen organisasi pada perawat sesudah penerapan spiritual leadership pada kelompok yang diterapkan *spiritual leadership* menunjukkan adanya perubahan atau kenaikan yang bermakna sebesar 10.85% dibandingkan komitmen organisasi sebelum diterapkan, hasil ini menunjukkan bahwa *spiritual leadership* memberikan pengaruh yang bermakna pada komitmen organisasi perawat sebelum dan sesudah penerapan *spiritual leadership* di rumah sakit Islam Surabaya (p value=0.000).<sup>23</sup>

*Spiritual leadership* merupakan sebuah paradigma baru dalam transformasi dan perkembangan organisasi yang didesain untuk mendorong terciptanya motivasi internal dalam suatu organisasi.<sup>14,15</sup> Penerapan *Spiritual Leadership* dibidang pelayanan kesehatan akan menginspirasi dan memotivasi sumber daya manusia dalam mencapai visi dan tujuan organisasi yang didasarkan pada nilai-nilai budaya organisasi, yang pada akhirnya juga akan dapat menghasilkan perawat yang memiliki kemampuan yang optimal dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara produktif.<sup>12,3</sup>

*Spiritual leadership* yang diterapkan di rumah sakit diyakini mampu membangkitkan motivasi perawat yang selanjutnya dapat meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan yang menjadi pekerjaan utama seorang perawat.<sup>23,44,47</sup> Salah satu hal yang berkaitan dengan efektifitas sebuah

kepemimpinan di tempat kerja yaitu pentingnya untuk menanamkan nilai moral dan spiritual pada seluruh perawat. Kepuasan terkait dengan terpenuhinya kebutuhan spiritual di rumah sakit akan memberikan pengaruh yang positif pada kesehatan pasien dan psikologis serta dapat di jadikan sebuah landasan penerapan *Spiritual leadership*.<sup>23,44,47.</sup>

Fenomena yang diuraikan diatas menunjukkan adanya pengaruh yang cukup bermakna tentang pentingnya *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan oleh karena itu metode ini perlu dikaji lebih mendalam dan perlu dikembangkan melalui proses riset yang berkelanjutan. Penelitian tentang penerapan *Spiritual Leadership* akan dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. H Soewondo Kendal, sebagai salah satu rumah yang menjadi rujukan masyarakat kota Kendal dan sekitarnya. RSUD Dr. H Soewondo Kendal merupakan rumah sakit type B di kabupaten Semarang.

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 9 Januari 2015 mendapatkan hasil sebagai berikut: jumlah perawat yang berada di RSUD Dr. H Soewondo Kendal sebanyak 135 Orang yang terdiri dari 112 perawat dan 23 bidan. Latarbelakang pendidikan perawat SPK sejumlah 12 perawat, D3 Keperawatan sejumlah 76 orang perawat, sarjana dan profesi ners sejumlah 4 orang Perawat, Kebidanan sejumlah 23 orang dan perawat gigi sejumlah 4 orang perawat. Dari hasil penyebaran kuesioner tanggal 8 Maret 2015 kepada 20 pasien mengenai kepuasan terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan menunjukkan 72% pasien tidak

puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan perawat, dan 38% pasien puas terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Hasil wawancara dengan Kepala bidang keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H Soewondo Kendal pada tanggal 19 maret 2015 mengenai gaya kepemimpinan yang sedang berlangsung saat ini, beliau menyampaikan bahwa gaya kepemimpinan yang berjalan saat ini adalah gaya kepemimpinan situasional belum pernah menerapkan *Spiritual Leadership* dalam bidang umum maupun dalam bidang keperawatan, sedangkan mengenai penilaian output berdasarkan mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang terdiri dari angka kejadian infeksi nosokomial, kepuasan pelanggan, pulang paksa, dan angka rujukan.

Data terakhir infeksi nosokomial pada tahun 2014 menunjukkan hasil yang belum memuaskan karena 4,45% adapun data infeksi nosokomial adalah : a) Pneumonia : 0,20%, b) Sepsis : 0,35%, c) Dekubitus : 2,20% dan Phlebitis : 1,55%. Angka pasien jatuh 0,45%, angka kejadian pasien pulang paksa 48%. Data untuk kelengkapan pendokumentasian secara keseluruhan yang dilakukan perawat 63,82% sudah lengkap terisi. Kelengkapan format pengkajian 89,23%, format diagnosa 68,20%, kelengkapan pendokumentasian perencanaan 55,86%, kelengkapan pendokumentasian proses evaluasi 43,26%. Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh *spiritual leadership* terhadap

kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H Soewondo Kendal.

## **B. Rumusan Masalah**

Apakah penerapan *Spiritual leadership* dapat meningkatkan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H Soewondo Kendal.

## **C. Tujuan Penelitian**

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di RSUD Dr. H Soewondo Kendal.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mendiskripsikan karakteristik perawat di RSUD Dr.H Soewondo Kendal
- b. Mendiskripsikan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebelum diterapkan *spiritual leadership* di RSUD Dr. H Soewondo Kendal.
- c. Mendiskripsikan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan setelah diterapkan *spiritual leadership* di RSUD Dr. H Soewondo Kendal
- d. Menganalisa pengaruh *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di RSUD Dr. Soewondo Kendal

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Praktis**

a. Bagi kepala ruang

Dengan adanya penelitian ini diharapkan menjadi masukan bagi kepala ruang terkait dengan gaya kepemimpinan yang dapat meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

b. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk memperbaiki kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien.

c. Bagi Tempat Penelitian

Dapat memberikan masukan gaya kepemimpinan yang sesuai yang dapat meningkatkan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien sehingga tingkat kepuasan pasien dapat tercapai.

d. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi, referensi dan menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang *spiritual leadership* dalam bidang keperawatan.

## 2. Manfaat Teoritis (Keperawatan)

Dapat mengembangkan ilmu keperawatan khususnya dalam bidang manajemen dan pelayanan keperawatan agar dapat menjadi profesi yang bermutu dan diakui oleh profesi lain dan masyarakat.

## E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1  
Penelitian terkait tentang *Spiritual Leadership*

| No | Peneliti, Tahun, Judul   | Metode   | Hasil  |
|----|--|--|--|
| 1  | Riska Fii Ahsani, 2013, Pengaruh kepemimpinan spiritual pada manajemen karir dan produktifitas karyawan.   | Structural Equations Models (SEM).                               | Kepemimpinan spiritual berpengaruh positif pada meaning dan membership dan menunjukkan pengaruh positif yang signifikan pada produktifitas karyawan  |
| 2  | Achmad Sani, 2009, Penerapan kecerdasan spiritual terhadap kinerja perawat.  | <i>Quasi experiment pre-post design with control group.</i>      | Kecerdasan emosional berpengaruh signifikan terhadap kecerdasan spiritual terhadap kepemimpinan.   |
| 3  | Nurfika A, 2009, penerapan <i>spiritual leadership</i> terhadap komitmen organisasi pada perawat.  | <i>Quasi experiment pre-post test design with control group.</i> | Terdapat pengaruh yang signifikan dari penerapan <i>spiritual leadership</i> terhadap komitmen organisasi pada perawat   |
| 4  | Umar, 2013 Pengaruh <i>spiritual leadership</i> terhadap perilaku etis, kualitas kehidupan kerja, komitmen organisasi karyawan.  | Structural Equations Models (SEM).                               | kepemimpinan spiritual berpengaruh terhadap kinerja karyawan melalui perilaku etis dan komitmen organisasional.  |
| 5  | Ahsani, 2010 pengaruh kepemimpinan spiritual pada manajemen karir dan produktifitas dengan <i>calling</i> dan <i>membership</i> sebagai mediasi di pegawai negeri sipil pemerintah Kabupaten Sukoharjo | Structural Equations Models (SEM).                               | <i>spiritual leadership</i> berpengaruh signifikan terhadap <i>calling</i> , <i>spiritual leadership</i> berpengaruh signifikan terhadap <i>membership</i> dan <i>spiritual leadership</i> berpengaruh signifikan terhadap komitmen organisasi |

Beberapa perbedaan penelitian ini dengan sebelumnya, antara lain metode penelitian *Quasi Experiment Pre and post test design with control group*. Lokasi penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H Soewondo Kendal untuk kelompok Intervensi dan Rumah Sakit Umum Daerah dr. R Soedjati Seomodiardjo Purwodadi untuk kelompok kontrol karena mempunyai karakteristik sama yaitu tipe B non kependidikan yang berada di daerah kabupaten dan mempunyai karakteristik perawat yang sama atau homogen yaitu sebagian besar jenis kelamin perawat perempuan, status pegawai tetap, status pernikahan sudah menikah, dan sebagian besar berpendidikan D3 Keperawatan.

Jenis instrument dan jumlah sampel yang digunakan juga berbeda dengan penelitian sebelumnya. Instrumen yang digunakan berupa kuesioner tentang Kinerja perawat yang jumlah 32 pertanyaan tertutup. Jumlah sampel yang digunakan 24 perawat dari kelompok intervensi dan 24 perawat dari kelompok kontrol jadi jumlah sampel keseluruhan adalah 48 perawat pelaksana.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan menguraikan tentang konsep kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan *dan Spiritual leadership*. Serta integrasi kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan *spiritual leadership*.

#### **A. Tinjauan Teori**

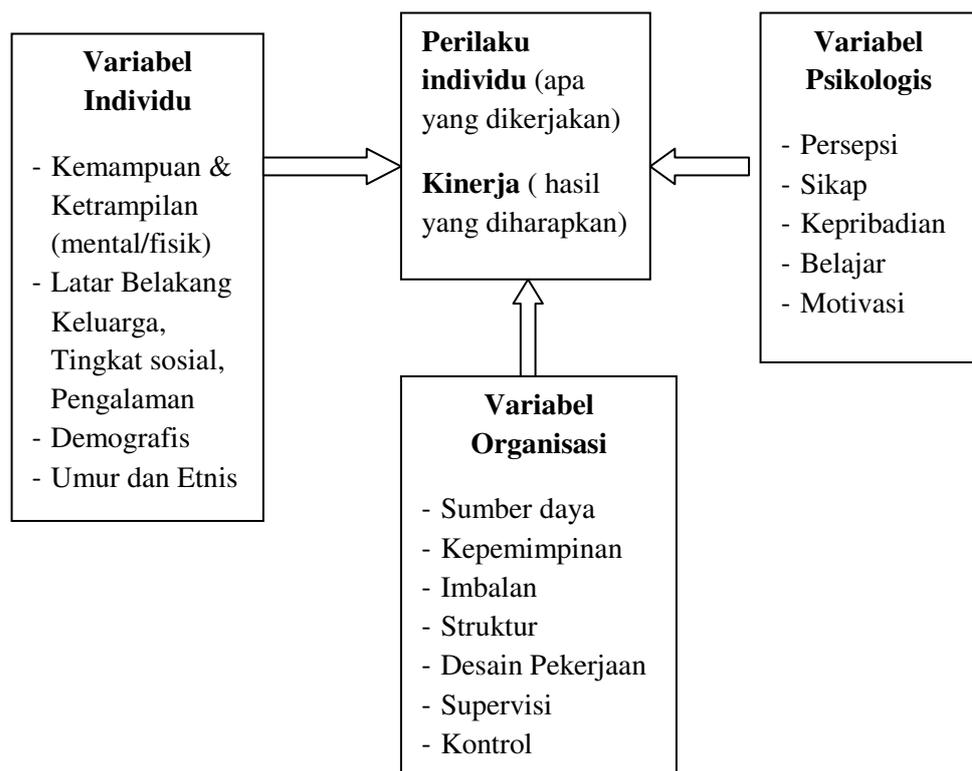
##### **1. Kinerja**

###### **a. Model Teori Kinerja**

Faktor yang mempengaruhi kinerja personal secara teori ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja yaitu : variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran atau suatu jabatan atau tugas.<sup>24,10</sup> Gibson menyampaikan model teori kinerja dan melakukan analisis terhadap sejumlah variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja adalah individu, perilaku, psikologi dan organisasi.

Variabel individu terdiri dari kemampuan dan ketrampilan, latarbelakang, dan demografi. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu. variabel demografis mempunyai efek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu, variabel psikologis terdiri dari persepsi, sikap,

kepribadian, belajar, dan motivasi. Variabel banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya. Adapun uraian dari masing-masing variabel dapat dilihat pada diagram berikut ini :



**Skema 2.1**

**Sumber : Gibson, Ivancevich (2006)**

Robbin (2006) menyatakan bahwa karakteristik individu seperti umur, lama kerja, dan status perkawinan dapat mempengaruhi kinerja individu. Faktor jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan dan lama kerja memiliki hubungan dengan kinerja perawat.<sup>2,23,24</sup>.

a). Umur

Umur dikaitkan dengan produktivitas kerja karena ada keyakinan

bahwa kinerja dan produktivitas akan menurun dengan bertambahnya umur, dengan alasan: menurunnya kecepatan, kecekatan, dan kekuatan, meningkatnya kejenuhan dan kurangnya rangsangan intelektual.

b). Jenis Kelamin

Perbedaan jenis kelamin tidak memiliki perbedaan yang signifikan dalam produktivitas kerja. Perbedaan cenderung pada faktor psikologis wanita yang berbeda dalam mematuhi otoritas, dan pria yang cenderung lebih agresif didalam penghargaan sukses dibandingkan wanita

c). Lama Kerja

Faktor lama kerja dikaitkan dengan hubungan senioritas atau anggapan bahwa semakin lama seseorang bekerja semakin lebih berpengalaman dan berpengaruh terhadap produktivitas kerja.

d). Pendidikan

Penelitian menunjukkan bahwa terdapat suatu hubungan positif antara taraf pendidikan dengan kinerja. Tingkat pendidikan merupakan faktor yang mempunyai hubungan paling dominan dengan kinerja perawat

e) Status Perkawinan

Status perkawinan karyawan sangat berpengaruh terhadap motivasi dalam bekerja. Hasil penelitian diketahui bahwa perawat yang telah menikah cenderung lebih mudah puas dalam pekerjaan dibandingkan dengan karyawan yang belum menikah. Hal ini dikarenakan orang yang sudah menikah cenderung memenuhi kebutuhan tingkat dasar,

yaitu kebutuhan sandang, pangan, papan, dan kesejahteraan individu.

Adapun faktor dari luar yang bisa mempengaruhi kinerja sumber daya manusia adalah sebagai berikut ini.<sup>25,24,2.</sup>

a) Struktur dan desain pekerjaan

Merupakan daftar pekerjaan mengenai kewajiban-kewajiban pekerja dan mencakup kualifikasi artinya merinci pendidikan dan pengalaman minimal yang diperlukan bagi seorang pekerja untuk melaksanakan kewajiban dari kedudukannya secara memuaskan. Desain pekerjaan yang baik akan mempengaruhi pencapaian kerja seseorang. Faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi kerja sumber daya manusia yaitu motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi fisik pekerjaan, sistem kompensasi, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis dan perilaku sumber daya manusia.<sup>24,2.</sup>

b) Imbalan

Imbalan merupakan balasan jasa yang diberikan oleh instansi kepada tenaga kerja, dan imbalan jasa tidak hanya sekedar hak dan kewajiban, tetapi yang paling penting adalah imbalan yang diberikan merupakan daya pendorong, semangat untuk bekerja. Pemberian imbalan jasa akan meningkatkan kinerja perawat, maka jika instansi ingin meningkatkan kinerja perawat, harus menambah imbalan jasa yang diterima oleh perawat.<sup>24,2</sup> Menurut Nursalam, bahwa rendahnya imbalan jasa bagi pekerja selama ini sangat mempengaruhi kinerja

perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Imbalan merupakan pembayaran yang diterima dan tingkat kesesuaian antara pembayaran tersebut dengan pekerjaan yang dilakukan.

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi imbalan jasa terhadap kinerja perawat yaitu secara langsung ataupun tidak langsung yang menentukan tinggi rendahnya imbalan jasa antara lain: kondisi pasar yang dapat dikatakan tidak stabil, harga bahan-bahan makanan dan biaya hidup sangat tinggi, mempengaruhi kepada kehidupan banyak orang<sup>24,2,9</sup>.

c) Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah suatu proses mempengaruhi orang lain dalam mencapai tujuan.<sup>24,9</sup> Sedangkan menurut *Army Departement of Headquarters USA*, kepemimpinan adalah kemampuan mempengaruhi orang-orang dengan menetapkan tujuan, memberi pengarahan atau perintah dan motivasi sehingga secara operasional tujuan tercapai dan meningkatkan keberadaan organisasi. Seorang pemimpin dalam melaksanakan tugas pokoknya dipengaruhi sikap dan karakter bawahan, karakter organisasi dan lingkungan sekitarnya.

Fungsi pemimpin meliputi kegiatan membuat hubungan, mempengaruhi bawahan, membuat keputusan dan membuat kemudahan. Menurut Gibson faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu variabel individu, variabel psikologi dan variabel organisasi. Salah satu sub variabel organisasi yaitu kepemimpinan yang tercermin

dalam gaya kepemimpinan<sup>2,10,9,13</sup>.

d) Pengendalian/ *controlling*

Pengendalian (*controlling*) yaitu kegiatan membandingkan hasil kerja dengan standar penampilan kerja yang diinginkan dan mengambil kegiatan perbaikan bila ada kekurangan. Pengendalian pelayanan keperawatan adalah upaya untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan secara bersinambungan.<sup>24,2,10</sup> Fungsi pengendalian menjamin hasil aktual konsistensi dengan perencanaan.

## 2. Asuhan Keperawatan

a. Pengertian

Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya.<sup>1,7,27</sup> Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan<sup>1,4,7</sup>.

b. Tujuan asuhan keperawatan

Adapun tujuan dalam pemberian asuhan keperawatan antara lain:

- 1) Membantu individu untuk mandiri
- 2) Mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan
- 3) Membantu individu mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatannya.
- 4) Membantu individu memperoleh derajat kesehatan yang optimal

c. Fungsi proses keperawatan

Proses Keperawatan berfungsi sebagai berikut:

- 1) Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
- 2) Memberi ciri profesionalisasi asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah dan pendekatan komunikasi yang efektif dan efisien.
- 3) Memberi kebebasan pada klien untuk mendapat pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dalam kemandirianya di bidang kesehatan.

d. Standar asuhan Keperawatan

1) Pengertian

Standar Asuhan Keperawatan adalah uraian pernyataan tingkat kinerja

yang diinginkan, sehingga kualitas struktur, proses dan hasil dapat dinilai. Standar asuhan keperawatan berarti pernyataan kualitas yang diinginkan dan dapat dinilai pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien/klien. Hubungan antara kualitas dan standar menjadi dua hal yang saling terkait erat.<sup>4,7</sup>

## 2) Tujuan Standar asuhan Keperawatan

Secara umum standar praktek keperawatan ditetapkan untuk meningkatkan asuhan atau pelayanan keperawatan dengan cara memfokuskan kegiatan atau proses pada usaha pelayanan untuk memenuhi kriteria pelayanan yang diharapkan. Penyusunan standar praktek keperawatan berguna bagi perawat, rumah sakit/institusi, klien, profesi keperawatan dan tenaga kesehatan lain. Berikut ini penjabaran kegunaannya:

### (a) Perawat

Standar praktek keperawatan digunakan sebagai pedoman untuk membimbing perawat dalam penentuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan terhadap klien dan perlindungan dari kelalaian dalam melakukan tindakan keperawatan dengan membimbing perawat dalam melakukan tindakan keperawatan yang tepat dan benar.

### (b) Rumah sakit

Dengan menggunakan standar praktek keperawatan akan meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan keperawatan dapat menurun dengan singkat waktu perawatan di rumah sakit.

Dengan perawatan yang tidak lama maka biaya yang ditanggung klien dan keluarga menjadi ringan.

(c) Profesi

Sebagai alat perencanaan untuk mencapai target dan sebagai ukuran untuk mengevaluasi penampilan, dimana standar sebagai alat pengontrolnya.

(d) Tenaga kesehatan lain

Untuk mengetahui batas kewenangan dengan profesi lain sehingga saling menghormati dan bekerja sama secara baik

3) Penerapan Standar Praktek Keperawatan

Penerapan standar praktek asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan secara umum dan khusus. Pendekatan secara umum menurut Jernigan and Young adalah sebagai berikut: a) Standar struktur: berorientasi pada hubungan organisasi keperawatan (semua level keperawatan) dengan sarana/institusi rumah sakit. Standar ini terdiri dari: filosofi, tujuan, tata kerja organisasi, fasilitas dan kualifikasi perawat b) Standar proses: berorientasi pada perawat, khususnya; metode, prinsip dan strategi yang digunakan perawat dalam asuhan keperawatan. Standar proses berhubungan dengan semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan c) Standar hasil: berorientasi pada perubahan status kesehatan klien, berupa uraian kondisi klien yang diinginkan dan dapat dicapai

sebagai hasil tindakan keperawatan.

#### 4) Tugas dan wewenang Perawat

Sesuai dengan undang-undang nomer 38 tahun 2014 tentang Keperawatan Pasal 29 Ayat (1) yang berisi Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, Perawat bertugas sebagai:

- (a) pemberi asuhan keperawatan;
- (b) penyuluh dan konselor bagi Klien;
- (c) pengelola Pelayanan Keperawatan;
- (d) peneliti Keperawatan;
- (e) pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- (f) pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Sedangkan Undang-undang nomer 38 Tahun 2014 pasal 30 Ayat (1) berisi tentang Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan, Perawat berwenang:

- (a) melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik;
- (b) menetapkan diagnosis Keperawatan;
- (c) merencanakan tindakan Keperawatan;
- (d) melaksanakan tindakan Keperawatan;
- (e) mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan;
- (f) melakukan rujukan;
- (g) memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai

dengan kompetensi;

- (h) memberikan konsultasi Keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter;
- (i) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling; dan
- (j) melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada Klien sesuai dengan resep tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Ayat (2); Dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan di bidang upaya kesehatan masyarakat, Perawat berwenang:

- (a) melakukan pengkajian Keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat;
- (b) menetapkan permasalahan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- (c) membantu penemuan kasus penyakit;
- (d) merencanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- (e) melaksanakan tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- (f) melakukan rujukan kasus;
- (g) mengevaluasi hasil tindakan Keperawatan kesehatan masyarakat;
- (h) melakukan pemberdayaan masyarakat;
- (i) melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
- (j) menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;
- (k) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling;

(l) mengelola kasus; dan

(m) melakukan penatalaksanaan Keperawatan komplementer dan alternatif.

Undang-undang nomer 38 tahun 2014 pasal 31 ayat (1) berisi tentang; Dalam menjalankan tugas sebagai penyuluh dan konselor bagi klien, Perawat berwenang:

(a) melakukan pengkajian Keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat;

(b) melakukan pemberdayaan masyarakat;

(c) melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat;

(d) menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat;

(e) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.

Undang-undang nomer 38 Tahun 2014 Pasal 31 ayat (2) berisi: Dalam menjalankan tugasnya sebagai pengelola Pelayanan Keperawatan, Perawat berwenang:

(a) melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan;

(b) merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi Pelayanan Keperawatan;

(c) dan mengelola kasus.

Pasal 31 Ayat (3) Dalam menjalankan tugasnya sebagai peneliti Keperawatan, Perawat berwenang:

(a) melakukan penelitian sesuai dengan standar dan etika;

- (b) menggunakan sumber daya pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan atas izin pimpinan; dan
- (c) menggunakan pasien sebagai subjek penelitian sesuai dengan etika profesi dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5) Indikator Mutu Asuhan Keperawatan

Indikator mutu menjadi pengukuran hasil asuhan keperawatan yang diberikan. Menurut *America Nurse Associanations* dalam Marquis and Huston (2000) terdapat sepuluh (10) indikator mutu asuhan keperawatan yaitu;

- (a) Angka infeksi nosokomial
- (b) Angka kejadian bahaya pada pasien (patient injury)
- (c) Kepuasan pasien tentang kepuasan asuhan keperawatan
- (d) Kepuasan pasien tentang manajemen nyeri
- (e) Kepuasan pasien tentang pemberian pendidikan kesehatan
- (f) Kepuasan pasien tentang asuhan kesehatan
- (g) Pemeliharaan integritas kulit
- (h) Kepuasan perawat
- (i) Komposisi *Regisration Nurse* (RN) dan pembantu keperawatan pada pemberian asuhan keperawatan
- (j) Jumlah jam perawatan per hari per pasien.

6) Pemberian asuhan sesuai standar asuhan keperawatan

Pemberian asuhan keperawatan harus sesuai dengan standar praktik yang sudah ditetapkan. Standar praktik yang diacu saat ini adalah

yang dikeluarkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Standar praktik tersebut meliputi:

- (a) Standar I: perawat mengumpulkan data tentang kesehatan
- (b) Standar II: perawat menetapkan diagnose keperawatan
- (c) Standar III: perawat mengidentifikasi hasil yang diharapkan untuk setiap pasien
- (d) Standar IV: perawat mengembangkan rencana keperawatan yang berisi rencana tindakan untuk mencapai hasil yang diharapkan.
- (e) Standar V: perawat mengimplementasikan tindakan yang sudah ditetapkan dalam rencana keperawatan.
- (f) Standar VI; Perawat mengevaluasi perkembangan pasien dalam mencapai hasil yang sudah ditetapkan.

7) Kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan

Dalam mewujudkan pelayanan keperawatan diperlukan beberapa komponen yang harus dilakukan oleh tim keperawatan yang akan menfokuskan dalam kinerja perawat yaitu :

a) Sikap dan *caring* perawat

Asuhan keperawatan yang optimal dapat diberikan oleh perawat apabila perawat memperlihatkan sikap *caring* kepada pasien, dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat menggunakan keahlian, kata-kata yang lemah lembut, sentuhan

dengan penuh kasih, memberikan harapan, selalu berada disamping pasien dan bersikap *caring* sebagai media pemberi asuhan keperawatan<sup>4,30</sup>.

*Caring* berarti mengandung tiga hal yang tidak bisa dipisahkan yaitu perhatian, tanggung jawab, dan dilakukan dengan ikhlas. Ide dalam *caring* menyatu dalam hubungan membantu. Seringkali pasien bertanya dalam hati “sejauh mana perawat *care* dengan mereka”. Perasaan bahwa pasien diperhatikan sebagai individu membuat mereka merasa aman meski dalam kondisi sakit/bahaya. Sikap *caring* juga akan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap perawat.<sup>4,30</sup>

Menurut Leddy Papper dalam Sitorus (2011) perilaku *caring* perawat yang baik diantaranya adalah mendengar yang baik, karena mendengar yang baik memberi arti kepada pasien: *you are of value to me, I am interested in you*. Tanpa menjadi pendengar yang baik, pasien tidak akan menjadi terbuka, merasa tidak dihargai dan tidak akan puas. Dengan demikian sikap perawat yang *care* saat berbicara atau komunikasi dengan pasien ialah: 1) berhenti berbicara atau paling tidak berbicara apabila pasien tidak bicara dan jangan mengintrupsi pembicaraan pasien; 2) jauhkan distraksi; 3) liat pasien pada

saat berbicara; 4) perhatikan hal-hal yang utama; 5) evaluasi bagaimana pesan yang sudah pasien berikan; 6) kaji apa yang diabaikan dalam komunikasi tersebut; 7) Evaluasi intensitas emosi yang ditunjukkan. Bersikap *caring* merupakan esensi keperawatan<sup>30,1,4</sup>.

b) Hubungan perawat dan pasien

Hubungan perawat dengan pasien merupakan hubungan terapeutik/professional dan timbal balik yang bertujuan untuk meningkatkan efektifitas hasil intervensi keperawatan melalui suatu proses pembinaan pemahaman tentang dua pihak yang sedang berhubungan. Hubungan professional ini diprakarsai oleh perawat melalui sikap empati dan keinginan berespon dan keinginan untuk menolong pasien. Kualitas hubungan perawat-pasien sangat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.<sup>30,1,7</sup> Proses hubungan perawat dengan pasien terdiri dari empat tahap yaitu 1) tahap prainteraksi : merupakan tahap persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien, perawat mengevaluasi diri tentang kemampuan dan pengalaman yang dimiliki terkait dengan percakapan yang akan dilakukan pada pasien 2) Tahap pengenalan dan orientasi: merupakan kegiatan yang dilakukan

saat pertama kali bertemu dengan pasien, setelah saling memperkenalkan diri perawat berupaya menolong pasien mengidentifikasi masalah yang sedang dihadapi pasien, 3) Tahap kerja: merupakan inti hubungan perawat dengan pasien yang terkait dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai, prinsip-prinsip tindakan sesuai SOP harus dilaksanakan bukan hanya komunikasinya yang utama tetapi dalam melaksanakan SOP dengan komunikasi yang tepat dan bermakna, 4). Tahap terminasi: akhir dari pertemuan dapat sementara atau akhir, terminasi sementara adalah akhir dari setiap pertemuan setiap selesai tindakan keperawatan. Terminasi akhir dilakukan saat pasien pulang dari rumah sakit atau meninggal<sup>1,7,30</sup>.

c) Kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien

Pelayanan dan asuhan keperawatan yang bermutu di pengaruhi oleh kemampuan perawat dalam berespon terhadap keluhan dan masalah pasien serta upaya memenuhi kebutuhan pasien. Masalah pasien sangat unik dan kebutuhannya sangat individual maka perawat harus meningkatkan diri agar selalu memiliki kemampuan dan pengetahuan yang diperlukan dalam

membantu pasien menyelesaikan masalahnya.

Kemampuan perawat memenuhi kebutuhan pasien dapat dipengaruhi beberapa factor antara lain: tingkat ketergantungan pasien, metode penugasan, kelengkapan fasilitas, kewenangan dan kompetensi yang dimiliki oleh tenaga keperawatan sebagai pelaksana dan kemampuan leader keperawatan dalam mengorganisasikan pekerjaan kepada sumber daya manusia yang dikelola. Selain jalur pendidikan secara formal dan informal, kemampuan dan pengetahuan perawat dapat dicapai melalui kegiatan komunitas profesi di rumah sakit. Melalui kegiatan ilmiah antara lain diskusi kasus, pembahasan jurnal keperawatan, artikel/riset dan melakukan riset keperawatan klinik bersama atau individual. Selain itu mentorship atau perseptorship akan dapat membantu mewujudkan situasi kerja yang kondusif untuk belajar bagi semua perawat.<sup>30,7.1</sup>

d) Kolaborasi atau kemitraan

Kolaborasi merupakan suatu pengakuan atas keahlian seseorang di dalam maupun diluar profesinya, meliputi berbagai fungsi serta memfokuskan upayanya terhadap misi yang diemban bersama. Kolaborasi juga merupakan proses interpersonal dimana dua orang atau lebih membuat suatu komitmen untuk

berinteraksi secara konstruktif untuk menyelesaikan masalah pasien dan mencapai tujuan, target atau hasil yang ditetapkan. Kemampuan mewujudkan komitmen untuk berinteraksi secara konstruktif tergantung dari persamaan persepsi, tujuan bersama, kompetensi klinik, kemampuan interpersonal, humor, kepercayaan, menghargai, dan menghormati pengetahuan dan praktik keilmuan yang berbeda. Terwujudnya suatu kolaborasi tergantung pada beberapa kriteria yaitu 1) adanya rasa percaya saling (*trust*) dan menghormati, 2) saling memahami dan menerima keilmuan masing-masing, 3) memiliki citra diri positif, 4) memiliki kematangan profesional yang setara (yang timbul dari pendidikan dan pengalaman), 5) mengakui sebagai mitra kerja bukan bawahan, dan 6) keinginan untuk bernegosiasi. Inti dari hubungan kolaborasi adalah adanya perasaan saling tergantung untuk kerja sama mencerminkan proses koordinasi pekerjaan agar tujuan yang telah ditentukan dapat tercapai. Selain itu menggunakan catatan pasien terintegrasi dapat merupakan suatu alat untuk berkomunikasi antar profesi secara formal tentang asuhan pasien.

e) Kegiatan penjaminan mutu

Asuhan keperawatan yang optimal hanya dapat dijamin dan

dipertahankan apabila disertai dengan kegiatan dan rencana untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan tersebut. Kegiatan menjamin mutu (*quality assurance*) adalah membandingkan antar standar yang telah ditetapkan dengan tingkat pencapaian hasil. Kegiatan jaminan kualitas pelayanan/asuhan keperawatan merupakan kegiatan menilai, memantau, atau mengatur pelayanan yang berorientasi pada pasien. Keberhasilan pelaksanaan kegiatan menjamin mutu dipengaruhi oleh beberapa factor antara lain dukungan dari manajer puncak(pimpinan RS) terutama terkait dengan dukungan biaya dan sumber daya manusia. Selain itu pencapaian criteria keberhasilan perlu disepakati, seandainya institusi menginginkan pelayanan keperawatan adalah pelayanan terbaik di suatu wilayah. Maka standard kriteria keberhasilannya perlu ditetapkan optimal bukan minimal. Kegiatan menjamin mutu dapat meliputi aspek struktur, proses dan output. Kegiatan penilaian dan pemantauan dalam pelayanan keperawatan juga selayaknya diarahkan pada aspek tersebut. Standar pelayanan, kriteria keberhasilan, alat pengukur perlu dikembangkan dan tahapan dalam pelaksanaan menjamin mutu perlu ditetapkan.

Kegiatan jaminan mutu antara lain dengan benchmarking dan manajemen dan kualitas total (*total quality management*). *Benchmarking* atau meneliti praktik terbaik (*best practice research*) adalah kegiatan mengkaji kelemahan tertentu dari institusi dan mengidentifikasi institusi lain yang memiliki keunggulan dalam aspek yang sama. Kegiatan dilanjutkan dengan berkomunikasi, menetapkan kesepakatan kerjasama untuk mendukung dan meningkatkan kelemahan tersebut.

Manajemen kualitas total dilakukan berdasarkan harapan bahwa individu merupakan fokus produksi dan pelayanan. Penanganan manajemen kualitas total adalah mengidentifikasi dan melakukan kegiatan dengan benar, cara yang benar, waktu yang sesuai dan mencegah masalah. Strategi menjamin kualitas sangat menyerap biaya karena proses ini terus menerus, dan setiap subjek maupun kegiatan diarahkan pada peningkatan secara berkesinambungan.

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan oleh para manager keperawatan di rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan yang optimal yaitu persepsi pasien, profesi keperawatan dan pimpinan rumah sakit dan manajer keperawatan untuk meningkatkan mutu yaitu: 1). Perubahan

status rumah sakit menjadi perusahaan jawatan swadana, mulai orientasi pada profit, menekankan efisiensi dan efektifitas. Kualitas pelayanan yang sifatnya kompetitif harus dapat dicapai dalam rentang biaya yang terkendali (*cost containment*), 2) Kemampuan Rumah Sakit dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan khususnya keperawatan, adanya anggaran biaya yang terkendali, pimpinan rumah sakit akan lebih berfokus pada penyediaan pelayanan, 3) pemahaman perawat pelaksanaan tentang sosialisasi visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kurangnya sosialisasi visi, misi, dan tujuan rumah sakit sehingga perawat pelaksana tidak memahami arah dan tujuan yang akan dicapai, 4) ketersediaan tenaga perawat profesional yang mampu melaksanakan asuhan keperawatan profesional terbatas, 5) pemahaman perawat tentang peran yang diembannya 6) metode kombinasi tenaga profesional dengan tenaga nonprofessional.<sup>4,30</sup>

### **3. Kepemimpinan**

#### **a. Pengertian**

Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi orang lain untuk bekerjasama secara produktif dan dalam kondisi yang menyenangkan.<sup>14</sup> Menurut Joseph kepemimpinan adalah sebuah hubungan yang saling mempengaruhi diantara pemimpin dan pengikut (bawahan) yang

menginginkan perubahan nyata yang mencerminkan tujuan bersamanya.<sup>15,22</sup>

J. Robert Clinton dalam bukunya, *The Making of A Leader* dan dimodifikasi oleh Y. Tomatala, dalam bukunya, *Kepemimpinan Yang Dinamis*. Kepemimpinan adalah “suatu proses yang kompleks di mana seseorang mempengaruhi orang-orang lain untuk menunaikan suatu misi, tugas, atau tujuan dan mengarahkan organisasi yang membuatnya lebih kohesif dan koheren.” Mereka yang memegang jabatan sebagai pemimpin akan mempergunakan dan menerapkan proses kepemimpinan (keyakinan, nilai-nilai, etika, karakter, pengetahuan, dan ketrampilan).<sup>16</sup>  
<sup>15,22</sup>. Menurut McGregor, akhirnya ada empat variabel besar yang diketahui sekarang untuk memahami kepemimpinan: 1) karakteristik pimpinan, 2) sikap 3) kebutuhan, karakteristik lainnya dari bawahan, dan 4) keadaan sosial, ekonomi, dan politik lingkungan. McGregor mengatakan bahwa kepemimpinan merupakan hubungan yang sangat kompleks yang selalu berubah dengan waktu seperti perubahan yang terjadi pada manajemen, serikat kerja atau kekuatan dari luar.

#### b. Teori kepemimpinan

Dalam mengembangkan model kepemimpinan terdapat beberapa teori yang mendasari terbentuknya gaya kepemimpinan. Menurut Whitaker dalam bukunya Syaiful anwar (2013), ada empat macam pendekatan kepemimpinan yaitu:

### 1) Teori bakat

Teori bakat terdiri dari bakat intelegensi dan kepribadian. Kemampuan ini merupakan bawaan sejak lahir yang mempunyai pengaruh besar dalam kepemimpinan. Beberapa hal yang menonjol pada teori bakat adalah kepandaian berbicara, kemampuan/keberanian dalam memutuskan sesuatu, penyesuaian diri, percaya diri, kreatif, kemampuan interpersonal dan prestasi yang dapat menjadi bekal dalam membentuk kepemimpinan sehingga seseorang pemimpin dapat mempengaruhi bawahannya

### 2) Teori perilaku

Teori perilaku kepemimpinan memfokuskan pada perilaku yang dipunyai oleh pemimpin dan yang membedakan dirinya dari non pemimpin. Menurut teori ini seorang pemimpin dapat mempelajari perilaku pemimpin supaya dapat menjadi pemimpin yang efektif. Dengan demikian teori perilaku kepemimpinan lebih sesuai dengan pandangan bahwa pemimpin dapat dipelajari, bukan bawaan sejak lahir.

### 3) Teori situasi ( *Contingency*)

Teori situasi mengasumsikan bahwa tidak ada satu gaya kepemimpinan yang paling baik, tetapi kepemimpinan tergantung pada situasi, bentuk organisasi, kekuasaan atau otoriter dari pemimpin, pekerjaan yang kompleks dan tingkat kematangan bawahan.

#### 4) Teori Transformasi

Teori transformasi mengasumsikan bahwa pemimpin mampu melakukan kepemimpinannya dalam situasi yang sangat cepat berubah atau situasi yang penuh krisis. Bass Menyatakan seorang pemimpin transformasional adalah seorang yang dapat menampilkan kepemimpinan yang kharismatik, penuh inspirasi, stimulasi intelektual dan perasaan bahwa setiap pengikut diperhitungkan

#### 5) Teori Spiritual

kepemimpinan yang sangat menjaga nilai-nilai etis dan menjunjung tinggi nilai-nilai spiritual. <sup>22,15</sup> *Spiritual Leader* melakukan pekerjaan dengan cara yang memuaskan hati lewat pemberdayan, memulihkan dan menguntungkan siapa saja yang berhubungan dengannya. *Spiritual Leader* tidak hanya mampu menghadirkan uang, tetapi juga hati dan jiwa dalam bekerja. Mereka terlibat sepenuhnya (*involve*) dalam aktivitas organisasi yang dipimpinnya sebagai bentuk komitmen yang paling dalam yaitu komitmen spiritualitas. <sup>22,15</sup>.

Levin mengatakan bahwa kecerdasan spiritual merupakan puncak kecerdasan (*the highest level of intelligence*) maka kepemimpinan spiritual merupakan kepemimpinan yang menggunakan seluruh kecerdasan atau puncak kecerdasan kepemimpinan. <sup>23,22,15</sup>.

Berikut ini tabel 2.1  
menunjukkan spiritual leadership diantara kepemimpinan yang  
lainnya Menurut Tabroni (2010)

| No | Uraian                           | Transaksional Leadership  | Transformasional Leadership   | Spiritual leadership   |
|----|----------------------------------|---|---|--|
| 1  | Hakekat Kepemimpinan             | Fasilitas, kepercayaan manusia (bawahan)  | Amanat dari sesama manusia  | Ujian, amanat dari Tuhan dan manusia   |
| 2  | Fungsi kepemimpinan              | Untuk membesarkan diri dan kelompoknya atas biaya orang lain melalui kekuasaan      | Untuk memberdayakan pengikut dengan kekuasaan keahlian dan keteladanan        | Untuk memberdayakan dan mencerahkan iman dan hati nurani pengikut melalui jihad (pengorbanan) dan amal shaleh (altruistik) |
| 3  | Etos kepemimpinan                | Mendedikasikan usahanya kepada manusia untuk memperoleh imbalan / posisi yang lebih | Mendedikasikan usahanya kepada sesama untuk kehidupan bersama yang lebih baik | Mendedikasikan usahanya kepada Allah dan sesama manusia (ibadah) tanpa pamrih apapun                                       |
| 4  | Sasaran tindakan kepemimpinan    | Pikiran dan tindakan yang kasat mata  | Pikiran dan hati nurani   | Spiritualitas dan hati nurani  |
| 5  | Pendekatan kepemimpinan          | Posisi dan kekuasaan  | Kekuasaan, keahlian dan keteladanan   | Hati nurani dan keteladanan  |
| 6  | Dalam mempengaruhi yang dipimpin | Kekuasaan, perintah, uang, sistem, mengembangkan interes, transaksional             | Kekuasaan keahlian dan kekuasaan referensi                                    | Keteladanan, mengilhami, membangkitkan, memberdayakan, memanusiakan  |

|   |                     |   |  |  |
|---|---------------------|---|--|--|
| 7 | Cara mempengaruhi   | Menaklukkan jiwa dan membangun kewibawaan melalui kekuasaan | Memenangkan jiwa dan membangun karisma | Memenangkan jiwa, membangkitkan iman                         |
| 8 | Target kepemimpinan | Membangun jaringan kekuasaan                                | Membangun kebersamaan                  | Membangun kasih, menebar kebajikan dan penyalur rahmat Tuhan |

c. *Spiritual Leadership*

Teori *Spiritual Leadership* (SL) ini awalnya dikembangkan oleh Fry pada tahun 2003, yang kemudian dikembangkan lagi pada tahun 2005. Teori SL ini merupakan pengembangan dari teori spiritualitas tempat kerja (*Workplace Spirituality*), yang dikembangkan oleh Giacalone dan Jurkiewicz's teori ini mengajukan suatu dasar bahwa individu membawa keunikan dan spirit individual pada tempat kerjanya, dan orang yang termotivasi oleh kebutuhan spiritual akan mengalami *a sense of transcendence and community* dalam pekerjaannya.

Kepuasan terhadap nilai spiritual ini akan berpengaruh secara positif pada kesehatan *humanisme* dan kesejahteraan psikologis sebagai bentuk pondasi terhadap paradigma baru dalam penerapan *spiritual leadership*.<sup>11</sup> Teori SL ini dapat diterapkan secara universal dalam berbagai setting tempat kerja. Teori ini dapat dipandang sebagai paradigma baru yang muncul didalam konteks yang lebih luas dari

sekedar penerapan konsep spiritual di tempat kerja. Berikut akan diuraikan lebih rinci tentang teori SL ini.

#### 1) Pengertian

Spiritual Leadership dipandang sebagai suatu paradigma dalam perubahan dan pengembangan organisasi yang pada hakekatnya diciptakan untuk membentuk sebuah motivasi intrinsik dari individu, dan mendorong terbentuknya organisasi pembelajar. Fry W menyatakan *Spiritual Leadership* sebagai sebuah nilai, sikap dan perilaku pemimpin strategi yang diperlukan dalam upaya memotivasi diri sendiri maupun orang lain melalui *Calling and membership*, sehingga terbentuk perasaan sejahtera secara spiritual.<sup>11,47,44.</sup>

Giacalone, Jurkiewicz & Fry menyatakan *Spiritual Leadership* dapat pula dipandang sebagai sebuah upaya kekuatan memotivasi yang memungkinkan orang lain untuk menjadi lebih baik, berenergi dan terhubung atau terikat dengan pekerjaannya. Hal ini menjadi sebuah dasar kekuatan untuk menterjemahkan *spiritual survival* ini menjadi sebuah *feelings of attraction*, ketertarikan dan caring terhadap pekerjaan maupun orang dalam lingkungan kerja untuk menjadi lebih berkomitmen, produktif dalam perilaku berorganisasi.

#### 2) Tujuan *spiritual Leadership*

*Spiritual Leadership* ini merupakan salah satu upaya dalam memotivasi dan menginspirasi para pekerja melalui sebuah

penciptaan visi dan budaya yang didasarkan atas nilai-nilai altruistik untuk menghasilkan tenaga kerja yang lebih bermotivasi, berkomitmen dan produktif. Menerapkan atau menerjemahkan akan kebutuhan spiritual baik pada pemimpin maupun pengikut untuk tetap bertahan secara spiritual melalui panggilan (*Calling*) dan menjadi (*membership*) bagian dari organisasi, untuk menciptakan visi dan kongruensi nilai pada individu, pemberdayaan kelompok, dan level organisasi. Dan selanjutnya hal ini dapat mencapai tingkatan yang lebih tinggi tidak hanya dari kesejahteraan psikologis dan kesehatan manusia yang positif tetapi juga komitmen organisasi dan produktifitas.<sup>11,47,44.</sup>

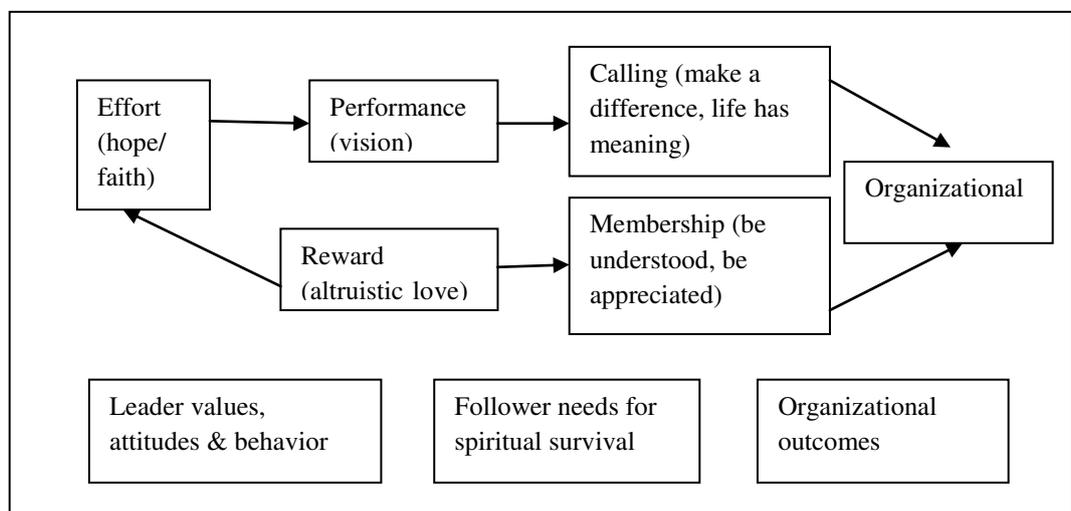
### 3) Dasar Teori *Spiritual Leadership*

Teori ini dibangun dan dikembangkan didalam suatu model motivasi instrinsik dari tiga hal yang saling berkaitan yakni nilai-nilai, sikap, dan perilaku pemimpin, yang menyertakan adanya visi, harapan/keyakinan, dan nilai altruism, serta teori spiritualitas ditempat kerja, dan kesejahteraan spiritual. Hal inilah yang diyakini dapat membantu terciptanya kepuasan dari para sumber daya manusia akan kebutuhannya terhadap spiritualitas melalui perasaan terpanggil (*calling*) dan merasa menjadi bagian keanggotaan (*membership*), yang pada akhirnya dapat mengarah pada peningkatan tercapainya hasil-hasil organisasi seperti terbentuknya *factor intern* perawat dalam kinerja melaksanakan asuhan

keperawatan dan produktifitas organisasi serta pertumbuhan pelayanan kesehatan.<sup>11,47,44.</sup>

4) Variabel dalam *Spiritual Leadership*

Dalam teori *Spiritual Leadership* (SL) ini terdapat 3 dimensi utama dan 6 variabel yang membentuk kerangka dasar teori seperti pada gambar tabel 2.2



Sumber : Dimensi dan variabel dalam teori spiritual Leadership (Fry W, 2008)

Seperti tampak pada gambar skema dapat diketahui bahwa 3 dimensi dalam teori Spiritual Leadership adalah (1) dimensi *spiritual leadership*, yang meliputi *Vision*, *altruistic love*, dan *hope/faith*. (2) dimensi spiritual survival, yang meliputi *calling* dan *membership* serta (3) dimensi *outcome* organisasi, yaitu komitmen organisasi. ketiga dimensi dalam *Spiritual Leadership* merupakan sebuah sistem, meliputi input, proses dan output. Secara jelas 3

dimensi dan 6 variabel akan diuraikan lebih detail dalam uraian berikut ini.

(a) Visi (*Vision*)

Visi adalah sesuatu yang diimpikan, keadaan yang dicita-citakan, apa yang ingin dicapai pada masa mendatang. Visi merupakan tujuan yang ingin dicapai. Suatu tujuan dapat disebut sebagai visi, jika memenuhi persyaratan tertentu, yaitu:

- (1) Visi merupakan hasil abstraksi keadaan yang dicita-citakan yang ingin dicapai pada masa mendatang. Karena merupakan abstraksi maka bersifat lebih abstrak dan kurang konkrit. Dan hanya mengandung pernyataan umum saja, visi relative tetap berada dibenak pemimpin dan pengikut dalam waktu yang panjang.
- (2) Umumnya visi dilukiskan dengan menggunakan kata-kata/kalimat filosofis. Karena menggunakan kalimat pendek, visi mempunyai pengertian yang sangat luas dan dapat diberi isi yang berbeda dari waktu ke waktu.
- (3) Visi memberi aspirasi dan motivasi kepada pemimpin dan pengikut. Visi yang mendorong dan menarik pemimpin dan pengikut untuk bergerak ke arah tertentu (Wirawan, 2003). Visi dalam kontekstual *Spiritual leadership* ini menunjukkan adanya tampilan kinerja (*performance*) yang ingin dicapai oleh seluruh anggota organisasi. Dan oleh karenanya

diperlukan suatu upaya dan usaha serta strategi untuk mencapinya.

(b) *Hope/Faith*

Hope (harapan) didefinisikan sebagai kemampuan melihat keadaan luar dari seseorang yang ada saat ini, dan menggambarkan kekuatan atas keyakinan seseorang.<sup>43,44,47.</sup> Sedangkan kepercayaan (*faith*) merupakan sebuah pondasi dari sebuah harapan. Dalam kontekstual teori ini kepercayaan dan keyakinan pada sesuatu yang diharapkan dalam mencapai visi, akan tetapi belum terlihat atau masih perlu dibuktikan kebenranya.kepercayaan dan harapan ini merupakan sebuah keyakinan, pendirian dan kepercayaan serta usaha perilaku kinerja dalam mencapai visi.

Pada teori *spiritual leadership* ini mengacu bahwa harapan dan kepercayaan pada organisasi akan menjaga dan mempertahankan para pengikut untuk berpandangan kedepan serta memberikan keinginan dan cita-cita positif yang memeberi energy dari usaha melalui motivasi intrinsik.

(c) *Altruistic Love*

Altrutisme berasal dari bahasa Perancis yaitu auturui yang artinya “ orang lain”. Istilah Altruisme diciptakan oleh August Comte, penggagas filsafat positivism. Secara epistimologis, altruism berarti: mencintai orang lain seperti diri sendiri. Sebagai

sebuah doktrin etis, altruism berarti melayani orang lain dengan menempatkan kepentingan orang lain di atas kepentingan sendiri. Altruisme juga merupakan kehendak pengorbanan kepentingan pribadi.

Altruism termasuk sebuah dorongan untuk berkorban demi sebuah nilai yang lebih tinggi, bersifat manusiawi atau ketuhanan. Tindakan altruism dapat berupa loyalitas. Kehendak altruism berfokus pada motivasi untuk menolong sesama atau niat melakukan sesuatu tanpa pamrih. Altruisme adalah perbuatan mengutamakan orang lain disbanding diri sendiri. Perbuatan ini adalah sifat murni dalam banyak budaya, dan merupakan inti dalam banyak agama. Perilaku altruistik tidak hanya berhenti pada perbuatan itu sendiri.

Sikap dan perilaku ini akan menjadi salah satu indikasi dari moralistic altruistik. Moralitas altruistic tidak sekedar mengandung kemurahan hati atau belas kasihan. Diresapi dan dijiwai oleh suka memajukan sesama tanpa pamrih. Karena itu, tindakannya menuntut kesungguhan dan tanggung jawab yang berkualitas tinggi.<sup>44,47.</sup> *Altruistik love* kontekstual teori ini, merupakan sebuah rasa keutuhan, harmony, dan akan menjadi lebih produktif melalui perhatian, belas kasih, dan adanya penghargaan/apresiasi baik pada diri maupun orang lain. Penghubung yang umum antara spiritulitas dan religi adalah nilai

kasih altruistic, yaitu penghargaan atau kesetiaan terhadap ketertarikan dengan orang lain.<sup>11,47,44</sup> Adapun nilai –nilai dalam nilai kasih altruistik dalam teori *spiritual leadership* ini meliputi 9 nilai seperti pada tabel berikut:

2.2 Tabel  
Sembilan nilai Altruisme (Fry,2008)

| No | Nilai Altruisme | Makna   |
|----|-----------------|---|
| 1. | Kepercayaan     | Kepercayaan atas karakter, kemampuan, kekuatan, dan kepercayaan pada orang lain   |
| 2. | Pemaaf          | Tidak mengalami beban berat atas segala kegagalan dalam cita-cita , kecemburuan, kebencian, ataupun balas dendam  |
| 3. | Integritas      | Integritas merupakan suatu konsistensi akan apa yang dilakukan sesuai dengan apa yang dikatakan   |
| 4. | Kejujuran       | Kejujuran merupakan sebuah landasan dalam bertindak dalam melakukan perbuatan   |
| 5. | Keteguhan Hati  | Keteguhan dalam pikiran dan keinginan, seperti halnya sebuah kekuatan dalam moral dan mental, untuk mempertahankan keadaan moral yang digunakan dalam menghadapi kesulitan. |
| 6. | Kerendahan Hati | Kerendahan hati,ramah, sopan, kebanggaan yang pada tempatnya, tidak cemburu dengan orang lain, tidak angkuh serta tidak membual   |
| 7. | Kebaikan        | Ramah dan murah hati, tenggang rasa dan simpatik terhadap perasaan maupun kebutuhan orang lain.   |

|              |   |
|--------------|---|
| 8. Empati    | Kemampuan membaca dan memahami orang lain ketika orang lain merasa menderita, dan ingin melakukan sesuatu untuk membantu penderitaan.   |
| 9. Kesabaran | Menjalani segala usaha dengan sabar tanpa adanya sebuah keluhan, meskipun dalam menghadapi rintangan yang besar. Tidak pernah berhenti/ berputus asa walaupun terdapat banyak hambatan. |

(d) *Calling*

*Calling* merupakan sebuah perasaan bahwa hidup seseorang itu memiliki makna dan membuat kehidupan menjadi berbeda.<sup>11,44,47.</sup>

Upaya meningkatkan *calling* dapat dilakukan melalui empat langkah dalam sebuah pendekatan yang dikenal sebagai *fish*.

Pertama adalah menciptakan suasana yang dapat merangsang kreatifitas dan aktifitas kegiatan yang memungkinkan perawat dapat bahagia terhadap pekerjaannya, sehingga tidak merasa waktu terbuang. Kedua menciptakan sebuah situasi agar perawat dan kliennya serasa memiliki hari-harinya. Ketiga, penting pula memberikan pengakuan dalam melakukan pekerjaan, melalui sikap melayani dan sikap positif, dan keempat adalah menciptakan suasana antara pemimpin dan para perawat anggota seharusnya saling memperhatikan dan mendukung pada klien maupun orang lain, ketika menciptakan sebuah kondisi komunikasi yang efektif.<sup>11,44,47.</sup>

(e) *Membership*

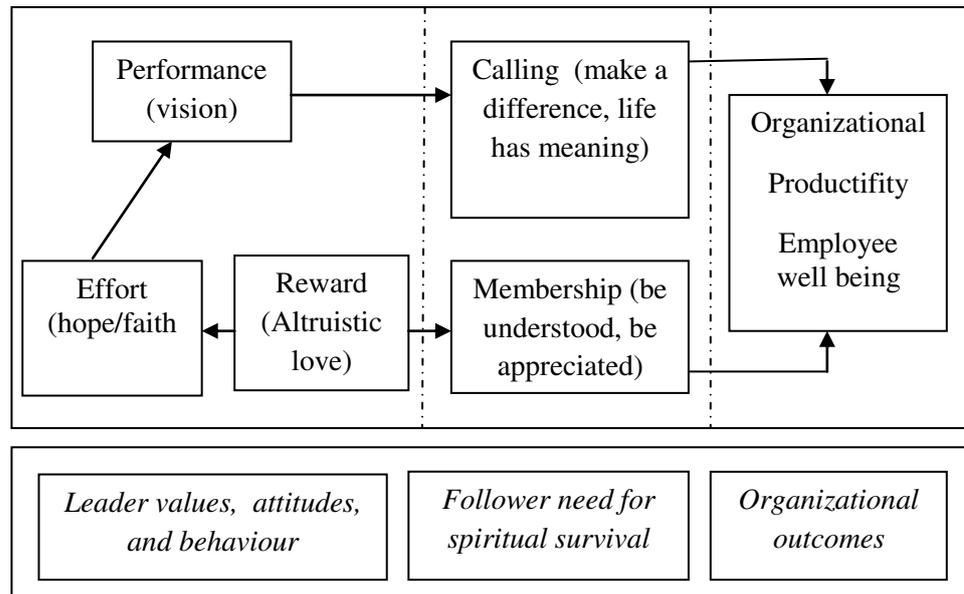
*Membership* ini merupakan sebuah rasa bahwa karyawan merasa dimengerti, dipahami, dan dihargai, sikap ini memberikan kesempatan bahwa karyawan merasakan bahwa mereka merasa berharga, bernilai bagi orang lain. *Membership* dalam sebuah organisasi dapat ditingkatkan ketika terdapat sebuah standard yang jelas dan bermakna, yang dibentuk untuk seluruh, pentingnya rasa empati terhadap orang lain harus ditunjukkan satu sama lain ketika berfokus terhadap kebutuhan apa yang dilakukan. Selanjutnya organisasi memberikan perhatian terhadap lingkungan, memberikan *support*, dan bertukar informasi. Adanya *stories* seharusnya dilakukan untuk memotivasi dan mengajarkan para pekerja sesuatu yang baru secara verbal.

Selain itu perlu diberikan secara individual bahwa individu bermakna bagi orang lain. Kuncinya adalah mengacu pada apa yang masing-masing disenangi oleh individu. Meningkatkan *membership* berarti meyakinkan orang lain untuk merayakan secara bersama-sama. hal ini bisa dilakukan melalui acara formal maupun informal. Dan terakhir pemimpin harus memberi contoh pada seluruh perawat dengan menunjukkan bahwa perkataan konsisten dengan perbuatan<sup>11,44,47</sup>.

### 5) Mekanisme Kerja *Spiritual Leadership*

Untuk mengimplementasikan *spiritual leadership*, maka para pemimpin melalui nilai, sikap, perilakunya mempelajari dan mencontoh nilai-nilai dalam nilai kasih altruistic yang telah dikembangkan bersama-sama dengan visi umum dengan para *follower*. Setelah itu antara *leader* dan *follower* mendapatkan sebuah perasaan menjadi bagian *a sense of membership* yang merupakan sebuah bagian dari *spiritual well-being* yang memberikan sebuah kesadaran untuk menjadi lebih dipahami, dimengerti, dan dihargai. Hal ini yang kemudian membangkitkan adanya harapan/keyakinan dan sebuah keinginan untuk melakukan apa yang seharusnya dilakukan dalam mencapai visi. Hal ini akan menimbulkan sebuah perasaan *sense of calling* yang merupakan bagian dari *spiritual well being*. Hal inilah yang membuat perasaan menjadi lebih bermakna, bertujuan dan membuat hidup lebih berbeda.<sup>14,44,47.</sup>

Siklus motivasi secara intrinsik ini didasarkan pada sebuah visi, *nilai altruistic love* dan *hope /faithy* yang meningkatkan sebuah perasaan perasaan sejahtera secara spiritual (melalui *calling* dan *membership*), yang pada akhirnya dapat menimbulkan keluaran dari organisasi seperti produktifitas kinerja kepuasan hidup perawat dan tanggung jawab sosial organisasi dan akan memberikan sebuah setrategi yang efektif. skema 2.2 mekanisme kerja Spiritual Leadership.



#### 6) Manfaat Penerapan *Spiritual Leadership*

Penerapan *Spiritual leadership* ini akan menimbulkan sebuah rasa penghargaan yang tinggi bagi orang lain pada masa kini maupun masa lalu dengan sebuah kualitas hubungan yang baik antara satu sama lain. Hal ini akan menumbuhkan sebuah perasaan yang memiliki tujuan, dan bermakna, kapasitas mengelola orang lain secara efektif, dan kemampuan untuk mengikuti *inner convictions*, dan menumbuhkan sebuah rasa adanya perkembangan yang terus menerus serta adanya realisasi diri.<sup>15, 44, 47.</sup>

Pada level individu, individu yang menerapkan *spiritual leadership* pada tingkatan personal akan merasa lebih senang, damai, ketenangan dan kepuasan dalam hidup yang menyeluruh. Tidak hanya kesejahteraan psikologis yang lebih baik, tetapi juga

kesehatan fisik yang lebih baik pula. Lebih khusus lagi adanya rasa saling menghormati dan kualitas hubungan yang baik dengan orang lain.<sup>45, 47.</sup>

#### 7) Dampak Penerapan *Spiritual Leadership*

Kepemimpinan spiritual ini berdasar pada visi, kasih yang, altruistik dan *hope/ faith* yang dihipotesakan untuk menghasilkan sebuah peningkatan dalam perasaan spiritual (melalui panggilan dan menjadi bagian) dan akhirnya menghasilkan outcome organisasi yang positif seperti: peningkatan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, sumber daya manusia yang memiliki suatu panggilan dan merasa menjadi bagian akan menjadi lebih dekat, loyal dan akan tetap bertahan dalam tempat kerjanya karena memiliki budaya yang berbasis pada kasih yang altruistik.<sup>22.</sup>

<sup>15.</sup> Produktifitas dan peningkatan yang berkelanjutan, sumber daya manusia yang mempunyai harapan serta kesetiaan pada visi organisasi dan sumber daya manusia yang memiliki perasaan panggilan dan menjadi bagian itu akan melakukan apa yang seharusnya dilakukan untuk mencapai visi organisasi akan menjadi lebih produktif.<sup>10,20.</sup>

Profit dan pertumbuhan jasa pelayanan, sumberdaya manusia yang memiliki komitmen tinggi untuk dapat produktif, akan selalu termotivasi untuk meningkatkan secara berkelanjutan kunci proses organisasi, akan termotivasi untuk mendapataka hasil produk jasa

yang berkualitas dan menyediakan layanan pada klien yang optimal. Hal ini yang akan dicerminkan didalam profit organisasi yang lebih tinggi dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan<sup>22,15</sup>.

#### 8) Implementasi *Spiritual Leadership*

Teori *Spiritual Leadership* ini telah dibangun dengan kerangka teori yang jelas seperti uraian diatas. Berdasarkan dimensi dan variabel serta prinsip-prinsip yang termuat dalam bangunan kerangka teori tersebut, secara garis besar penjabaran teori tersebut dapat uraikan menjadi 2 tahapan utama, langkah-langkah dalam mengimplementasikan teori *Spiritual Leadership* ini.

##### (a) Tahapan Persiapan:

###### (1) Pengkajian

Hal pertama yang harus dilakukan adalah sebuah pengkajian berkala tentang elemen model dari teori *spiritual leadership* ini. Tahap pengkajian melalui survey dan interview, yang berisi elemen dan dimensi dari teori *spiritual leadership* ini bertujuan untuk mendapatkan sebuah data dasar *baseline* tentang kondisi spiritualitas dalam organisasi dan identifikasi issue-issue dalam transformasi organisasi yang berguna dalam pengembangan sebuah intervensi. Dalam hal ini penting bagi pihak manajemen puncak untuk memberikan sebuah akses terhadap data-data penting organisasi dan secara penuh

akan memberikan *support* terhadap upaya tersebut. *Survey* ini merupakan sebuah *self assessment* sebelum menerapkan *spiritual leadership*. Setelah *survey* ini, kemudian dilakukan *interview* pada beberapa anggota yang berbeda ditiap level untuk mendapatkan secara lebih detail tentang pemahaman yang mendalam terhadap elemen dalam *spiritual leadership* yang sesungguhnya dirasakan serta kondisi spiritual dalam organisasi.<sup>11,10</sup>

(2) *A vision /stakeholder analysis process*

Tahapan selanjutnya setelah mendapatkan sebuah baseline dari hasil *survey spiritual leadership*, adalah melakukan inisiasi sebuah *vision /stakeholder analysis process* yang menghasilkan sebuah visi, misi, tujuan yang mana para pemimpin dan pengikutnya akan melaksanakan keinginan dari para *stakeholder* kunci. Melakukan *vision stakeholder analysis* yang bertujuan untuk mendapatkan atau memperkuat harapan, kesetiaan, visi, dan nilai budaya dari *spiritual leadership* dalam hubungannya terhadap identifikasi isu utama dan memeberikan dasar terhadap pelaksanaan sebuah dialog organisasi yang berkaitan dengan pencapaian setrategi yang tepat untuk mencapai tujuan organisasi.<sup>14,44,47.</sup>

Adanya visi, misi, dan tujuan organisasi akan menjadi

dasar terbentuknya konstruksi sosial dari budaya organisasi dan sistem etik serta nilai yang melandasinya, yang memberikan sebuah alat utama dalam mengkomunikasikan, meperkuat dan mengarahkan tercapainya sebuah perilaku berorganisasi yang tepat.<sup>21,20,10</sup>

(3) Tahapan Pelaksanaan

Dilaksanakan melalui proses *leadership training* dan *coaching*, yang didalamnya terdiri dari :

(a) Leadership Training

Pertama mengajarkan kepemimpinan sebagai motivasi untuk berubah dan memberikan review teori motivasi berbasis kepemimpinan. Seperti teori kepemimpinan *path, goal, karismatik, transaksional, dan transformasional*. Kedua melakukan akseleras panggilan terhadap nilai spiritulitas di tempat kerja, yang menggambarkan kebutuhan manusia yang universal terhadap kesejahteraan spiritual melalui proses *calling and membership*, serta menjelaskan perbedaan antara agama, religi, dan spiritualitas. Selanjutnya, dapat diuraikan tentang konsep ketuhanan umum sebagai kekuatan tertinggi dalam sebuah kontinum atas dasar definisi ketuhanan yang *humanistick, altheistic, dan pantheistic*.<sup>22,44,47.</sup>

Selain itu perlu diberikan review teori tentang system etik dan nilai berbasis kepemimpinan serta menyimpulkannya, untuk memotivasi para pengikutnya, maka pemimpin harus menyentuh melalui nilai inti dan mengkomunikasikan nilai inti tersebut melalui visi dan perilaku personal untuk menciptakan sebuah perasaan akan kesejahteraan spiritual melalui *calling* dan *membership*. Untuk dapat melakukannya, maka pemimpin harus dipersiapkan terlebih dahulu untuk dapat memuaskan kebutuhan spiritual para pengikut melalui nilai spiritual yang universal seperti kerendahan hati, beramal, dan kejujuran.<sup>15,44,47</sup> Setelah itu kemudian dijelaskan mengenai teori *spiritual leadership* yang secara konseptual berbeda dan tidak membingungkan.<sup>11,14.</sup>

(b) *Leadership Coaching*

Pada prinsipnya kegiatan bimbingan penerapan *spiritual leadership* ini, adalah mengkomunikasikan hasil pelatihan *spiritual leadership* yang telah diterima oleh leader kepada *follower*. Secara operasional prinsip pada kegiatan penerapan *spiritual leadership* merupakan proses yang mengandung nilai, sikap, dan perilaku yang diperlukan untuk memotivasi secara

intrinsic baik diri sendiri maupun orang lain, sehingga terbentuk *a sense of spiritual survival through calling and membership*. Adapaun prinsip pelaksanaan adalah menciptakan/melaksanakan visi sehingga *leader* dan *follower* memiliki sebuah *a sense of calling* pada hidup maupun pekerjaannya, sehingga hidup menjadi lebih bermakna dan ada sebuah diferensiasi.<sup>11,14,23.</sup>

Membentuk atau mensosialisasikan sebuah kultur organisasi pada *values of altruistic love*, sehingga antara *leader* dan *follower* memiliki sebuah *sense of membership*, merasa dimengerti, dan dihargai, serta memiliki *have genuine care*, belas kasih, dan penghargaan baik pada diri diri *leader*, *follower* maupun pada klien yang menjadi kelolaan seorang perawat. *Spiritual leadership* dapat meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia, efektifitas organisasi dan segala keuntungannya. Namun demikian banyak pemimpin yang belum mempraktikanya. Hal ini disebabkan beberapa alasan antara lain proses tahapan menjadi *spiritual leader* memerlukan kompetensi tersebut. Dengan bimbingan/*coaching* maka akan membantu para pemimpin untuk berjalan melewati tantangan, mengambil hambatan menjadi sebuah

peluang.<sup>11,23.</sup>

Dengan bimbingan *spiritual leadership* secara individual maka akan membantu para pemimpin dalam menggambarkan kekuatan maupun nilainya dalam melewati hambatan yang ada. Praktik bimbingan spiritual secara personal merupakan sebuah pendekatan dalam *spiritual leadership*. Kegiatan ini dibangun berdasarkan pondasi bahwasanya klien merupakan seseorang yang sesungguhnya adalah kreatif, banyak akal dan utuh. Oleh karena itu dalam praktik *spiritual leadership* ini menggunakan pertanyaan kritis yang mempunyai pembeda. Melalui latihan bimbingan kita mengikuti sebuah struktur yang dapat digunakan untuk mendalami dan mengembangkan spiritualitas personal yang dapat menghubungkan dengan dan juga mentransformasi pada organisasi.

Penerapan *spiritual leadership* terdapat terdapat tiga langkah yang meliputi 1) *Creating spiritual resonance*, 2) *identifying spiritual dissonance*, and 3) *Co-Creating personal and Organizational Values in Daily Action*.

(1) Langkah pertama: *Creating Spiritual Resonance*

Adanya kebutuhan akan terhubungnya nilai individu dengan nilai organisasi, dijabarkan pada langkah pertama ini. Melalui

proses bimbingan ini pemimpin mengajak anggotanya untuk mengidentifikasi nilai terpenting yang ada dalam dirinya dan memberi makna atas nilai-nilai dalam diri individu tersebut dan memenuhi kebutuhan spiritualnya. Sepanjang fase pertama ini memperdalam pemahaman dan menyampaikan nilai dalam konteks organisasi. Adapun beberapa pertanyaan yang penting untuk dijawab pada langkah pertama ini adalah:

- a. Dimana nilai-nilai personal mendapatkan dukungan dan dianjurkan dalam organisasi ini
- b. Nilai-nilai organisasi manakah yang secara ketat senada dan bergema dengan nilai –nilai personal
- c. Bagaimana anggota akan diberdayakan untuk membawa nilainya pada organisasi

langkah-langkah tersebut dapat membantu klien mengidentifikasi bahwa dirinya menjadi senada nilai organisasi.<sup>11,23.</sup>

## (2) Langkah Kedua: *Identifying Spiritual Dissonance*

Langkah ini meliputi proses dan bimbingan yang dapat melibatkan sumber daya manusia, teman sejawat dan pemimpin lain dalam diskusi tentang apa yang kurang pada aspek spiritualitas, yang diperlukan serta memungkinkan diterapkan pada organisasi. Pembimbing membantu kliennya dalam membuat langkah perencanaan terhadap pengenalan proses

spiritual pada organisasi. Pada tahap ini *leader and follower* mengembangkan sebuah *a personal roadmap* yang berhubungan dengan peranan klien dalam transformasi organisasi. Beberapa pertanyaan yang mungkin muncul pada langkah ini adalah:

- a. Apa yang hilang antara hubungan individu dengan organisasi
- b. Apa yang dibutuhkan oleh organisasi tentang aspek spiritual untuk mengeliminasi ketidaksesuaian/*dissonance* antara spirit dan nilai klien dengan organisasi.

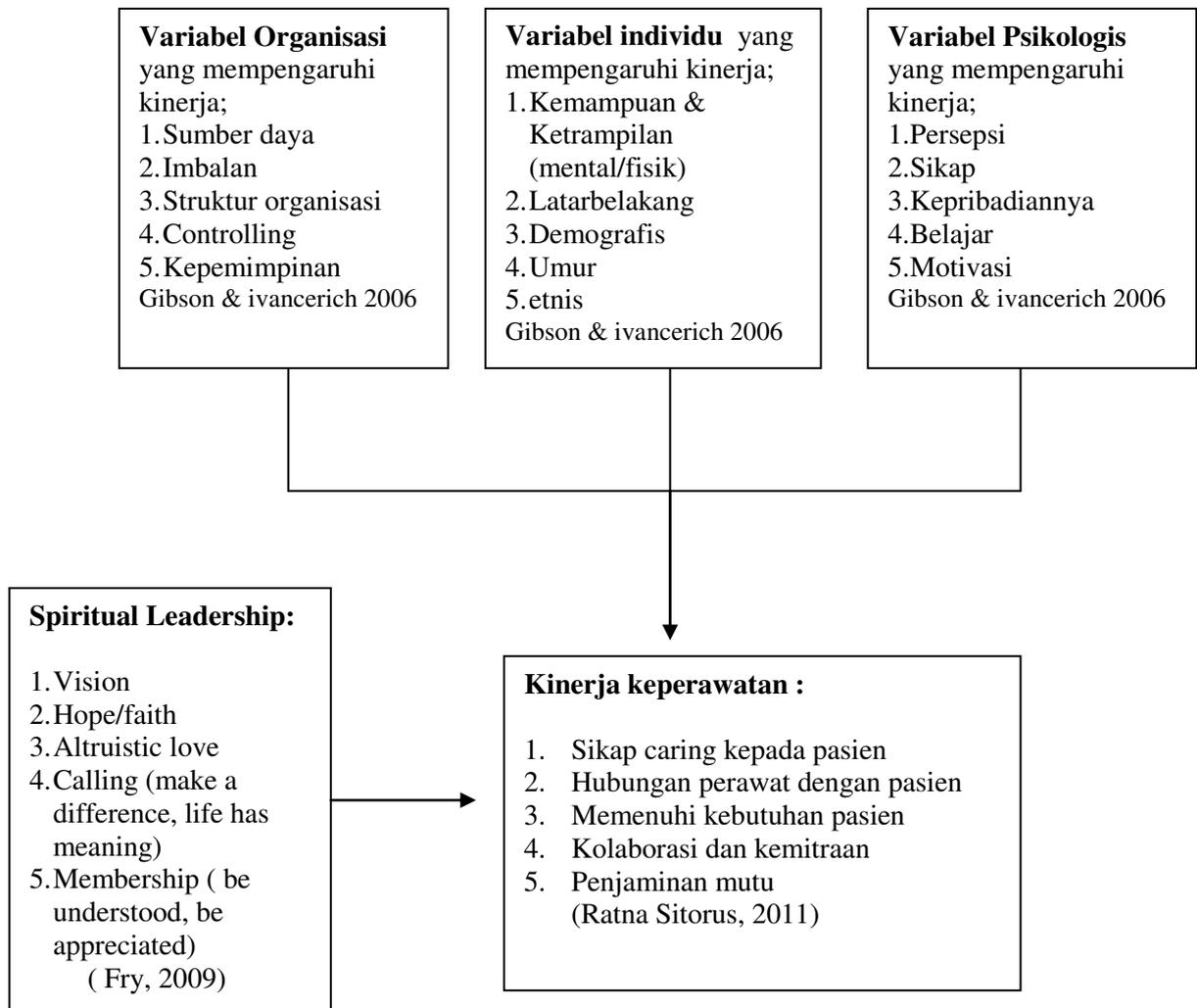
(3) Langkah Ketiga: *Co-Creating Personal and Organizational Values in daily Action*

Pada tahapan ini ada pertanyaan yang muncul antara lain: bagaimana nilai-nilai spiritual ditunjukkan dalam aktifitas sehari-hari. Pada langkah proses bimbingan ini anggota memainkan peranan sehari-hari dalam memperkuat spirit dalam organisasi, bagaimana anggota belajar dari kelemahan, kesalahan dan meningkatkan hak dalam aksi yang meningkatkan spirit. Pada tahapan ini *leader and follower* bekerja untuk memperdalam belajar dalam aktifitas sehari-hari, memperkuat nilai-nilai dan mengidentifikasi sesuatu hal yang hilang dari organisasi pada kegiatan sehari-hari.<sup>11,23,29.</sup>

Tiga langkah bimbingan penerapan *spiritual leadership* diatas

seperti *Creating resonance, identifying what is dissonance*, dan kemudian *co-creating personal values*, akan menghubungkan antara sesama sumber daya dan pemimpin lain. Hal ini merupakan proses yang personal, memiliki kekuatan dalam melibatkan klien (*follower*) dalam aktifitas sehari-hari yang bermakna untuk memperdalam spiritualitas dan menstransformasi berjalannya sebuah organisasi.<sup>11,29</sup>

## B. Kerangka Teori

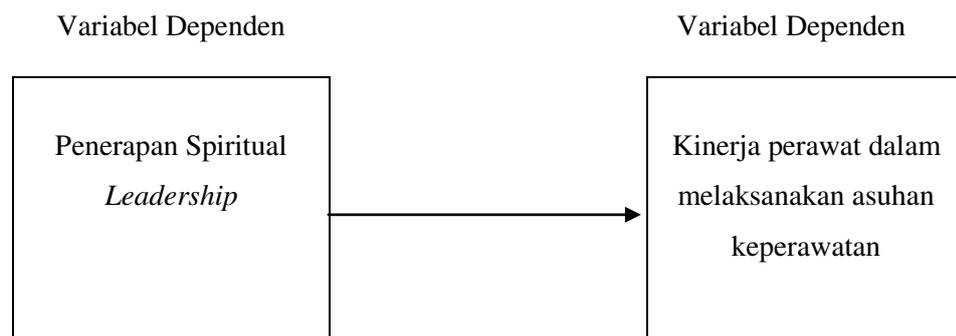


### 2.4 Skema Kerangka Teori

Sumber : Gibson & Ivancich 2006, Fry 2009, Ratna Sitorus 2011

### C. Kerangka konsep penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah kerangka kerja penelitian yang diambil dari kerangka teori penelitian. Dalam penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, variabel intervensi adalah *spiritual leadership* kepala ruang. Pelaksanaan asuhan keperawatan menentukan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit secara khusus pada bidang keperawatan.



Skema 2.5

Kerangka konsep penelitian.

### D. Hipotesa Penelitian

Hipotesa yang akan dirumuskan berdasarkan penelitian yang akan dilakukan adalah: Apakah ada pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.



### **BAB III**

#### **METODELOGI PENELITIAN**

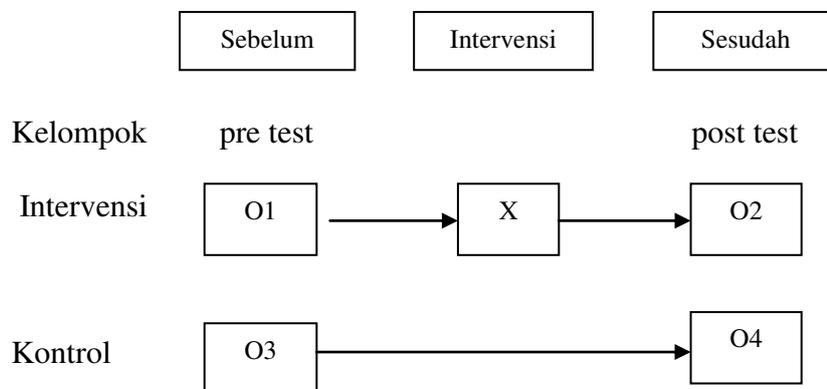
Bab ini akan menguraikan tentang metode penelitian yang terdiri dari jenis dan rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian, variabel penelitian, definisi operasional dan skala pengukuran, alat penelitian dan cara mengumpulkan data, teknik pengolahan dan analisis data, serta etika penelitian.

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini yaitu Kuantitatif menggunakan rancangan penelitian *quasi experimen pre and post design with control group* yaitu rancangan penelitian dibagi menjadi dua kelompok dengan satu kelompok sebagai kelompok intervensi dan kelompok satunya sebagai kelompok kontrol atau kelompok pembanding dengan sampel *propotional random sampling*.<sup>38,37</sup> Dalam *design* ini terdapat dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol, individu antara kedua kelompok adalah berbeda, namun masing-masing kelompok diharapkan terdapat kesetaraan, oleh karena itu dilakukan *pretest* untuk mengetahui keadaan awal adakah perbedaan kesetaraan antara kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Sebelum kelompok intervensi diberi intervensi, dilakukan pengukuran awal (*pre test*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk menentukan kemampuan awal.

Selanjutnya pada kelompok intervensi dilakukan intervensi sesuai dengan

yang direncanakan, sedangkan pada kelompok kontrol tidak dilakukan intervensi. Intervensi yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah penerapan *spiritual leadership*. Selanjutnya dilakukan pengukuran akhir (*post test*) pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rancangan penelitian pada penelitian ini dapat dilihat pada bagan 3.1 sebagai berikut:



Gambar 3.1

Desain penelitian *pre-post test design with control group*

Keterangan :

- X : Perlakuan (intervensi): Pelatihan penerapan *spiritual leadership* kepala ruang di rumah sakit
- O1 : Pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kelompok intervensi sebelum pelatihan *spiritual leadership* di rumah sakit
- O2 : Pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kelompok intervensi setelah pelatihan *spiritual leadership* di rumah sakit
- O3 : Pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok kontrol yang tidak mendapat intervensi *spiritual leadership*

- O4 : Pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi pelatihan penerapan *spiritual leadership* setelah kelompok intervensi mendapatkan intervensi penerapan *spiritual leadership*
- O2-O1 : Perbedaan pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan intervensi sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan penerapan *spiritual leadership*
- O4-O3 : Perbedaan Pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kelompok kontrol sebelum dan setelah kelompok intervensi dilakukan intervensi pelatihan penerapan *spiritual leadership*
- O1-O3 : Persamaan Pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan penerapan *spiritual leadership*
- O2-O4 : Perbedaan Pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan intervensi pelatihan penerapan *spiritual leadership*

## **B. Populasi dan Sampel Penelitian**

### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian yang akan diteliti dan memenuhi kriteria yang telah diterapkan.<sup>31,37</sup> Populasi pada penelitian ini untuk kelompok intervensi adalah perawat pelaksana ruang rawat inap *non* VIP RSUD Dr. H Soewondo yang berjumlah 135 orang. Populasi untuk kelompok kontrol adalah seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap

RSUD dr. R Soedjati Purwodadi yang berjumlah 84 orang. Hasil homogenitas yang dilakukan pada karakteristik responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan usia, jenis kelamin, umur, status kepegawaian, status pernikahan adalah homogen. Sedangkan untuk masa kerja heterogen pada kelompok intervensi kebanyakan 41.67% responden pada masa klasifikasi masa kerja 11-20 tahun. Pada kelompok kontrol masa kerja 5-10 tahun yaitu 37.5%.

## 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang mewakili populasi.<sup>31,37,34</sup> sampel dalam penelitian ini untuk kelompok intervensi perawat rawat inap RSUD Dr.H Soewondo Kendal. Sedangkan sampel untuk kelompok kontrol adalah perawat pelaksana ruang rawat inap RSUD dr R Soedjati Purwodadi.

Pada kelompok intervensi penentuan sampel perawat pelaksana menggunakan *probability sampling* dengan teknik *proportional random sampling* yaitu menentukan banyaknya sampel tersebut dengan menggunakan perhitungan banyaknya populasi tiap ruangan dibagi dengan jumlah total populasi kemudian dikalikan dengan jumlah sampel yang akan ditentukan subyek yang akan diikuti dalam penelitian adalah perawat pelaksana, cara pemilihan perawat pelaksana dalam hal ini dipilih perawat yang sama antara *pre test* dan *post test* dan memenuhi proporsi sampel.<sup>31</sup>

Proporsi jumlah perawat pelaksana tiap-tiap ruangan diambil menggunakan teknik *proportional random sampling* yaitu tehnik yang menunjukkan pada ukuran besarnya bagian sampel, peneliti mengambil wakil/wakil dari tiap-tiap kelompok yang ada dalam populasi yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah anggota subjek yang ada di dalam masing-masing kelompok tersebut.<sup>32,37.</sup>

### 3. Besar Sampel

Untuk mengetahui jumlah sampel yang dibutuhkan, maka digunakan rumus ukuran sampel untuk menaksir beda dua mean dari dua populasi. Estimasi besar sampel untuk penelitian yang bertujuan menguji hipotesis beda dua mean kelompok berpasangan.<sup>33,37.</sup>

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}) \times \alpha^2}{\mu_1 - \mu_2}$$

Keterangan;

n = Jumlah sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  = Standar normal deviasi untuk  $\alpha$  0.05 (1,96)

$Z_{1-\beta}$  = Standar normal deviasi untuk  $\beta$  (1,282)

$\mu_1 - \mu_2$  = Beda meanyang dianggap bermakna secara klinik antara sebelum (pre) dansesudah (post) perlakuan (15)

$\alpha^2$  = Estimasi standar deviasi dari beda mean data pre test dan post test berdasarkan literatur

$$n = \frac{[(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}) \times \alpha]^2}{\mu_1 - \mu_2} \quad n = \frac{[(1,96 + 1,282) \times 15]^2}{15} = 23,65 = 24$$

Berdasarkan penghitungan rumus, maka sampel yang dibutuhkan adalah 24 responden pada tiap kelompok intervensi dan kontrol, sehingga total sampel yang didapatkan adalah 48 responden. Pada saat pengumpulan data sampel terpenuhi secara keseluruhan dan tidak didapatkan *drop out* sampai akhir proses penelitian.

#### 4. Proporsi pengambilan sampel tiap ruang

Berdasarkan penghitungan dengan rumus diatas, maka jumlah sampel yang diperlukan adalah 24 orang pada tiap kelompok, baik intervensi maupun kontrol. Jumlah sampel tersebut diambil dengan menggunakan teknik *Proportional random sampling*. Penentuan strata ini pada penelitian ini didasarkan berdasarkan ruangan rawat inap. Adapun jumlah sampel yang diinginkan dari tiap tiap ruangan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol seperti pada tabel 3.1 dan tabel 3.2

Tabel.3.1  
Jumlah sampel kelompok intervensi di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum daerah Dr. H Soewondo Kendal

| No | Nama Ruangan | Jumlah Perawat | Jumlah sampel                 |
|----|--------------|----------------|-------------------------------|
| 1  | Kenanga      | 22             | $22/106 \times 24 = 4,98$ (5) |
| 2  | Flamboyan    | 22             | $22/106 \times 24 = 4,98$ (5) |
| 3  | Dahlia       | 18             | $17/106 \times 24 = 4,07$ (4) |
| 4  | Cempaka      | 22             | $22/106 \times 24 = 4,98$ (5) |
| 5  | Bougenville  | 22             | $22/106 \times 24 = 4,98$ (5) |
|    | Jumlah       | 106            | 24                            |

Tabel 3.2  
Jumlah sampel kelompok Kontrol di ruang rawat inap RSUD dr. R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi

| No | Nama Ruangan  | Jumlah Perawat | Jumlah sampel                |
|----|---------------|----------------|------------------------------|
| 1  | Teratai       | 17             | $17/84 \times 24 = 4,86$ (5) |
| 2  | Mawar         | 14             | $14/84 \times 24 = 4$ (4)    |
| 3  | Wijaya Kusuma | 18             | $18/84 \times 24 = 5,1$ (5)  |
| 4  | Dahlia        | 17             | $17/84 \times 24 = 4,86$ (5) |
| 5  | IGD           | 18             | $18/84 \times 24 = 5,1$ (5)  |
|    | Jumlah        | 84             | 24                           |

Sedangkan jumlah sampel dari kelompok kontrol penelitian sejumlah 24 perawat dari RSUD dr R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

### C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai tanggal 27 bulan Juli 2015- 29 bulan Agustus 2015 di ruang rawat inap non VIP Rumah Sakit Dr. H Soewondo Kendal sebagai kelompok intervensi dan di ruang Rawat inap non VIP RSUD dr R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi sebagai kelompok kontrol, kedua rumah sakit ini mempunyai karakteristik yang sama yaitu mempunyai tipe B non pendidikan yang bertempat di daerah kabupaten, dan merupakan milik pemerintah daerah. Kedua rumah sakit tersebut juga sama-sama belum pernah diberikan pelatihan penerapan *spiritual leadership*.

### D. Variabel penelitian, Definisi operasional dan Skala pengukuran

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok

lain. Variabel penelitian terdiri dari variabel independen dan variabel dependen.<sup>33</sup>

#### 1. Variabel Penelitian

- a. Variabel Bebas : Penerapan Spiritual Leadership.
- b. Variabel Terikat : Kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

#### 2. Definisi Operasional dan skala pengukuran

Definisi operasional yang digunakan sebagai parameter/ukuran dalam penelitian ini diuraikan pada tabel berikut ini.

Tabel 3.3. Definisi Operasional dan skala pengukuran penelitian

| Variabel/sub Variabel  | Definisi Operasional  | Cara ukur | Hasil Ukur | Skala |
|--|---|-----------|------------|-------|
| <b>Variabel independen</b><br>/intervensi Penerapan spiritual leadership<br>Penerapan spiritual leadership | Suatu bentuk upaya meningkatkan motivasi internal perawat pelaksana, oleh leader (kepala ruang) dalam mencapai asuhan keperawatan yang optimal melalui penerapan nilai spiritual yang terkandung dalam 9 nilai altruistic, sehingga dapat menumbuhkan perasaan <i>membership</i> (perasaan dihargai dan dimengerti) dan <i>calling</i> (perasaan memiliki makna). |           |            |       |

| <b>Variabel Dependen</b>   |   |  |   |          |
|--|---|--|---|----------|
| Kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keparawatan yang optimum | Pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit tempat kerja yang menunjukkan 1) sikap Caring perawat, 2) hubungan perawat dengan pasien, 3) kemampuan dalam memenuhi kebutuhan pasien, 4) kemitraan dan kolaborasi, dan 5) Kegiatan penjaminan mutu. | Diukur dengan kuesioner B terdiri dari 32 pertanyaan tertutup, dengan kategori:<br>1. Tidak pernah dilakukan (TP)<br>2. Kadang-kadang dilakukan (KK)<br>3. Sering dilakukan (SR)<br>4. Selalu dilakukan (SL) | Nilai Minimum 32 dan nilai maksimum 128 dinyatakan dengan mean, < mean artinya kinerja kurang optimum, > mean artinya kinerja optimum | interval |
| <b>Karakteristik Responden</b>                                     |   |  |   |          |
| Umur   | Jawaban responden perawat tentang jumlah tahun mulai kelahiran hingga saat penelitian   | Diukur dengan kuesioner A  | Hasil ukur berupa jumlah usiadalam tahun dengan klasifikasi :<br>1. 20-30 Tahun<br>2. 31-40 tahun<br>3. > 40 tahun                    | interval |

|                   |   |             |   |          |
|-------------------|---|-------------|---|----------|
| Jenis Kelamin     | Jawaban responden tentang jenis kelamin   | Kuesioner A | Hasil ukur dikategorikan :1. Perempuan 2. Laki-laki   | nominal  |
| Pendidikan        | Pendidikan formal terakhir  | Kuesioner A | Hasil ukur dikategorikan<br>1. SPK<br>2. D3<br>3. S1 Ners                                     | ordinal  |
| Status Pernikahan | Status pernikahan saat penelitian   | Kuesioner A | Hasil ukur dikategorikan :<br>1. Belum menikah<br>2. Menikah                                  | nominal  |
| Status Pegawai    | Status kepegawaian saat penelitian  | Kuesioner A | Hasil ukur dikategorikan<br>1. tidak tetap<br>2. Pegawai tetap                                | nominal  |
| Lama Masa kerja   | Jumlah tahun responden tentang jumlah tahun mulai bekerja sebagai perawat di RSUD | Kuesioner A | Hasil ukur dikategorikan :<br>1. <5 tahun<br>2. 5-10 tahun<br>3. 11-20 tahun<br>4. > 20 tahun | interval |

## E. Alat Penelitian dan Cara mengumpulkan Data

### 1. Alat penelitian/Instrumen penelitian

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrument penelitian berupa kuesioner. Kuesioner merupakan teknik pengumpul data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab.<sup>31,37.</sup>

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdapat 2 bagian utama, yaitu kuesioner A, B. Pada saat *pretest* penelitian, peneliti menggunakan 2 bagian kuesioner, yaitu kuesioner A, dan B. Sedangkan pada saat *post test*, instrument yang digunakan adalah kuesioner B saja.

- a. Kuesioner A berisi tentang variabel karakteristik individu perawat yang dibuat dalam bentuk pertanyaan tertutup, yang meliputi nomor responden, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, masa kerja, dan status perawat.
- b. Kuesioner B digunakan untuk mengukur kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, yang dibuat dengan pertanyaan tertutup, yang semuanya adalah pertanyaan *favorable* dengan jumlah total adalah 32 butir pertanyaan.

### c. Modul Pelatihan

Modul pelatihan penerapan *spiritual leadership* dikembangkan dari Nurfika Asmaningrum dan Budi Ana Keliat, 2009 yang dimodifikasi. Dimana item komitmen organisasi di modifikasi dengan kinerja perawat

dalam melaksanakan asuhan keperawatan mulai sesi I, sesi II, sesi III, sesi IV, sesi V.

## 2. Uji Coba Instrument

Alat pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari :

- a. Kuesioner A berisi karakter perawat dari empat item pertanyaan : usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan masa kerja dan diisi langsung oleh perawat.
- d. Kuesioner B berisi tentang kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pada awalnya Kuesioner ini merupakan pertanyaan tertutup sejumlah 36 item. Semua item pertanyaan ini adalah pertanyaan *favorable*. Adapun item pilihan jawaban untuk kuesioner kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan adalah 4 rentang skor nilai yaitu: 1= tidak pernah dilakukan (TP), 2=Kadang dilakukan (KK), 3=Sering dilakukan (SR), dan 4=Selalu dilakukan (SL). Kuesioner B ini adalah kuesioner modifikasi dari kuesioner yang di buat oleh prof. Dr. Nursalam M. Nurs (Hons) dengan teori yang ada dalam penelitian ini. Kuesioner B ini dikembangkan sendiri oleh peneliti meliputi 5 dimensi dalam melakukan asuhan keperawatan menurut Ratna Sitorus, SKp M.App.Sc (2011), dan yang telah dilakukan uji expert kepada Dr Luky Dwiantoro,S.Kp. M.Kep. Kelima dimensi tersebut yaitu 1). Sikap caring perawat kepada pasien pada item 1, 2, 3, 4, 5, 6. 2) Hubungan perawat dengan pasien pada pertanyaan item 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. 3) Kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien pada pertanyaan item 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21. 4) Kemitraan dan

kolaborasi pada item 22, 23, 24, 25, 26, 27. 5) Kegiatan penjaminan mutu pada item 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36. Kemudian dilakukan uji validitas dan realibilitas pada tanggal 13 Juli 2015 di RSUD Dr H Soewondo Kendal pada perawat yang tidak terlibat pada penelitian yaitu 15 perawat ruang perawatan resiko tinggi (PERISTI) dan 15 perawat IGD.

Uji validitas dengan menggunakan korelasi *pearson product moment* maupun uji reabilitas dengan menggunakan *alpha cronbach*. Setelah pengambilan data uji validitas dilakukan kemudian dilakukan analisis faktor dengan menggunakan teknik korelasi Pearson Product Moment. Pertanyaan dinyatakan valid apabila skor variable tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, dan berdasarkan hasil didapatkan  $r$  hitung  $>$  dari  $r$  tabel ( $r$  hitung  $>$  0.463).<sup>34</sup>

Setelah pertanyaan valid semua kemudian dilakukan uji reabilitas, uji ini untuk mengetahui konsistensi/keandalan alat ukur apabila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan alat ukur yang sama pula. Untuk mengetahui tingkat reabilitas alat ukur maka digunakan metode alpha cronbach, yang diukur berdasarkan skala alpha cronbach's coefficient-alpha lebih besar dibandingkan dengan nilai Alpha cronbach 0,006.<sup>34</sup>

Berdasarkan hasil uji coba instrument yang telah dilakukan maka ada 4 pertanyaan yang tidak valid yaitu pada item pertanyaan nomor 15, 17, 18, dan 21 kemudian keempat pertanyaan tersebut dihilangkan sehingga kuesioner B yang semula jumlahnya 36 pertanyaan menjadi 32

pertanyaan. Selanjutnya uji validitas dan realibilitas ditampilkan dalam tabel berikut.

Tabel 3.4 hasil validitas dan reabilitas

| instrument      | Dimensi                              | jumlah pertanyaan awal | jumlah pertanyaan akhir | Validitas          | reabilitas |
|-----------------|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| kinerja perawat | Sifat caring hubungan perawat pasien | 6                      | 6                       | 0.478 sampai 0.866 | 0.969      |
|                 | kemampuan memenuhi kebutuhan pasien  | 7                      | 7                       |                    |            |
|                 | kemitraan/kolaborasi                 | 9                      | 5                       |                    |            |
|                 | penjaminan mutu                      | 6                      | 6                       |                    |            |
|                 |                                      | 8                      | 8                       |                    |            |

b. Modul spiritual leadership

Untuk uji expert dilakukan melalui surat elektronik (Telephone, email, Message pribadi by facebook dan WhatsApps) kepada Ns Nurfika Asmaningrum M.kep dan Dr. Budi Ana Keliat, S.Kp. M.App. Sc mengenai lembar tilik yang digunakan kepala ruang dan ketua tim dalam memberikan implementasi penerapan *Spiritual leadership* kepada perawat pelaksana.

3. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang di lakukan pada penelitian ini di lakukan dalam tahapan sebagai berikut :

a. Persiapan Pengumpulan Data.

Kegiatan persiapan ini merupakan prosedur administratif yaitu sebelum penelitan terlebih dahulu mengajukan permohonan ijin penelitian.

- 1) Peneliti mengajukan kaji etik penelitian pada komite etik Universitas Diponegoro diterbitkan Ethical Clearance pada tanggal 24 Juli 2015.
- 2) Peneliti akan mengajukan surat izin penelitian yang di keluarkan Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada Direktur RSUD. Dr. H Soewndo Kendal tertanggal 24 Juli 2015
- 3) Peneliti akan mengajukan surat izin penelitian yang di keluarkan Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi tertanggal 24 Juli 2015.

b. Persiapan pemilihan kepala ruang dan ketua tim

Pada tanggal 23 Juli 2015 ditentukan kepala ruang dan ketua tim diperoleh dari 5 kepala ruang dan 5 ketua tim dari ruang kenanga, dahlia, cempaka, flamboyan dan bougenville yang akan dilatih penerapan *spiritual leadership* dan mengikuti penelitian di RSUD Dr H Soewondo Kendal.

c. Persiapan Penelitian.

Sebelum melakukan penelitian pada tanggal 23 Juli 2015, peneliti menjelaskan mengenai tujuan penelitian, manfaat penelitian, penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan dampak buruk dan cara pengisian kuesioner kepada responden itu sendiri. Selanjutnya peneliti melakukan prosedur penelitian yang meliputi proses administrasi yaitu adanya izin untuk pengambilan data awal, adanya perijinan dari kepala bidang keperawatan dan kepala ruang tempat pengambilan data, membayar biaya adminitrasi rumah sakit untuk penelitian, lulus uji etik penelitian

Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, menyiapkan kelengkapan data, Instrumen penelitian, modul pelatihan *Spiritual Leadership*, melakukan uji *expert* untuk instrumen dan ijin penelitian ke RSUD Dr. H Soewondo Kendal.

d. Pelaksanaan Penelitian.

Peneliti melakukan koordinasi dengan bagian bidang pelayanan keperawatan RSUD Dr H Soewondo Kendal mengenai jadwal, tempat dan peserta yang akan dilatih. Penelitian dimulai pada 27 Juli 2015 sampai 9 Desember 2015.

1) Pretest

Kegiatan pengambilan data awal penelitian dilakukan pada tanggal 25-26 Juli 2015, dilakukan untuk mengukur variabel karakteristik perawat. Saat pretest nanti juga melakukan pengambilan data variabel dependen yaitu mengenai kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pengambilan data dilaksanakan sebelum waktu penerapan kegiatan *Spiritual leadership* baik pada kelompok intervensi maupun kontrol, setelah sebelumnya diberikan *informed consent* terlebih dahulu.

2) Penerapan *Spiritual Leadership*

Penerapan *Spiritual Leadership* tanggal 27 Juli 2015 pada kepala ruangan dan ketua tim dari ruangan yang telah dipilih, pelaksana yang terdiri dari 3 kegiatan, yaitu; penerapan *spiritual leadership* di kelas selama 1 hari dengan materi penerapan 9 nilai-nilai altruistik yang merupakan komponen utama dalam penerapan

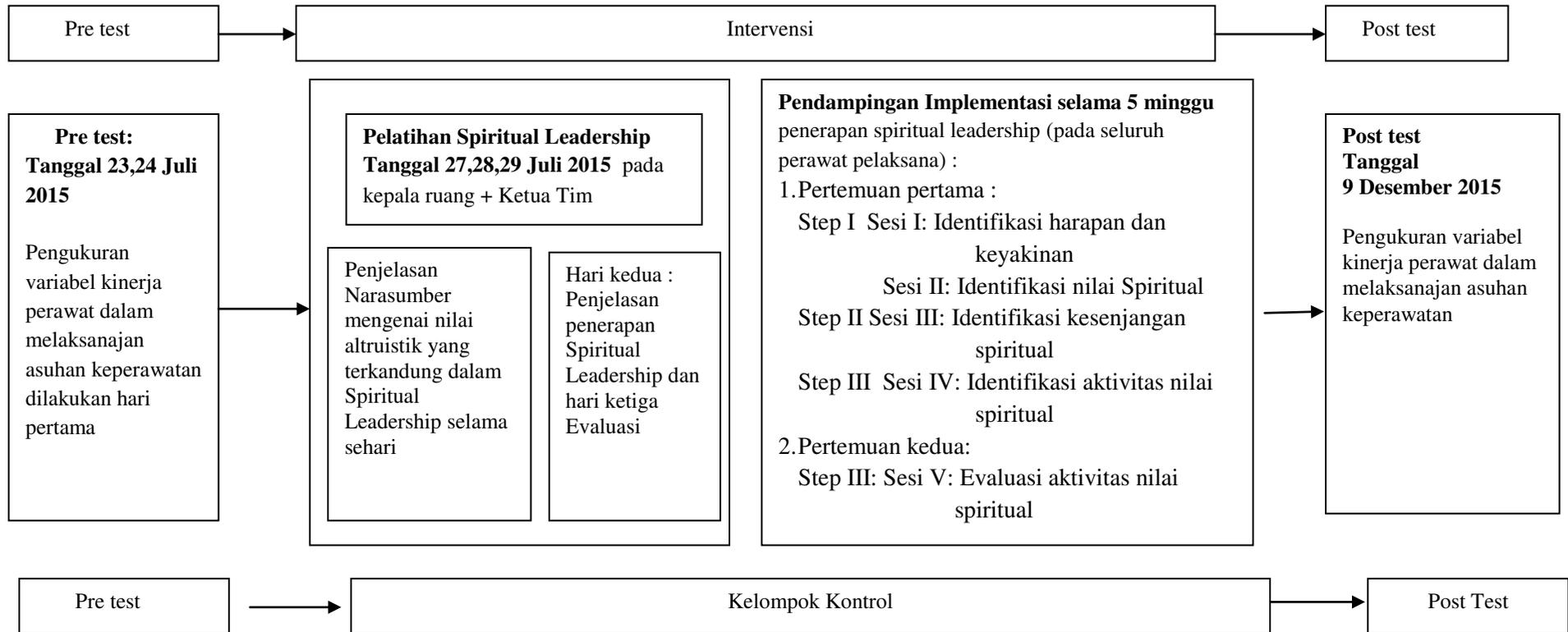
*spiritual leadership* dengan narasumber Ns. Iskim Luthfa M. Kep Dosen Universitas Sultan Agung Semarang, ketua Departemen Komunitas, kemudian dilanjutkan pada tanggal 28-29 Juli 2015 dengan kegiatan penjelasan penerapan *spiritual leadership* 1 hari yang merupakan kegiatan bimbingan penerapan *Spiritual Leadership* yang dilakukan peneliti kepada kepala ruang dan katim yang sudah dipilih. Hari ke 3 proses evaluasi kemampuan penerapan *spiritual leadership* kepada kepala ruang dan ketua tim oleh peneliti dengan nilai batas kelulusan  $> 75$ .

Setelah proses kegiatan pelatihan selama 3 hari kepala ruang dan ketua tim tersebut mengimplementasikan penerapan *Spiritual Leadership* pada perawat pelaksana, sebanyak 3 langkah, yang dilakukan oleh kepala ruang dan ketua tim pada perawat pelaksana yang dilaksanakan sebanyak 3x pertemuan pada tiap minggunya selama 4 minggu.

### 3) *Post test*

Setelah pelaksanaan penerapan *Spiritual leadership*, kemudian peneliti melakukan pengukuran kembali pelaksanaan asuhan keperawatan pada perawat pelaksana. Pengambilan data dilaksanakan pada 9 Desember 2015. Mekanisme dalam pengumpulan data penelitian ini lebih jelasnya dapat di lihat ada Skema 3.1 dan ringkasan alur penerapan *spiritual leadership* pada gambar 3.2 berikut ini

Skema 3.1  
 Kerangka Kerja Penelitian  
 Penerapan *Spiritual Leadership* Terhadap Kinerja Perawat  
 dalam Melaksanaa Asuhan Keperawatan  
 di RSUD. Dr H Soewondo Kendal



3.2 RINGKASAN ALUR PENERAPAN *SPIRITUAL LEADERSHIP*

| Alur Penerapan                 | Pelatihan di ruang akreditasi Lt.2 RSUD Dr. Soewondo Kendal   |   | Implementasi spiritual Leadership  |   |  |
|--------------------------------|---|---|--|---|--|
|                                |   |   | Step I (spiritual Resonance)   | Step II (Spiritual Dissonance)  | Step III (Co-creating value into daily action)   |
| Isi dan bentuk kegiatan        | Narasumber memberikan penjelasan ttg nilai2 altruistik dlm Spiritual Leadership (SL)                      | Peneliti melakukan bimbingan pada kepala ruang+ ketua tim tentang implementasi 3 langkah penerapan SL dan Evaluasi kemampuan penerapan SL | Karu dan katim membimbing PP untuk dapat mengidentifikasi nilai individu dan nilai organisasi  | Karu dan Katim membimbing PP untuk dapat mengidentifikasi kesenjangan antara nilai individu dengan organisasi                   | Karu dan katim membimbing PP untuk dapat mengidentifikasi cara-cara penerapan nilai altruism dalam aktifitas sehari-hari |
| Waktu Pelaksanaan              | 1 hari  | 2 hari  | 3x pertemuan/minggu  | 3x pertemuan/minggu   | 3x pertemuan/minggu  |
| Sasaran                        | kepala ruang + Katim  | kepala ruang + Katim  | Perawat Pelaksana di ruangan masing-masing   | Perawat Pelaksana di ruangan masing-masing  | Perawat Pelaksana di ruangan masing-masing   |
| Tujuan Pelaksanaan Kegiatan    | Memberi landasan kognitif tentang spiritual leadership sebagai dasar dalam penerapan Spiritual Leadership | Memberi landasan Psikomotor tentang spiritual leadership sebagai dasar dalam menerapkan Spiritual Leadership kepada kepala ruang + katim  | Mendekatkan nilai individu dengan organisasi, sehingga membangkitkan harapan dan keyakinan individu terhadap tempat kerjanya         | Mengeliminasi ketidak sesuaian nilai individu dengan nilai organisasi sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi meningkatkan diri | Membantu individu untuk memiliki kesadaran diri dalam menerapkan nilai altruism pada aktifitas sehari-hari.              |
| Hasil kegiatan yang diharapkan | Adanya standarisasi pengetahuan kepala ruang + Katim ttg konsep Spiritual Leadership                      | Adanya standarisasi kemampuan kepala ruang + Katim tentang implementasi 3 langkah Spiritual Leadership                                    | Teridentifikasi nilai altruism terpenting dalam diri individu yang merefleksikan harapan dan keyakinan                               | Merubah nilai –nilai negatif dalam individu yang tidak sesuai dengan nilai-nilai organisasi ( <i>personal Roadmap</i> )         | Self report aplikasi nilai altruistik pada aktivitas sehari-hari   |
| Evaluasi Pelaksanaan           | Pre dan post test kognitif terstandar lulus jika hasil posttest > 75                                      | Evaluasi tes kemampuan penerapan SL. Batas nilai kelulusan > 75   | Penilaian self evaluasi(SE) penerapan SL pada perawat pelaksana sebelum dan sesudah penerapan SL. batas kelulusan jika nilai SE > 75 |   |  |

Implementasi Spiritual leadership di RSUD Dr. H Soewondo

## F. Teknik Pengolahan Dan Analisis Data

### 1. Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan menggunakan tahapan sebagai berikut.<sup>31,34,37.</sup>

#### a. *Editing*

Langkah yang dilakukan setelah data berhasil dikumpulkan langkah selanjutnya adalah mengolah data sedemikian rupa, sehingga jelas sifat - sifat yang dimiliki oleh data tersebut. Untuk dapat melakukan pengolahan data dengan baik, data tersebut perlu diperiksa terlebih dahulu, apakah sudah sesuai seperti yang diharapkan atau tidak. Hasil *editing* disini peneliti memeriksa kuesioner A mengenai karakteristik perawat dan kuesioner B mengenai Kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang telah diisi oleh responden dan pastikan hasil jawaban yang diisi responden sudah lengkap.

#### b. *Coding*

Tahap ini merupakan tahap merubah data yang dikumpulkan ke dalam bentuk yang lebih sederhana dengan cara pengkodean. Cara kerja coding adalah sebagai berikut yaitu memberi kode khusus pada tiap responden, serta memberi kode pada karakteristik perawat, serta memberi skor pada jawaban kuesioner, sehingga seluruh responden diberi nomor yang berbeda dan jawaban telah diberikan skor angka pada tiap itemnya. Variabel kinerja 1= tidak pernah dilakukan (TP), 2=Kadang dilakukan (KK), 3=Sering dilakukan (SR), dan 4=Selalu dilakukan (SL)

Karakteristik perawat jenis kelamin : perempuan adalah 1, laki-laki adalah 2. Tingkat pendidikan SPK adalah 1, D3 keperawatan adalah 2, S1 Kep Ners adalah 3. Status Pernikahan tidak menikah adalah 1 dan menikah adalah 2. Status kepegawaian non pegawai tetap 1 dan pegawai tetap adalah 2. Setelah seluruh data diberikan kode angka, maka selanjutnya dilakukan tahapan selanjutnya.

c. *Processing*

Pemrosesan data yang dilakukan dengan cara memindahkan data dari kuesioner dengan menggunakan perangkat komputer. Langkah *processing* ini dilakukan dengan memasukkan data dari kuesioner ke dalam program computer, dan setelah seluruh data telah dimasukkan ke dalam computer maka ikuti langkah selanjutnya.

d. *Cleaning*

Melakukan pengecekan kembali data yang sudah dientry semua untuk menilai kelengkapan, dan hasil entry data dipastikan tidak ada kesalahan dan pastikan lengkap struktur datanya sehingga selesai tahap ini siap untuk dilakukan analisa data.

## **2. Analisa data**

Setelah dilakukan pengolahan data seperti yang diuraikan sebelumnya, kemudian data tersebut dilakukan analisis dengan menggunakan computer pada tahapan analisis seperti berikut ini:

a. Analisa univariat

Analisis data univariat berupa analisis persentase yang dilakukan pada

tiap-tiap variabel penelitian terutama untuk melihat distribusi frekuensi dan hasil statistik diskriptif meliputi rata-rata hitung, median, standar deviasi dan proporsi dari variabel untuk kinerja perawat. Variabel yang akan dianalisis secara univariat dalam penelitian ini adalah karakteristik responden, kinerja perawat sebelum dan kinerja perawat sesudah dilakukan penerapan *spiritual leadership*.

Uji normalitas dalam penelitian ini menggunakan Shapiro Wilk jika signifikansi dibawah 0.05 berarti terdapat perbedaan yang signifikan antara data yang diuji dengan data normal baku. Begitupun sebaliknya jika signifikansi diatas 0.05 maka data tersebut dinyatakan tidak terdapat perbedaan atau data disebut data normal.

Tabel 3.4  
Gambaran Normality Data Pada kelompok intervensi dan Kelompok Kontrol sebelum dan Sesudah dilakukan penerapan Spiritual Leadership. (N1,N2=48)

| Data                  | Shapiro-Wilk |    |       |
|-----------------------|--------------|----|-------|
|                       | Statistic    | df | Sig   |
| Total Pre Intervensi  | 0.925        | 24 | 0.076 |
| Total Post Intervensi | 0.937        | 24 | 0.137 |
| Total Pre Kontrol     | 0.944        | 24 | 0.200 |
| Total Post Kontrol    | 0.961        | 24 | 0.449 |

Berdasarkan tabel 3.4 terlihat data dari kinerja perawat sebelum dan sesudah perlakuan untuk masing-masing mempunyai angka signifikansi atau probabilitas masing-masing kelompok lebih dari 0.05 dengan menggunakan uji *Shapiro Wilk*. Dengan demikian masing-masing kelompok intervensi dan kontrol untuk tiap level kinerja berdistribusi normal.

## b. Analisa Bivariat

Untuk menganalisis pengaruh antar dua variabel yaitu variabel dependen dan variabel independen dengan menguji perbedaan tingkat kinerja perawat sebelum dan sesudah penerapan spiritual leadership yang dapat dilihat pada tabel 3.5

Tabel. 3.5  
Analisis Uji Statistik Hipotesis Penelitian Penerapan *Spiritual Leadership* Terhadap kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan.

| No | Hipotesis   | Uji statistic  |
|----|---|--|
| 1  | Ada pengaruh penerapan <i>spiritual leadership</i> terhadap kinerja perawat | Distribusi data Normal:<br>Parametrik<br><i>Paired t test</i><br><i>independent t test</i> |

Berdasarkan tabel analisis uji statistic tersebut, karena data penelitian berdistribusi normal, maka uji statistic yang digunakan adalah dengan *Paired t test* dan *Independent T test*

Untuk mengetahui seberapa besar pengaruh antara variabel independen dengan variabel dependen. Dengan uji analisis Regresi Linear Sederhana. Analisis Regresi Linear Sederhana adalah hubungan antara linear satu variabel independen (X) dengan satu variabel dependen (Y), atau dalam artian ada variabel yang mempengaruhi dan ada variabel yang dipengaruhi. Rumus Regresi Linear Sederhana sebagai berikut ;

$$Y : a + bX$$

Keterangan :

Y : Kinerja perawat

X : Penerapan Spiritual Leadership

a : Konstanta (nilai Y apabila X=0)

b : Koefien regresi (nilai peningkatan jika bernilai positif ataupun penurunan jika bernilai negatif).

Hipotesis :

Ha : ada pengaruh penerapan spiritual leadership terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Dalam analisis regresi, koefisien korelasi yang dihitung tidak untuk diartikan sebagai ukuran keeratan hubungan variabel independen (X) dan variabel dependen (Y), analisis regresi agar koefisien yang diperoleh dapat diartikan maka dihitung indeks determinannya, yaitu hasil kuadrat dan koefisien korelasi  $R^2_{xy} = (r_{xy})^2$ .<sup>37</sup>

## **G. Etika Penelitian**

Proses dalam penelitian ini diawali dengan kegiatan uji etik (*Ethical Clearance*) pada proposal penelitian oleh komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang, setelah mendapatkan surat lolos uji etik pada tanggal 24 Juli 2015, kemudian peneliti mengajukan penelitian kepada kedua rumah sakit terkait (RSUD Dr Soewondo Kendal dan RSUD dr R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi). Peneliti perlu mendapat adanya rekomendasi dari insitusinya atau pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada institusi/lembaga tempat penelitian.

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan beberapa prinsip etika dan peneliti memegang prinsip *scientific attitude*/sikap ilmiah dan etika penelitian keperawatan yang mempertimbangkan aspek sosioetik dan harkat martabat kemanusiaan seperti beberapa prinsip berikut ini: Prinsip pertama mempertimbangkan hak-hak perawat untuk mendapatkan informasi yang berkaitan dengan penelitian serta bebas untuk menentukan pilihan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini (*autonomy and self determination*).

Peneliti memberikan penjelasan tentang rencana, tujuan, manfaat dan dampak penelitian selama pengumpulan data, kemudian diberikan lembar persetujuan (*informed consent*). Perawat yang telah dipilih secara propotional kemudian diberikan lembar persetujuan, dan setelah diberikan penjelasan yang cukup, serta diberikan kesempatan bertanya, seluruh perawat yang terpilih menjadi sampel menandatangani lembar persetujuan sebagai bentuk kesediaan terlibat dalam penelitian.

Prinsip kedua yaitu peneliti tidak mencantumkan nama perawat pada kuesioner yang diisi, dan lembar tersebut hanya diberi nomor kode responden dan kerahasiaan informasinya yang diberikan perawat dijamin oleh peneliti, dan hanya digunakan dalam penelitian ini saja (*confidentiality*). Prinsip ketiga keadilan (*justice*) dengan menjelaskan prosedur penelitian dan memperhatikan kejujuran (*honesty*) serta ketelitian. Demi kelancaran implementasi *Spiritual Leadership* pada perawat pelaksana, maka pelaksanaan kegiatan dilakukan 3x pertemuan tiap minggunya dan berlangsung selama 5 minggu, sehingga tidak menimbulkan kejenuhan dan

resistensi pada perawat pelaksana.

Demi memperhatikan *fair treatment*, maka pada kelompok intervensi akan diterapkan *spiritual leadership* sedangkan pada kelompok kontrol hanya dilakukan pengukuran kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan tanpa diterapkan *spiritual leadership*. Prinsip keempat adalah memaksimalkan hasil yang bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*non Maleficence*) dengan melakukan penerapan *spiritual leadership* yang telah disesuaikan dengan kondisi rumah sakit setempat, sesuai standar pelaksanaan dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja pada perawat.