

**GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA
KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN
SPIRITUAL**

PROPOSAL SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh

CAHYO YUWONO

NIM 22020111130057

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, MARET 2015**

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa Proposal yang berjudul :

GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN SPIRITUAL

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Cahyo Yuwono

NIM : 22020111130057

Telah disetujui sebagai usulan Penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di review.

Pembimbing,

Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., M.Sc.

NIP. 19821231 200812 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

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

GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN SPIRITUAL

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Cahyo Yuwono

NIM : 22020111130057

Telah diuji pada dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk
melakukan penelitian.

Penguji I,

Ns. Nana Rochana, S.Kep.,M.N

NIP. 19830412 201404 2 001

Penguji II,

Ns. Ahmat Pujianto, S.Kep, M.Kep.

NIK. 201310222054

Penguji III,

Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., M.Sc.

NIP. 19821231 200812 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya yang tidak terhingga kepada penulis dalam menyusun dan menyelesaikan penyusunan proposal skripsi dengan judul **“Gambaran Persepsi Mahasiswa Keperawatan Tentang Perawatan Spiritual”**. Penulisan proposal skripsi ini dilakukan dalam rangka untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh ujian sarjana strata satu pada Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis menyadari bahwa tanpa bimbingan dan bantuan dari banyak pihak maka skripsi ini tidak mungkin dapat diselesaikan seperti sekarang ini. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
2. Ns. Sarah Uliya, S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro
3. Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., M.Sc. selaku dosen pembimbing yang telah memberikan ilmu, bimbingan serta motivasi dalam penyusunan skripsi ini
4. Orangtua saya tercinta Bapak Sudar,S.P. dan Ibu Suparsini,S.E., adik saya Nur Widiasanti, Paman, Bulik, Simbah dan adik- adik sepupu saya yang tidak pernah lelah mendukung dan menyemangati saya.

5. Sahabat 4 sekawan Latif, Rakhmatika I., dan Rinda D.O., yang selama ini telah menjadi tempat berbagi cerita bagi penulis dan juga sebagai keluarga yang selalu mendukung penulis dalam berbagai hal.
6. Teman – teman A11.1 “BRANDIC” yang telah berjuang bersama sejak masa – masa ospek hingga saat ini, memberikan bantuan yang tidak ternilai harga dan jumlahnya, bersama dalam suka dan duka.
7. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu – persatu yang telah membantu penulis dalam melewati kehidupan dan menyelesaikan tugas akhir ini.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih perlu untuk disempurnakan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan penelitian ini. Harapan peneliti, semoga skripsi ini dapat diterima dan bermanfaat bagi pengembangan ilmu khususnya ilmu keperawatan.

Semarang, Maret 2015

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	ii
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan	5
D. Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Tinjauan Teori	7
1. Perawatan Spiritual	7
a. Spiritualitas	7
1) Definisi	7
2) Karakteristik	7
3) Aspek Spiritual	10
4) Dimensi Spiritual.....	10
5) Faktor yang Mempengaruhi Spiritual.....	11
6) Tahap Perkembangan Spiritual.....	15

7) Sumber Spiritual dan Agama.....	20
8) Perubahan fungsi spiritual	23
b. Perawatan Spiritual	27
1) Definisi	27
2) Karakteristik Perawatan Spiritual.....	29
3) Kelengkapan perawatan spiritual	29
4) Nilai perawatan spiritual.....	31
5) Sikap perawatan spiritual	32
6) Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Spiritual	33
2. Persepsi	34
a. Definisi.....	34
b. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi	35
c. Proses Persepsi.....	36
d. Persepsi Mahasiswa Tentang Perawatan Spiritual.....	36
3. Mahasiswa.....	37
a. Definisi.....	37
b. Karakteristik.....	37
B. Kerangka Teori	39
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	40
A. Kerangka Konsep.....	40
B. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	40
C. Populasi Penelitian.....	41
D. Sampel Penelitian	42
E. Teknik Pengambilan Sampel	44
F. Tempat dan Waktu Penelitian.....	44

G. Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran.....	44
H. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	49
1. Instrumen	49
2. Cara Pengumpulan Data	51
3. Validitas	52
4. Reliabilitas	53
I. Pengolahan dan Analisa Data	55
J. Etika Penelitian.....	58

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1.	Ekspresi Kebutuhan Spiritual	Error! Bookmark not defined.
2.	Variabel dan Definisi Operasional Penelitian	Error! Bookmark not defined.
3.	Distribusi Pertanyaan	Error! Bookmark not defined.
4.	Nilai Reliabilitas	Error! Bookmark not defined.
5.	Coding	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1.	Kerangka Teori	Error! Bookmark not defined.
2.	Kerangka Konsep	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1.	Surat Permohonan Izin Kuesioner
2.	Surat Persetujuan Responden dan <i>Informed Consent</i>
3.	Kuesioner <i>Spiritual Care Giving Scale</i>
4.	Jadual Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan di dunia saat ini berusaha untuk menerapkan konsep holistik, yaitu pelayanan yang memandang manusia sebagai satu kesatuan yang utuh meliputi dimensi fisiologis, psikologis, sosiokultural dan spiritual.(1–5) Penanganan pasien secara holistik terutama penanganan aspek spiritual sangat minim dilakukan, apabila ada yang melakukan perawatan spiritual cenderung tidak sistematis.(6,7) Cara menangani pasien yang seperti ini menimbulkan ketidakpuasan pasien sehingga membuat tenaga medis mulai menyadari tentang pentingnya rasa saling percaya, harapan dan empati dalam proses penyembuhan pasien.(8)

Beragamnya opini dari para ahli tentang perawatan spiritual dan kurang jelasnya batasan dari aspek spiritualitas, menyebabkan minimnya pemahaman tentang aspek ini bila dibandingkan dengan aspek holistik yang lain sehingga aspek spiritual sering diabaikan di lapangan.(9,10) Perawatan spiritual dalam berbagai bentuknya yang beragam dapat menyoroti pentingnya makna, tujuan, harapan dan keterkaitan seorang manusia untuk mengalami sakit. Dukungan perawat dalam aspek spiritual sangat diperlukan oleh pasien melihat beragamnya ekspresi spiritual pasien terhadap penyakit yang di

deritanya, mulai dari kondisi pasrah dan menerima, sampai dengan mengutuk Tuhannya yang telah memberikan penyakit kepadanya.(2,9)

Pada penelitian yang lain didapatkan hasil bahwa kompetensi perawat masih kurang untuk bisa memberikan keperawatan spiritual karena kurangnya pengetahuan tentang perawatan spiritual dan kurangnya persiapan yang dilakukan oleh perawat sehingga mereka cenderung menghindari masalah spiritual ketika merawat pasien.(11,12) Saat seorang manusia mengalami krisis dalam dirinya sendiri, termasuk saat dirawat dirumah sakit karena sakit yang parah, sering membuat dirinya berpikir untuk apa dirinya hidup dan tentang kematian yang bisa datang kapan saja. Dalam kondisi seperti ini, perawat memiliki peran yang penting untuk memberikan penjelasan dan penguatan pada pasien, namun perawat cenderung mengalihkan masalah seperti ini kepada pemuka agama seperti seorang ustadz, kyai, dan pendeta daripada harus melakukan perawatan spiritualitas secara mandiri.(8,12)

Salah satu penelitian di tahun 2014 yang dilakukan oleh Rosita menemukan bahwa tingkat kompetensi perawat di Indonesia dalam pemenuhan kebutuhan spiritual masih cukup rendah, yaitu sebesar 57,5%.(13) Rendahnya kompetensi yang dimiliki menyebabkan perawat cenderung ragu untuk memberikan perawatan spiritual sehingga pada akhirnya perawat akan mengabaikan aspek spiritual ini. Hal ini disebabkan kurangnya pemahaman konsep keperawatan spiritual oleh perawat. (8) Rankin dan DeLashmutt(14) dalam penelitiannya menemukan bahwa banyak perawat mengakui belum memahami secara jelas dan mengalami kebingungan antara konsep

spiritualitas dan religius. Pada penelitian lain, Rieg, Mason dan Preston(15) menemukan banyak perawat yang mengakui bahwa mereka tidak dapat memberikan asuhan spiritual secara kompeten karena selama masa pendidikannya mereka kurang mendapatkan panduan tentang bagaimana memberikan asuhan spiritual secara kompeten.

Dalam sebuah penelitian ditemukan adanya peningkatan pengakuan tentang pentingnya perawatan spiritual dalam kurun waktu 30 tahun terakhir, namun peningkatan pengakuan ini tidak diimbangi dengan pengawasan tentang bagaimana perawatan spiritual yang telah diajarkan di institusi, bagaimana pemahaman dan bagaimana penerapan keperawatan spiritual oleh mahasiswa keperawatan.(10,16)

Mahasiswa keperawatan merupakan penerus profesi perawat dimasa depan sehingga perlu diberikan bekal yang mumpuni, baik itu pengetahuan maupun skill, untuk mendukung perkembangan dunia keperawatan dimasa depan. Pada sebagian besar penelitian yang telah dilakukan, jarang ada penelitian tentang masalah yang dihadapi oleh mahasiswa keperawatan dalam memberikan keperawatan spiritual. Penelitian pada mahasiswa cenderung hanya berfokus pada masalah pendidikan semata, sedangkan penelitian tentang pemahaman dan pengalaman mahasiswa keperawatan tentang pemberian keperawatan spiritual sangat jarang dilakukan.(17) Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Tiew di tahun 2013 menyatakan bahwa mahasiswa keperawatan cenderung hanya bergantung pada pengalaman pribadi mereka sendiri tentang bagaimana harus memberikan keperawatan

spiritual kepada pasien sehingga mereka memiliki pemahaman yang berbeda-beda tentang keperawatan spiritual.(10)

Beragamnya pengertian perawatan spiritual membuat sebagian besar institusi pendidikan kurang percaya diri dalam memberikan pendidikan tentang perawatan spiritualitas sehingga membuat materi perawatan spiritual tidak diikut sertakan dalam kurikulum pembelajaran mahasiswa kesehatan.(7,18) Pada dua penelitian yang telah dilakukan oleh Cooper dan Timmins di tahun 2013, hampir 75% universitas di Amerika Serikat tidak mengajarkan tentang keperawatan spiritual sehingga membuat mahasiswa kurang memahami pengertian dan makna perawatan spiritual.(16,19) Di Indonesia sendiri perawatan spiritual masih belum diajarkan secara mandiri dan masih digabungkan ke beberapa mata kuliah lain. Berdasarkan panduan penyusunan kurikulum yang diterbitkan oleh AIPNI(20), beban yang harus ditanggung oleh mahasiswa mengenai perawatan spiritual hanya sekitar 13-14 % dari keseluruhan mata kuliah yang diambil. Berdasarkan studi pendahuluan yang telah peneliti lakukan hanya ada 5 mata kuliah yang menyinggung masalah spiritual, yaitu agama, ilmu sosial budaya dasar, keperawatan dasar dan dasar keperawatan, rekreasi dan spiritual, dan stress koping. Dari 20 mahasiswa yang peneliti wawancarai, 15 orang beranggapan bahwa spiritual adalah agama dan 5 lainnya beranggapan bahwa spiritual adalah masalah jiwa. Peneliti juga menanyakan bagaimana pengalaman mahasiswa memberikan perawatan spiritual ketika praktek klinik di rumah sakit, 10 orang menjawab bahwa mereka hanya menyemangati pasien, 8 orang

menyemangati sekaligus mengajak beribadah sesuai agamanya masing-masing dan 2 mahasiswa mengatakan tidak melakukan perawatan spiritual karena sudah ada pendamping spiritual yang rutin memberikan bimbingan setiap 1 minggu sekali.

B. Rumusan Masalah

Saat ini kompetensi perawat dalam memberikan perawatan spiritual masih belum terlihat karena kurangnya pengetahuan tentang perawatan spiritual dan kurangnya persiapan yang dilakukan oleh perawat sehingga mereka cenderung menghindari masalah spiritual ketika merawat pasien. Pada salah satu penelitian ditemukan bahwa kurangnya pemahaman mahasiswa tentang perawatan spiritual berkontribusi dalam rendahnya kompetensi perawat tersebut. Mahasiswa keperawatan cenderung hanya bergantung pada pengalaman pribadi mereka sendiri tentang bagaimana harus memberikan keperawatan spiritual kepada pasien sehingga mereka memiliki pemahaman yang berbeda-beda tentang keperawatan spiritual. Fenomena tersebut menjadi dasar peneliti untuk melakukan penelitian mengenai gambaran persepsi mahasiswa keperawatan terhadap perawatan spiritual.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran persepsi mahasiswa tentang perawatan spiritual.

2. Tujuan Khusus

- Mengetahui persepsi mahasiswa tentang definisi spiritual
- Mengetahui persepsi mahasiswa tentang sudut pandang perawatan spiritual
- Mengetahui persepsi mahasiswa tentang sikap perawatan spiritual
- Mengetahui persepsi mahasiswa tentang nilai perawatan spiritual
- Mengetahui persepsi mahasiswa tentang kelengkapan / atribut perawatan spiritual

D. Manfaat

1. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini dapat menjadi gambaran persepsi mahasiswa mengenai keperawatan spiritual sehingga diharapkan mahasiswa mampu meningkatkan kemampuannya terutama di bidang keperawatan spiritual.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan untuk membuat kurikulum tentang keperawatan spiritual mengingat pentingnya keperawatan spiritual untuk bisa dipahami dan diaplikasikan.

3. Bagi Penelitian Berikutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data pendukung dalam penelitian berikutnya khususnya penelitian tentang keperawatan spiritual sebagai salah satu aspek penting dalam keperawatan holistik

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Perawatan Spiritual

a. Spiritualitas

1) Definisi

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta, sebagai contoh seseorang yang percaya kepada Allah sebagai Pencipta atau sebagai Maha Kuasa. Spiritualitas mengandung pengertian hubungan manusia dengan Tuhannya dengan menggunakan instrumen (*medium*) ibadah, membaca kitab suci, mendengarkan musik religi. (21)

2) Karakteristik

Perawat perlu memiliki kemampuan mengidentifikasi atau mengenal karakteristik spiritualitas. Hal ini bertujuan untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan dengan memerhatikan kebutuhan spiritual penerima pelayanan keperawatan. (9)

Karakter spiritualitas yang wajib dipahami oleh perawat antara lain(9,22) :

- a) Hubungan dengan diri sendiri, kekuatan dalam dan *self reliance*

Merupakan kekuatan dari dalam diri seseorang yang meliputi pengetahuan diri yaitu siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya dan juga sikap yang menyangkut kepercayaan pada diri-sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran, serta keselarasan dengan diri-sendiri.

Kekuatan yang timbul dari diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantaranya memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan, dan tujuan hidup yang semakin jelas.

- b) Hubungan dengan alam yang harmonis

Harmonis disini merupakan gambaran hubungan seseorang dengan alam yang meliputi pengetahuan tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim dan berkomunikasi dengan alam serta melindungi alam tersebut.

Selain itu, berkomunikasi dengan alam (berjalan kaki, bertanam), mengabdikan diri pada alam serta turut serta dalam upaya untuk melindungi alam juga termasuk salah satu bentuk keharmonisan hubungan dengan alam.

c) Hubungan dengan orang lain yang harmonis/ suportif

Hubungan ini terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, pengetahuan dan sumber secara timbal balik, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan orang yang sakit, serta meyakini kehidupan dan kematian. Sedangkan kondisi yang tidak harmonis mencakup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi.

Hubungan dengan orang lain lahir dari kebutuhan akan keadilan dan kebaikan, menghargai kelemahan dan kepekaan orang lain, rasa takut akan kesepian, keinginan dihargai dan diperhatikan, dan lain sebagainya. Dengan demikian apabila seseorang mengalami kekurangan ataupun mengalami stres, maka orang lain dapat memberi bantuan psikologis dan sosial.

d) Hubungan dengan Ketuhanan.

Keadaan ini menyangkut sembahyang dan berdoa, keikutsertaan dalam kegiatan ibadah, perlengkapan keagamaan, serta bersatu dengan alam.

Kebutuhan spiritual seseorang terpenuhi apabila mampu merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia/kehidupan, mengembangkan

arti penderitaan serta meyakini hikmah dari satu kejadian atau penderitaan, menjalin hubungan yang positif dan dinamis, membina integritas personal dan merasa diri berharga, merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif. (23)

3) Aspek Spiritual

Menurut Burkhardt(9,23), spiritualitas memiliki beberapa aspek yaitu :

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

4) Dimensi Spiritual

Dimensi spiritual berfungsi untuk mempertahankan keharmonisan atau keselarasan dengan dunia luar, menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika sedang menghadapi stress emosional, penyakit fisik, atau kematian. Dimensi spiritual juga dapat menumbuhkan kekuatan yang timbul diluar kekuatan manusia.(22)

Spiritual sendiri memiliki beberapa dimensi, diantaranya(24) :

- a) Spiritualitas sebagai suatu yang multidimensi, yaitu:
 - Dimensi eksistensial: dalam hal ini spiritual berfokus pada tujuan dan arti kehidupan
 - Dimensi agama: spiritual lebih berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Esa.
- b) Spiritualitas sebagai konsep dua dimensi yaitu:
 - Dimensi vertikal adalah hubungan dengan Tuhan yang selalu menuntun kehidupan seseorang
 - Dimensi horizontal adalah hubungan seseorang dengan diri sendiri, dengan orang lain dan dengan lingkungan.

5) Faktor yang Mempengaruhi Spiritual

Menurut Taylor dkk dan Craven yang telah dikutip oleh Hamid di dalam bukunya(9,23), faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang adalah:

a) Tahap perkembangan

Spiritual berhubungan dengan kekuasaan non material, seseorang harus memiliki beberapa kemampuan berfikir abstrak sebelum mulai mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan yang Maha Kuasa.

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

mempunyai persepsi tentang Tuhan dan sembahyang yang berbeda menurut usia, seks, agama, dan kepribadian anak.

b) Keluarga

Tidak begitu banyak yang diajarkan keluarga tentang Tuhan dan agama, tapi individu belajar tentang Tuhan, kehidupan dan diri sendiri dari tingkah laku keluarganya. Oleh karena itu keluarga merupakan lingkungan terdekat dan dunia pertama dimana individu mempunyai pandangan, pengalaman terhadap dunia yang diwarnai oleh pengalaman dengan keluarganya.

c) Latar belakang etnik dan budaya

Sikap, keyakinan, dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya, seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga. Anak belajar pentingnya menjalankan kegiatan agama, termasuk nilai moral dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai bentuk kegiatan keagamaan. Namun, perlu diperhatikan bahwa apapun tradisi agama atau sistem kepercayaan yang dianut individu, tetap saja pengalaman spiritual adalah hal unik bagi tiap individu.

d) Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup, baik yang positif maupun negatif dapat mempengaruhi spiritualitas seseorang. Sebaliknya, juga

dipengaruhi oleh bagaimana seseorang mengartikan secara spiritual kejadian atau pengalaman tersebut. Peristiwa dalam kehidupan sering dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji kekuatan imannya. Pada saat ini, kebutuhan spiritual akan meningkat yang memerlukan kedalaman spiritual dan kemampuan coping untuk memenuhinya.

e) Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalaman spiritual seseorang. Krisis sering dialami ketika seseorang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian, khususnya pada klien dengan penyakit terminal atau dengan prognosis yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual selain juga pengalaman yang bersifat fisik dan emosional.

f) Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dan sistem dukung sosial. Klien yang dirawat merasa terisolasi dalam ruangan yang asing baginya dan merasa tidak aman. Kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah antara lain: tidak dapat menghadiri acara resmi,

mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang biasa memberi dukungan setiap saat diinginkan. Terpisahkan klien dari ikatan spiritual dapat berisiko terjadinya perubahan fungsi spiritualnya.

g) Isu Moral Terkait Dengan Terapi

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

h) Asuhan Keperawatan Yang Kurang Sesuai

Ketika memberikan asuhan keperawatan kepada klien, perawat diharapkan peka terhadap kebutuhan spiritual klien, tetapi dengan berbagai alasan ada kemungkinan perawat justru menghindar untuk memberikan asuhan spiritual. Alasan tersebut antara lain karena perawat merasa kurang nyaman dengan kehidupan spiritualnya, kurang menganggap penting kebutuhan spiritual, tidak mendapatkan pendidikan tentang aspek spiritual dalam keperawatan, atau merasa

bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual klien bukan menjadi tugasnya, tetapi tanggung jawab pemuka agama.

6) Tahap Perkembangan Spiritual

Perawat yang bekerja di garis terdepan harus mampu memenuhi semua kebutuhan manusia termasuk juga kebutuhan spiritual klien. Berbagai cara dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien mulai dari pemenuhan makna dan tujuan spiritual sampai dengan memfasilitasi klien untuk mengekspresikan agama dan keyakinannya.

Perawat harus mengetahui tahap perkembangan spiritual dari manusia, sehingga perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dengan tepat dalam rangka memenuhi kebutuhan spiritual klien. Tahap perkembangan klien dimulai dari lahir sampai klien meninggal dunia. Perkembangan spiritual manusia dapat dilihat dari tahap perkembangan mulai dari bayi, anak-anak, pra sekolah, usia sekolah, remaja, dewasa muda, dewasa pertengahan, dewasa akhir, dan lanjut usia. Secara umum tanpa memandang aspek tumbuh-kembang manusia proses perkembangan aspek spiritual dilihat dari kemampuan kognitifnya dimulai dari pengenalan, internalisasi, peniruan, aplikasi dan dilanjutkan dengan instropeksi.(25)

Tahap perkembangan spiritual individu menurut Hamid (9,23) adalah sebagai berikut:

a) Bayi dan Toddler (0 – 2 tahun)

Perkembangan spiritual bayi merupakan dasar untuk perkembangan spiritual selanjutnya. Bayi memang belum memiliki moral untuk mengenal arti spiritual, belum memiliki rasa salah dan benar, serta belum memiliki keyakinan spiritual. Keluarga yang spiritualnya baik merupakan sumber dari terbentuknya perkembangan spiritual yang baik pada bayi. Oleh karena itu, perawat dapat menjalin kerjasama dengan orang tua bayi tersebut untuk membantu pembentukan nilai-nilai spiritual pada bayi.

b) Prasekolah

Anak sudah mengalami peningkatan kemampuan kognitif pada tahap perkembangan ini. Anak dapat belajar membandingkan hal yang baik dan buruk untuk melanjutkan peran kemandirian yang lebih besar. Tahap perkembangan ini memperlihatkan bahwa anak-anak mulai berlatih untuk berpendapat dan menghormati acara-acara ritual dimana mereka merasa tinggal dengan aman. Observasi kehidupan spiritual anak dapat dimulai dari kebiasaan yang sederhana seperti cara berdoa sebelum tidur dan berdoa sebelum makan, atau cara anak memberi salam dalam kehidupan sehari-hari.

Anak akan lebih merasa senang jika menerima pengalaman-pengalaman baru, termasuk pengalaman spiritual.

Pada tahap perkembangan lebih lanjut, anak mulai memahami kebutuhan sosial, norma, dan harapan, serta berusaha menyesuaikan dengan norma keluarga. Anak tidak hanya membandingkan sesuatu benar atau salah, tetapi membandingkan norma yang dimiliki keluarganya dengan norma keluarga lain. Kebutuhan anak pada masa pra sekolah adalah mengetahui filosofi yang mendasar tentang isu-isu spiritual. Kebutuhan spiritual ini harus diperhatikan karena anak sudah mulai berfikir konkret. Mereka kadang sulit menerima penjelasan mengenai Tuhan yang abstrak, bahkan mereka masih kesulitan membedakan Tuhan dan orang tuanya

c) Usia Sekolah

Usia sekolah merupakan masa yang paling banyak mengalami peningkatan kualitas kognitif pada anak. Anak usia sekolah (6-12 tahun) berfikir secara konkret, tetapi mereka sudah dapat menggunakan konsep abstrak untuk memahami gambaran dan makna spiritual dan agama mereka. Minat anak sudah mulai ditunjukkan dalam sebuah ide, dan anak dapat diajak berdiskusi dan menjelaskan apakah keyakinan. Orang tua dapat mengevaluasi pemikiran sang anak terhadap dimensi spiritual mereka

d) Remaja

Tahap perkembangan ini ditandai dengan individu yang sudah mengerti akan arti dan tujuan hidup, menggunakan pengetahuan misalnya untuk mengambil keputusan saat ini dan yang akan datang. Kepercayaan berkembang dengan mencoba dalam hidup. Remaja menguji nilai dan kepercayaan orang tua mereka dan dapat menolak atau menerimanya. Secara alami, mereka dapat bingung ketika menemukan perilaku dan role model yang tidak konsisten.

Remaja pada umumnya memiliki tingkat kepercayaan pada kelompok lebih tinggi daripada kepercayaan pada keluarga, namun keyakinan yang diambil dari orang lain biasanya tetap yang mirip dengan kebiasaan keluarga. Bagi orang tua ini merupakan tahap paling sulit karena orang tua harus mulai melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja pada tahap perkembangan ini.

e) Dewasa

Dewasa muda (18-25 tahun). Pada tahap ini individu menjalani proses perkembangannya dengan melanjutkan pencarian identitas spiritual, memikirkan untuk memilih nilai dan kepercayaan mereka yang dipelajari saat kanak-kanak dan berusaha melaksanakan sistem kepercayaan mereka sendiri.

Spiritual bukan merupakan perhatian utama pada usia ini, mereka lebih banyak memudahkan hidup walaupun mereka tidak memungkiri bahwa mereka sudah dewasa.

Dewasa pertengahan (25-38 tahun). Dewasa pertengahan merupakan tahap perkembangan spiritual yang sudah benar-benar mengetahui konsep yang benar dan yang salah, mereka menggunakan keyakinan moral, agama dan etik sebagai dasar dari sistem nilai. Mereka sudah merencanakan kehidupan, mengevaluasi apa yang sudah dikerjakan terhadap kepercayaan dan nilai spiritual.

Dewasa akhir (38-65 tahun). Periode perkembangan spiritual pada tahap ini digunakan untuk introspeksi dan mengkaji kembali dimensi spiritual, kemampuan intraspeksi ini sama baik dengan dimensi yang lain dari diri individu tersebut. Biasanya kebanyakan pada tahap ini kebutuhan ritual spiritual meningkat

f) Lansia

Kelompok lansia mempunyai lebih banyak waktu untuk kegiatan agama dan berusaha untuk mengerti nilai agama yang diyakini oleh generasi muda. Riset membuktikan orang yang agamanya baik, mempunyai kemungkinan melanjutkan kehidupan lebih baik. Bagi lansia yang agamanya tidak baik menunjukkan tujuan hidup yang kurang, rasa tidak berharga,

tidak dicintai, ketidakbebasan dan rasa takut mati. Sedangkan pada lansia yang spiritualnya baik ia tidak takut mati dan dapat lebih mampu untuk menerima kehidupan.

Perasaan kehilangan karena pensiun dan tidak aktif serta menghadapi kematian orang lain (saudara, sahabat) menimbulkan rasa kesepian dan mawas diri. Pada masa ini walaupun membayangkan kematian, mereka banyak menggeluti spiritual sebagai isu yang menarik. Keyakinan spiritual yang terbangun dengan baik membantu lansia menghadapi kenyataan, berpartisipasi dalam hidup, merasa memiliki harga diri, dan menerima kematian sebagai sesuatu yang tidak dapat dihindari.

7) Sumber Spiritual dan Agama

Perawat harus mengenali beberapa sumber-sumber spiritual yang tersedia, terutama pelayanan pastoral, doa, kitab suci, ritual keagamaan, artikel kebaktian, relaksasi musik religi. Sumber-sumber tersebut harus dipahami dan dilakukan oleh perawat untuk memberikan perawatan spiritual kepada pasien dari berbagai tradisi keagamaan.(9)

a) Perawatan Pastoral

Perawatan pastoral menggambarkan intervensi yang dilakukan oleh pemuka agama dalam menanggapi respon spiritual atau kebutuhan spiritual orang lain. Kegiatan

perawatan pastoral meliputi penguatan mental dan hubungan sosial yang dilakukan menggunakan percakapan informal dan formal sebagai ritual yang terstruktur. Perawatan pastoral sama seperti intervensi perawatan spiritual yang signifikan menyembuhkan bagian-bagian yang sakit.

b) Doa

Doa merupakan suatu permintaan atau permohonan untuk memperoleh hasil yang terbaik. Doa diartikan sebagai tindakan spiritual yang diperlukan untuk membawa seseorang dalam berhubungan dengan Tuhan. Doa yang dilakukan secara formal dan informal akan menjadi pusat penyembuhan orang sakit. Terkadang penyakit akut menjadi penghalang bagi pasien untuk melakukan doa sehingga doa perawat untuk dan dengan pasien dapat menjadi intervensi perawatan spiritual yang sangat penting. Doa yang pendek, pernyataan sederhana kepada Tuhan dari harapan pasien, ketakutan, kebutuhan, dan pengakuan pasien jika Tuhan akan memberikan kesembuhan merupakan doa yang bermanfaat untuk kesembuhan pasien.

c) Kitab Suci

Kitab suci atau firman Tuhan adalah materi tertulis yang dihormati dan panduan prinsip-prinsip untuk banyak tradisi keagamaan. Bagi masyarakat Yahudi, kitab suci Ibrani sebagaimana tercantum dalam Taurat merupakan kata dan

hukum-hukum Allah untuk makhluk-Nya. Untuk seorang Kristen, buku lama dan perjanjian baru yang terkandung dalam Alkitab dihormati. Demikian pula bagi umat Islam bahwa kitab suci AlQur'an dapat sebagai penghibur bagi pasien yaitu prinsip waktu yang tepat dalam menggunakannya. Kitab suci tampak sebagai penghibur seorang pasien yang marah atau tertekan atau mengalami rasa ketidaknyamanan seperti nyeri akut.

d) Ritual Agama

Ritual agama adalah perilaku yang mencerminkan dan menghormati keyakinan spiritual atau agama dari orang lain. Ritual agama dapat sebagai penyembuhan penyakit pasien. Dengan demikian, penggunaan atau dukungan untuk ritual agama menjadi bagian integral dari intervensi perawatan rohani yang diberikan perawat. Young dan Koospen(26) telah mengidentifikasi pentingnya beberapa ritual keagamaan dalam kaitannya dengan kesehatan dan penyembuhan seperti doa, meditasi, visualisasi, pencitraan atau *guided imagery*, tari dan bercerita. Pasien Muslim memiliki teologi berupa lima rukun Islam, solat wajib lima waktu dalam sehari menghadap timur (Mekah). Perawat dapat mendukung kebutuhan ibadah atau doa harian pasien Muslim yaitu dengan memberikan sajadah menghadap ke kiblat dan meletakkannya pada tempat privasi

dan tempat untuk berwudhu atau fasilitas untuk membasuh tangan dan wajah.

e) Artikel Renungan

Seorang Muslim dapat memilih membaca ayat-ayat dari AlQur'an atau berdzikir, melafalkan 99 nama Allah. Sedangkan seorang pasien Kristen akan membaca kitab suci seperti Alkitab atau kitab Mormon, sering melakukan renungan kepada salib, patung, gambar kudus sebagai simbol atau memiliki makna Tuhan bagi mereka.

f) Terapi Musik Sakral

Musik adalah bagian dari semua budaya dan tradisi keagamaan terutama sebagai dimensi utama dari ibadah. Musik yang digunakan adalah musik yang mengekspresikan kedalaman perasaan jiwa seseorang atau musik sakral. Individu sering menggunakan musik untuk menghilangkan stress, dan terapi musik ini dapat digunakan sebagai salah satu metode penyembuhan.

8) Perubahan fungsi spiritual

Ketidakseimbangan yang disebabkan oleh gangguan pada keyakinan atau nilai dari sebuah sistem yang memberikan kekuatan, harapan dan arti dari kehidupan biasa disebut *Spiritual Distress*. Keadaan ini biasanya terjadi karena kehilangan sesuatu yang berharga dalam hidup, kebingungan terhadap makna dan

tujuan hidup, kematian, terganggunya hubungan dengan diri sendiri dan orang lain, ataupun adanya konflik dengan kepercayaan dan praktik keagamaan. Tanda yang sering muncul pada *spiritual distress* adalah ketakutan, keraguan, mengalami depresi, dan putus asa.(26,27)

Menurut Achir(9), terdapat beberapa perubahan perilaku pada individu yang mengalami masalah spiritual, yaitu:

a) Verbalisasi distress

Individu yang mengalami gangguan fungsi spiritual, biasanya akan memverbalisasikan atau mengekspresikan *distress* yang dialaminya untuk mendapatkan bantuan.

b) Perubahan perilaku

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual. Klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang mengalami *distress* spiritual. Berikut adalah tabel ekspresi kebutuhan spiritual.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
Rasa percaya	a. Rasa percaya terhadap diri sendiri dan kesabaran. b. Menerima bahwa yang lain akan mampu memenuhi kebutuhan.	a. Merasa tidak nyaman dengan kesadaran diri. b. Mudah tertipu. c. Ketidakmampuan untuk terbuka dengan orang lain.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
	<ul style="list-style-type: none"> c. Rasa percaya terhadap kehidupan walaupun terasa berat. d. Keterbukaan terhadap Tuhan. 	<ul style="list-style-type: none"> d. Merasa bahwa hanya orang tertentu dan tempat tertentu yang aman. e. Mengharapkan orang tidak berbuat baik dan tidak tergantung. f. Ingin kebutuhan dipenuhi segera, tidak dapat menunggu. g. Tidak terbuka kepada Tuhan. h. Takut terhadap maksud Tuhan.
Kemampuan memberi maaf	<ul style="list-style-type: none"> a. Menerima diri sendiri dan orang lain dapat berbuat salah. b. Tidak mendakwa atau berprasangka buruk. c. Memandang penyakit sebagai sesuatu yang nyata. d. Memaafkan diri sendiri. e. Memaafkan orang lain. f. Menerima pengampunan Tuhan. g. Pandangan yang realistis terhadap masa lalu. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Merasa penyakit sebagai suatu hukuman. b. Merasa Tuhan sebagai penghukum. c. Merasa maaf hanya diberikan berdasarkan perilaku. d. Tidak menerima diri sendiri e. Menyalahkan diri sendiri atau orang lain.
Mencintai dan ketertarikan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengekspresikan perasaan dicintai oleh orang lain atau Tuhan. b. Mampu menerima bantuan. c. Menerima diri sendiri. d. Mencari kebaikan dari orang lain. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Takut akan tergantung dengan orang lain. b. Menolak bekerja sama dengan tenaga kesehatan. c. Cemas berpisah dengan keluarga. d. Menolak diri sendiri serta angkuh dan mementingkan diri sendiri. e. Tidak mampu untuk mempercayai diri sendiri dicintai oleh Tuhan, tidak punya hubungan rasa cinta dengan Tuhan.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
		<ul style="list-style-type: none"> f. Merasa tergantung dan hubungan bersifat magic dengan Tuhan. g. Merasa jauh dengan Tuhan.
Keyakinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Ketergantungan dengan anugerah Tuhan. b. Termotifasi untuk tumbuh. c. Mengekspresikan kepuasan dengan menjelaskan kehidupan setelah kematian. d. Mengekspresikan kebutuhan untuk memasuki kehidupan dan atau memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas. e. Mengekspresikan kebutuhan ritual. f. Mengekspresikan kehidupan untuk merasa berbagi keyakinan. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengekspresikan perasaan ambivalens terhadap Tuhan. b. Tidak percaya terhadap kekuasaan Tuhan. c. Takut kematian. d. Merasa terisolasi dari kepercayaan masyarakat sekitar. e. Merasa pahit, frustrasi dan marah terhadap Tuhan. f. Nilai, keyakinan dan tujuan hidup yang tidak jelas. g. Konflik nilai. h. Tidak mempunyai komitmen.
Kreatifitas dan harapan	<ul style="list-style-type: none"> a. Meminta informasi tentang kondisi. b. Membicarakan kondisinya secara realistik. c. Menggunakan waktu selama dirawat inap secara konstruktif. d. Mencari cara untuk mengekspresikan diri. e. Mencari kenyamanan batin daripada fisik. f. Mengekspresikan harapan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengekspresikan perasaan takut kehilangan kendali diri. b. Mengekspresikan kebosanan diri. c. Tidak mempunyai visi alternatif yang memungkinkan. d. Takut terhadap terapi. e. Putus asa. f. Tidak dapat menolong atau menerima diri sendiri. g. Tidak dapat menikmati apapun.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku adaptif	Tanda pola atau perilaku maladaptif
	tentang masa depan.	h. Telah menunda pengambilan keputusan.
	g. Terbuka terhadap kemungkinan mendapatkan kedamaian	
Arti dan tujuan	a. Mengekspresikan kepuasan hidup. b. Menjalani kehidupan sesuai dengan sistem nilai. c. Menggunakan penderitaan sebagai cara memahami diri. d. Mengekspresikan arti kehidupan/ kematian. e. Mengekspresikan komitmen dan orientasi hidup. f. Menjelaskan tentang apa yang penting	a. Mengekspresikan tidak ada alasan bertahan hidup. b. Tidak dapat menerima arti penderitaan yang dialami. c. Mempertanyakan arti kehidupan. d. Mempertanyakan tujuan penyakit. e. Tidak dapat merumuskan tujuan dan tidak mencapai tujuan. f. Telah menunda pengambilan keputusan yang penting.

Tabel 2.1 Ekspresi Kebutuhan Spiritual

b. Perawatan Spiritual

1) Definisi

Perawatan spiritual merupakan salah satu bidang keperawatan yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan spiritual dan agamis yang sering terganggu akibat penyakit. (26)

Perawatan spiritual meliputi mempromosikan integritas individu, hubungan interpersonal, dan pencarian makna kehidupan. Hal ini melibatkan kemampuan dari penyedia pelayanan kesehatan, terutama perawat, untuk mengenali dan

merespon berbagai macam aspek spiritual yang ditemui pada pasien dan keluarganya.(26,28)

Para ahli berpendapat bahwa perawatan spiritual terdiri dari beberapa hal yang biasa disebut 5R, yaitu :

a) Reason and Reflection

Pasien pada kondisi tertentu kerap mencari makna dan tujuan dirinya hidup, sehingga diharapkan penyedia pelayanan kesehatan, terutama perawat, mampu membantu pasien merefleksikan diri terhadap penderitaan yang dialaminya untuk menemukan tujuan dari hidupnya.

b) Religion

Agama memberikan jawaban terhadap pertanyaan yang menyangkut kehidupan dan kematian. Perawat sebagai penyedia layanan kesehatan wajib menghargai dan menghormati berbagai bentuk kepercayaan pasien meskipun apa yang dilakukan oleh pasien bertentangan dengan keyakinannya.

c) Relationships

Hubungan antara orang lain, diri sendiri dan Tuhan adalah kunci dari spiritualitas. Hubungan yang baik ini dapat menjadi satu pendorong dalam proses penyembuhan penyakit yang sedang di derita.

d) Restoration

Aspek ini menyangkut kemampuan spiritual pasien untuk mempengaruhi kondisi fisiknya. Sebagai contoh, ketika pasien mengalami sakit yang parah, spiritualitas berperan penting karena membantu pasien menemukan makna dari sakit yang sedang dialaminya.

2) Karakteristik Perawatan Spiritual(9)

- a) Perawatan spiritual berlandaskan rasa empati
- b) Selalu menegaskan nilai dari seseorang
- c) Selalu merespon terhadap kebutuhan religius maupun nonreligius
- d) Selalu memperhatikan kebutuhan manusia untuk memahami dan dipahami
- e) Mengakui martabat dan kemuliaan hidup setiap manusia
- f) Selalu menghargai setiap manusia seutuhnya

3) Kelengkapan perawatan spiritual

Keperawatan spiritual terdiri dari 4 hal penting, yaitu intuisi, interpersonal, altruistic, dan intergratif.(29) Intuisi adalah atribut inti dari keperawatan spiritual karena spritualitas sendiri susah dipahami jika hanya menggunakan pendekatan logika dan pemikiran rasional. Intuisi dapat diartikan sebagai cara untuk mengetahui sesuatu tanpa menggunakan pemikirin logis dan analisis lebih lanjut.

Atribut kedua dari perawatan spritual adalah hubungan interpersonal yang membutuhkan keterlibatan pemberi pelayanan kesehatan secara terapeutik. Keinginan untuk melawan rasa takut dan kecemasan kita akan berhubungan dengan pasien terkadang menjadi kendala dilapangan karena tidak semudah teori sehingga perlu pembiasaan. Hubungan interpersonal harus difasilitasi dengan kemampuan komunikasi verbal maupun nonverbal yang baik, sikap yang hangat, saling menghargai, empati, dan saling mendengarkan. Hubungan dan komunikasi yang terbuka, tidak menghakimi, dan saling mendengarkan adalah salah satu kunci suksesnya perawatan spritual.

Atribut ketiga dari perawatan spritual adalah mengutamakan kepentingan orang lain. Atribut ini biasanya dijelaskan dengan “perawat harus lebih mengutamakan kepentingan pasien daripada kepentingan dirinya sendiri”. Pada umumnya karakteristik dari perawat yang memfasilitasi perawatan spritual adalah memiliki empati, suka membantu, *caring*, penuh kasih sayang dan perhatian. Namun salah satu kriteria yang penting yaitu mengutamakan kepentingan pasien sering diabaikan sehingga sering terjadi kasus dimana pasien sering merasa ditelantarkan.

Atribut yang terakhir adalah intergratif. Spiritualitas adalah sebuah dorongan yang memberikan arti dan petunjuk kepada seluruh aspek kehidupan. Spiritualitas tidak dapat dipisahkan dari

aspek fisik, sosial, atau emosi dari individu. Perawatan spiritual yang integratif menganggap semua aspek keperawatan sama dengan bagaimana spiritualitas memberikan arti dan petunjuk pada seluruh aspek kehidupan. Perawat yang berkecimpung dalam keperawatan spiritual akan memperlakukan aspek perawatan fisik sama berhati-hatinya dengan bagaimana seseorang mencari makna kehidupannya. Untuk pasien, keperawatan spiritual seharusnya mendorong integrasi dari semua aspek kehidupan pasien melalui pencarian makna dan hikmah dari setiap masalah yang sedang. Pada akhirnya tujuan dari perawatan spiritual yang telah terintegrasi adalah memfasilitasi hubungan dengan keluarga, orang lain, dan komunitas yang lebih besar

4) Nilai perawatan spiritual

Perawatan spiritual memiliki tiga nilai penting yang harus selalu dipahami oleh pemberi pelayanan kesehatan.(30) Pertama, pemberi pelayanan kesehatan harus mengenali keunikan dari masing-masing individu dan semua informasi yang mereka butuhkan. Kedua, pemberi pelayanan kesehatan harus selalu melihat perawatan spritual sebagai satu bagian penting dari perawatan holistik yang ditawarkan kepada pasien. Nilai yang ketiga adalah perawatan yang selalu berfokus pada pasien dan mengizinkan pasien untuk menentukan aspek-aspek mana saja yang bisa diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan.

5) Sikap perawatan spiritual

Pada umumnya sikap perawat spiritual adalah selalu memiliki pandangan positif dan selalu menerima pasien seutuhnya, memiliki empati, serta memiliki ketulusan.⁽³¹⁾ Perawat spiritual harus selalu menunjukkan pandangan positif dan penerimaan yang baik ketika dia berusaha memahami dan menerima pasien. Ini berarti perawat harus selalu menghormati, menghargai, dan bahkan memberikan apresiasi kepada pasien dengan cara yang baik dan tidak menyinggung. Namun dengan menunjukkan pandangan positif dan penerimaan yang baik tidak berarti perawat harus selalu menerima kebiasaan ataupun tindakan yang diberikan pada pasien, terlebih bila tindakan itu bisa memperburuk keadaan pasien.

Selain itu, pemberi pelayanan kesehatan harus memiliki empati. Empati sendiri dapat berarti sepenuhnya mendengarkan dan merasakan bersama dengan orang tersebut dan tidak hanya mendengarkan sebuah cerita yang belum tentu kebenarannya. Terdapat perbedaan antara hanya mendengarkan dengan mendengarkan dengan sungguh-sungguh. Empati yang sesungguhnya hanya bisa didapatkan dengan mendengarkan sepenuhnya cerita dari yang bersangkutan sehingga menjadi suatu pekerjaan yang sulit untuk dilakukan.

Perawat spiritual harus selalu menunjukkan ketulusan kepada pasien saat melakukan tindakan keperawatan. Perawat

tersebut harus tulus dan ikhlas sehingga tidak hanya memainkan peran perawat karena keterpaksaan. Meskipun orang datang kepada perawat karena perannya sebagai perawat, mereka juga membutuhkan perawat untuk bisa melihat dan merasakan bersama apa yang sedang dirasakan dan juga membutuhkan perawat sebagai orang yang tulus membantu.

6) Faktor yang Mempengaruhi Perawatan Spiritual

Menurut Tiew(32), terdapat 3 faktor yang mempengaruhi perawatan spiritual, yaitu *Personal factors*, *System factors*, dan *Patient and Public factors*.

a) *Personal Factors*

Spiritualitas selalu dianggap sebagai suatu masalah yang kompleks dan sangat dipengaruhi oleh pola asuh, kepercayaan, sikap, dan kepribadian dari seseorang.

b) *System Factors*

Terdapat 2 elemen penting yang mempengaruhi *System Factors* yaitu elemen fisik dan non fisik. Contoh dari elemen fisik adalah sumber daya, tenaga kerja, fasilitas, dan tingkat pendidikan. Elemen non fisik sendiri terkait dengan lingkungan psikologis, seperti rekan kerja dan budaya organisasi.

c) *Patient and Public Factors*

Patient and Public Factors mengacu pada perspektif spiritual, kesadaran spiritual, kondisi kesehatan, serta sistem pendukung pasien dan orang-orang sekitar mereka. Dalam hal ini, anggota keluarga pasien dimasukkan karena mereka dianggap mempengaruhi proses pemberian perawatan spiritual.

2. Persepsi

a. Definisi

Persepsi adalah gambaran seseorang tentang objek, orang, kejadian dan hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkan pesan.(33–36) Persepsi merupakan salah satu aspek psikologis yang penting bagi manusia dalam merespon kehadiran berbagai aspek dan gejala di sekitarnya. Persepsi membantu manusia bertindak dan memahami dunia sekelilingnya, karena persepsi adalah mata rantai terakhir dalam suatu rangkaian peristiwa yang saling terkait. Namun, hasil persepsi tetap mengandung dua kemungkinan, yaitu benar dan salah. Persepsi dianggap benar jika ada kesesuaian antara apa yang dipahami (dipersepsikan) dengan stimulus atau objek sebenarnya. Dan persepsi salah apabila tidak ada sinkronitas antara keduanya.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi

Menurut Miftah Toha (37), faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah sebagai berikut :

- 1) Faktor internal: perasaan, sikap dan kepribadian individu, prasangka, keinginan atau harapan, perhatian (fokus), proses belajar, keadaan fisik, gangguan kejiwaan, nilai dan kebutuhan juga minat, dan motivasi.
- 2) Faktor eksternal: latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebutuhan sekitar, intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan gerak, hal-hal baru dan familiar atau ketidak asingan suatu objek.

Faktor-faktor tersebut menjadikan persepsi individu berbeda satu sama lain dan akan berpengaruh pada individu dalam mempersepsi suatu objek, stimulus, meskipun objek tersebut benar-benar sama. Persepsi seseorang atau kelompok dapat jauh berbeda dengan persepsi orang atau kelompok lain sekalipun situasinya sama. Perbedaan persepsi dapat ditelusuri pada adanya perbedaan-perbedaan individu, perbedaan-perbedaan dalam kepribadian, perbedaan dalam sikap atau perbedaan dalam motivasi. Pada dasarnya proses terbentuknya persepsi ini terjadi dalam diri seseorang, namun persepsi juga dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, dan pengetahuannya.

c. Proses Persepsi

Menurut Miftah Toha (37), proses terbentuknya persepsi didasari pada beberapa tahapan, yaitu:

1) Stimulus atau Rangsangan

Terjadinya persepsi diawali ketika seseorang dihadapkan pada suatu stimulus/rangsangan yang hadir dari lingkungannya.

2) Registrasi

Dalam proses registrasi, suatu gejala yang nampak adalah mekanisme fisik yang berupa penginderaan dan syarat seseorang berpengaruh melalui alat indera yang dimilikinya. Seseorang dapat mendengarkan atau melihat informasi yang terkirim kepadanya, kemudian mendaftarkan semua informasi yang terkirim kepadanya tersebut.

3) Interpretasi

Interpretasi merupakan suatu aspek kognitif dari persepsi yang sangat penting yaitu proses memberikan arti kepada stimulus yang diterimanya. Proses interpretasi tersebut bergantung pada cara pendalaman, motivasi, dan kepribadian seseorang.

d. Persepsi Mahasiswa Tentang Perawatan Spiritual

Penelitian yang dilakukan oleh Tiew(10) pada tahun 2010 menemukan bahwa responden menganggap spiritualitas merupakan satu hal yang penting bagi individu untuk menjadi manusia seutuhnya. Selain itu spiritualitas diperlukan untuk mencapai kesejahteraan.

Ross(38) dalam penelitiannya menemukan bahwa mahasiswa memiliki pandangan yang luas tentang spiritualitas dan perawatan spiritual. Mereka menganggap bahwa dirinya lebih kompeten daripada mereka yang tidak mendapatkan pendidikan tentang perawatan spiritual.

3. Mahasiswa

a. Definisi

Mahasiswa adalah orang yang belajar di sekolah tingkat perguruan tinggi untuk mempersiapkan dirinya bagi suatu keahlian tingkat sarjana.(39)

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Mahasiswa dapat didefinisikan sebagai individu yang sedang menuntut ilmu ditingkat perguruan tinggi, baik negeri maupun swasta atau lembaga lain yang setingkat dengan perguruan tinggi. Mahasiswa dipandang memiliki tingkat kecerdasan yang tinggi, baik dalam berpikir maupun dalam bertindak. (40)

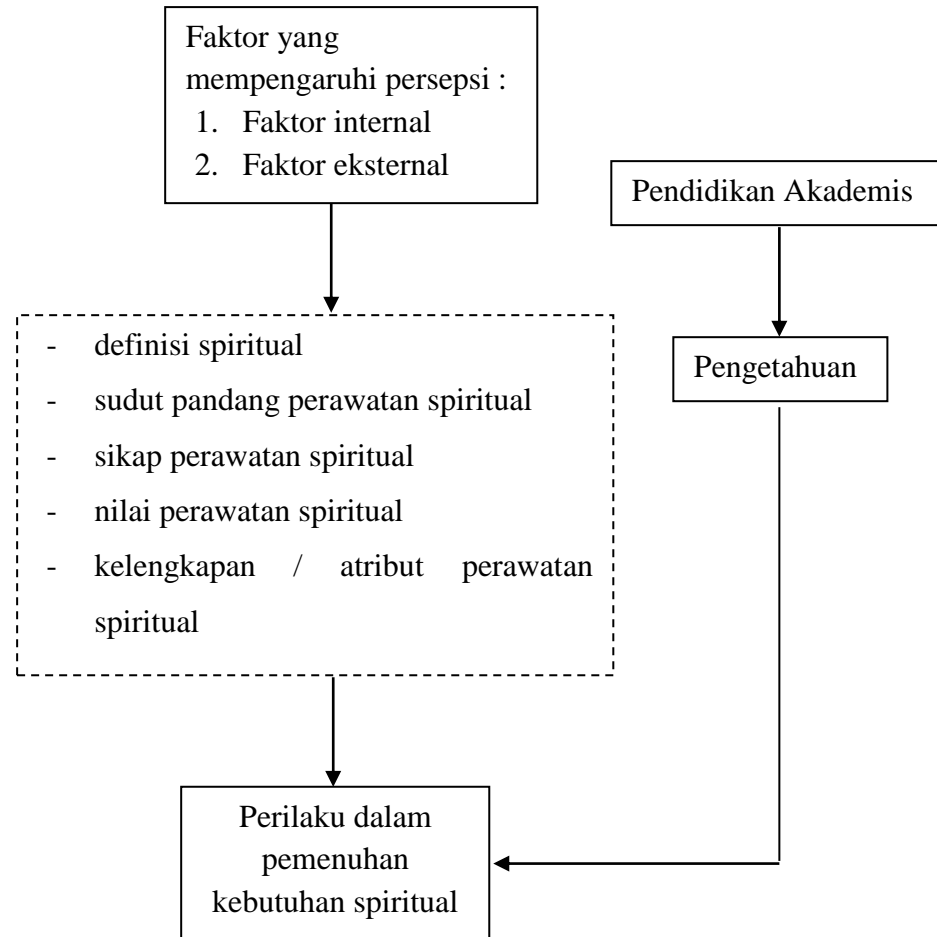
b. Karakteristik

Karakteristik mahasiswa secara umum menurut Dwi Siswoyo(41) adalah stabilitas kepribadian yang mulai meningkat, selalu berpikir dengan matang terhadap tujuan yang ingin diraih sehingga memiliki pandangan yang realistis terhadap dirinya. Senang bertukar pikiran merupakan salah satu karakteristik yang mudah

terlihat karena mahasiswa sering menyelesaikan masalah bersama-sama.

Mahasiswa juga dikenal lebih mandiri karena sebagian besar mahasiswa berada jauh dari orang tua maupun keluarga. Selain itu rasa ingin tahu yang tinggi dari seorang mahasiswa juga merupakan satu karakteristik yang khas karena dari rasa ingin tahu ini muncul beragam inovasi di berbagai bidang.

B. Kerangka Teori



2.1 Kerangka Teori

Keterangan:

↓ : pengaruh

⋯ : variabel yang diteliti

← : hubungan kuat

□ : variabel yang tidak diteliti

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan fokus penelitian yang akan diteliti, kerangka konsep ini terdiri dari variabel bebas (independent variable).

Adapun kerangka konsep dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

Persepsi mahasiswa tentang perawatan spiritual

- definisi spiritual
- sudut pandang perawatan spiritual
- sikap perawatan spiritual
- nilai perawatan spiritual
- kelengkapan / atribut perawatan spiritual

3.1 Kerangka Konsep

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Menurut Sugiyono(42) penelitian kuantitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, digunakan untuk meneliti pada populasi atau sampel tertentu, pengumpulan data menggunakan instrumen penelitian, analisis data bersifat kuantitatif/statistik, dengan tujuan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan.

Desain penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah penelitian deskriptif dengan metode survei. Penelitian deskriptif sendiri merupakan salah satu jenis penelitian kuantitatif. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengangkat fakta, keadaan, variabel, dan fenomena yang terjadi selama penelitian berlangsung dan menyajikan apa adanya. Penelitian ini tidak melakukan tindakan ataupun pengontrolan perlakuan pada subjek penelitian. (43,44) Penelitian survei sendiri adalah penelitian yang dilakukan pada populasi besar atau kecil, tetapi data yang dipelajari merupakan data dari sampel yang diambil dari populasi tersebut sehingga ditemukan kejadian-kejadian relatif, distribusi, dan hubungan-hubungan antarvariabel sosiologis dan psikologis.(44)

Pada penelitian ini dipakai penelitian deskriptif karena ingin didapatkan deskripsi atau gambaran mengenai fenomena penelitian yaitu terkait gambaran persepsi mahasiswa keperawatan tentang spiritualitas dan perawatan spiritual.

C. Populasi Penelitian

Populasi adalah *universum*. *Universum* dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui oleh peneliti. (43,45,46) Populasi penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan semester 8 di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan STIKES Ngudi Waluyo yang berjumlah 250 mahasiswa. Jumlah tersebut terdiri 110 mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan 140 mahasiswa STIKES Ngudi Waluyo.

D. Sampel Penelitian

Sampel adalah subunit populasi survei atau populasi survei itu sendiri, yang oleh peneliti dipandang mewakili populasi target. Dengan kata lain, sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih atas dasar kemampuan mewakilinya. (43,45,46)

1. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Adapun kriteria responden yang digunakan oleh peneliti adalah:

a. Kriteria Inklusi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari satu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti.(47,48) Kriteria Inklusi pada penelitian adalah :

- 1) Mahasiswa yang pernah praktek klinik di rumah sakit minimal 3 bulan

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek dari penelitian karena tidak terpenuhi syarat sebagai sampel.(47,48) Tidak ada kriteria eksklusi yang ditentukan dalam penelitian ini.

2. Besar Sampel

Tidak ada suatu ketentuan baku dalam penentuan besar kecilnya sampel, namun penetapan jumlah sampel yang terlalu besar selalu lebih baik

daripada kurang (*oversampling is always better than under sampling*). Meski demikian, ada cara untuk memperoleh jumlah sampel minimal, yaitu:

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

n : Jumlah sampel

N : Jumlah populasi

d : Tingkat kesalahan (0,05)

Sehingga bila jumlah populasi adalah 250, maka besar sampelnya adalah sebagai berikut :

$$n = \frac{250}{1+250 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{250}{1+250 (0,0025)}$$

$$n = \frac{250}{1+0.65}$$

$$n = \frac{250}{1.65}$$

$$n = 151$$

Untuk mencegah adanya kekurangan sampel akibat drop out, maka jumlah sampel tersebut diatas ditambahkan 10% (25 responden). Jadi, total sampelnya menjadi 176 mahasiswa.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *nonprobability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel dengan tidak memberikan peluang yang sama dari setiap anggota populasi, yang bertujuan tidak untuk generalisasi, yang berasas pada probabilitas yang tidak sama.(46,47,49) Pada penelitian ini, teknik pengambilannya dilakukan dengan cara *Consecutive sampling* yaitu teknik penentuan dengan cara mengambil semua subyek secara berurutan dan memenuhi kriteria pemilihan dimasukan kedalam penelitian sampai jumlah subyek terpenuhi.(43)

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di kampus Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan STIKES Ngudi Waluyo pada bulan Mei-Juni 2015. Peneliti mengambil 2 institusi ini karena memiliki akreditasi yang sama, yaitu B. Dengan akreditasi yang sama, diharapkan kurikulum dan sistem yang dianut tidak berbeda jauh sehingga data yang diambil bisa lebih valid.

F. Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

1. Variabel

Variabel dapat diartikan atribut dari subjek/objek yang akan diteliti yang bervariasi antara satu subjek/objek dengan yang lain(50–52). Pada penelitian ini variabel yang diteliti adalah persepsi mahasiswa tentang perawatan spiritual.

2. Skala Pengukuran

Skala pengukuran merupakan kesepakatan yang digunakan sebagai acuan untuk menentukan panjang pendeknya interval yang ada dalam alat ukur, sehingga alat ukur tersebut jika digunakan akan menghasilkan data kuantitatif. (50–52) Jenis-jenis skala pengukuran ada empat, yaitu :

a. Nominal

Data nominal adalah tingkatan data paling rendah menurut tingkatan pengukurannya. Data nominal ini pada satu individu tidak mempunyai variasi sama sekali sehingga 1 individu hanya punya 1 bentuk data.

b. Ordinal

Data ordinal pada dasarnya adalah hasil dari kuantifikasi data kualitatif. Pada data ordinal ini, data yang ada tidak mempunyai jarak data yang pasti. Sebagai contoh jarak antara sangat setuju (5) dan setuju (4) tidak dapat diketahui dengan pasti karena jarak antara sangat setuju (5) dan setuju (4) bukan 1 satuan (5-4), melainkan dimaknakan sebagai rangking atau peringkat, misalnya rangking 1,2,3,4,5 dst.

c. Interval

Data interval mempunyai tingkatan lebih rendah dari data rasio. Data rasio memiliki jarak data yang pasti namun tidak memiliki nilai nol mutlak. Contoh dari data interval ialah hasil dari nilai ujian matematika.

d. Rasio

Data rasio adalah tingkatan data yang paling tinggi. Data rasio memiliki jarak antar nilai yang pasti dan memiliki nilai nol mutlak

yang tidak dimiliki oleh jenis-jenis data lainnya. Contoh dari data rasio diantaranya berat badan, panjang benda, jumlah satuan benda.

3. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan definisi dari variabel yang telah dipilih oleh peneliti (50–52). Definisi operasional dari variabel dalam penelitian ini dijelaskan pada tabel 3.1 sebagai berikut :

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala Ukur
1.	Persepsi mahasiswa keperawatan tentang perawatan spiritual	Gambaran dan tanggapan mahasiswa tentang perawatan spiritual	Kuesioner SCGS (<i>Spiritual Care Giving Scale</i>) yang terdiri dari 35 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i> yang terdiri dari 6 pertanyaan. Sangat tidak setuju = 1 Tidak setuju = 2 Agak tidak setuju = 3 Agak setuju = 4 Setuju = 5 Sangat setuju = 6	Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi normal : Persepsi baik : \geq Mean Persepsi kurang : $<$ Mean Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi tidak normal : Persepsi baik : \geq Median Persepsi kurang : $<$ Median	Ordinal
	a. definisi spiritual	Keyakinan dalam hubungan dengan tuhan	Kuesioner dengan 7 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i>	Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi normal : Persepsi baik : \geq Mean Persepsi kurang : $<$ Mean	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala Ukur
				<p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi tidak normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Median Persepsi kurang : $<$ Median</p>	
	b. sudut pandang perawatan spiritual	Cara melihat perawatan spiritual dan bagaimana menyikapinya	Kuesioner dengan 8 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i>	<p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Mean Persepsi kurang : $<$ Mean</p> <p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi tidak normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Median Persepsi kurang : $<$ Median</p>	Ordinal
	c. sikap perawatan spiritual	Perilaku yang harus dimiliki ketika memberikan perawatan spiritual	Kuesioner dengan 7 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i> .	<p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Mean Persepsi kurang : $<$ Mean</p>	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala Ukur
				<p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi tidak normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Median Persepsi kurang : $<$ Median</p>	
	d. nilai perawatan spiritual	Patokan normatif dalam memberikan perawatan spiritual	Kuesioner dengan 5 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i>	<p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Mean Persepsi kurang : $<$ Mean</p> <p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi tidak normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Median Persepsi kurang : $<$ Median</p>	Ordinal
	e. kelengkapan / atribut perawatan spiritual	Faktor-faktor yang harus ada dalam perawatan spiritual	<p>Kuesioner dengan 8 pertanyaan diukur dengan skala <i>Likert</i> yang terdiri dari 6 pertanyaan.</p> <p>Sangat tidak setuju = 1 Tidak setuju = 2 Agak tidak setuju = 3 Agak setuju = 4 Setuju = 5 Sangat setuju = 6</p>	<p>Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi normal :</p> <p>Persepsi baik : \geq Mean Persepsi kurang : $<$ Mean</p>	Ordinal

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur Pengukuran	Skala Ukur
				Klasifikasi persepsi jika data terdistribusi tidak normal : Persepsi baik : \geq Median Persepsi kurang : $<$ Median	
2	Jenis kelamin	Penggolongan jenis kelamin mahasiswa	1. Kuesioner Data Demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Suku	Suku asal mahasiswa	1. Kuesioner Data Demografi	1. Jawa 2. Sunda 3. Batak 4. Betawi 5. Manado 6. Minangkabau 7. Lainnya	Nominal
4	Agama	Agama yang dianut oleh mahasiswa	1. Kuesioner Data Demografi	1. Islam 2. Kristen 3. Katolik 4. Hindu 5. Budha 6. Konghucu 7. Lainnya	Nominal

Tabel 3.1 Variabel dan Definisi Operasional Penelitian

G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen penelitian adalah pedoman tertulis tentang wawancara, atau pengamatan, atau daftar pertanyaan, yang dipersiapkan untuk mendapatkan informasi dari responden.(45–47) Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner yaitu daftar pertanyaan yang

telah disusun untuk memperoleh data sesuai dengan yang diinginkan peneliti.(43,47)

Kuesioner yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner SCGS (*Spiritual Care-Giving Scale*) yang disusun oleh Lay Hwa Tiew.(32) Kuesioner ini terdiri dari 35 pertanyaan yang terbagi menjadi 5 faktor, yaitu Atribut Perawatan Spiritual (Faktor 1), Sudut Pandang Spiritual (Faktor 2), Definisi Perawatan Spiritual (Faktor 3), Sikap Perawatan Spiritual (Faktor 4), dan Nilai Perawatan Spiritual (Faktor 5). Pembagian pertanyaan sesuai dengan faktornya dapat terlihat di tabel 3.2 berikut.

No	Faktor	Nomer pertanyaan
1	Atribut	24, 25, 26, 29, 31, 32, 33, 34
2	Sudut Pandang	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
3	Definisi	14, 15, 16, 17, 18, 19, 23
4	Sikap	20, 21, 22, 27, 28, 30, 35
5	Nilai	9, 10, 11, 12, 13

Tabel 3.2 Distribusi Pertanyaan

SCGS menggunakan skala Linkert(53)(54), yaitu skala yang digunakan untuk mengukur tingkat persetujuan atau ketidaksetujuan responden terhadap serangkaian pernyataan yang mengukur suatu objek, dengan tanggapan mulai dari satu (sangat tidak setuju), dua (tidak setuju), tiga (agak tidak setuju), empat (agak setuju), lima (setuju), dan enam (sangat setuju).

2. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian.(47) Sebelumnya peneliti membuat surat ijin penelitian yang diserahkan ke pihak akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan STIKES Ngudi Waluyo dan membuat *Ethical Clearance* ke Komisi Etik Penelitian Kesehatan FK UNDIP di RSUP Dr.Kariadi Semarang. Setelah mendapatkan ijin penelitian dan review dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan FK UNDIP di RSUP Dr.Kariadi Semarang,peneliti baru bisa melakukan proses pengambilan data.

Peneliti melakukan pendekatan pada calon responden untuk memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian. Peneliti kemudian meyakinkan kepada responden bahwa partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela dan kerahasiaan responden akan terjaga, serta memberikan *informed consent* kepada calon responden untuk ditandatangani jika calon responden bersedia menjadi sampel penelitian. Pengumpulan data diambil secara langsung dari responden dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner dibagikan ke responden dan diisi langsung sehingga akan didapatkan hasil secara langsung dari masing - masing kuesioner tersebut.

3. Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar (konstruk) pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel.(55–57) Validitas didefinisikan sebagai sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya.

Kuesioner SCGS telah teruji validitas dan reliabilitasnya namun dalam versi bahasa Inggris. Pada penelitian ini bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia sehingga perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas ulang. Uji validitas yang akan dilakukan adalah uji *face validity* dan uji *construct validity*. Uji *face validity* diawali dengan mengalih bahasakan kuesioner dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Kemudian hasil alih bahasa tersebut di terjemahkan kembali ke bahasa Inggris (*back translation*). (55–57) Proses alih bahasa dari bahasa Inggris ke bahasa Indonesia dilakukan oleh Asih Nurakhir, S.Pd sedangkan proses alih bahasa dari bahasa Indonesia ke bahasa Inggris atau *back translation* dilakukan oleh Ns. Susana Widyaningsih, S.Kep,MNS.

Sedangkan uji *construct validity*(50–52) dilakukan dengan mengajukan kuesioner kepada 30 responden yang memiliki karakteristik mendekati sampel penelitian namun bukan merupakan sampel yang digunakan dalam penelitian. Kelompok sampel yang menjadi kelompok uji dalam penelitian ini adalah mahasiswa keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Gajah Mada. Hasil yang diperoleh kemudian diuji menggunakan rumus *Pearson Product Moment* untuk mengukur

korelasi antara variabel/ item pertanyaan dengan skor total variabel adalah sebagai berikut

$$r_{xy} = \frac{n(\sum xy) - (\sum x \sum y)}{\sqrt{\{\sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

Dimana:

r_{xy} atau r_{hitung} : koefisien korelasi suatu butir/item

n : jumlah subyek

X : skor suatu butir/item

Y : skor total

Item pertanyaan (indikator) secara empiris dikatakan valid jika koefisien korelasi (r) > 0,50

4. Reliabilitas

Reliabilitas merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang berkaitan dengan konstruk-konstruk pertanyaan yang merupakan dimensi suatu variabel dan disusun dalam suatu bentuk kuesioner.(55–57) Uji reliabilitas dapat dilakukan secara bersama-sama terhadap seluruh butir pertanyaan untuk lebih dari satu variabel. Namun disarankan untuk menguji masing-masing variabel pada lembar kerja yang berbeda sehingga dapat diketahui konstruk variabel mana yang tidak reliabel.(55–57)

Pengujian reliabilitas terdapat dua cara, yaitu pengujian secara eksternal dan internal.(50–52) Penelitian ini melakukan pengujian

reliabilitas menggunakan pengujian secara internal. Konsistensi internal adalah sejauh mana tes atau prosedur menilai karakteristik keterampilan atau kualitas yang sama. Ini adalah ukuran presisi antara pengamat atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian. Jenis reliabilitas sering membantu peneliti menginterpretasikan data dan memprediksi nilai-nilai dan batas-batas hubungan antar variabel. Hasil analisis dapat digunakan untuk memprediksi reliabilitas instrumen.

Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini yaitu *Spiritual Care-Giving Scale* (SCCS), yang pernah diuji reliabilitas di *Singapore* pada tahun 2010(10), dilakukan dengan menggunakan *cronbach alpha*. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai *cronbach alpha* 0,96, yang menunjukkan bahwa data tersebut reliabel.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan *test-retest reliability* atau uji reliabilitas ulang pada kuesioner yang sudah dialih bahasakan kedalam bahasa Indonesia untuk memperoleh hasil yang reliabel.

Bila koefisien reliabilitas telah dihitung, maka untuk menentukan keeratan hubungan bisa digunakan kriteria Guilford(56), yaitu:

Hasil	Kriteria
0,80 – 1,00	Reliabilitas sangat tinggi
0,60 – 0,80	Reliabilitas tinggi
0,40 – 0,60	Reliabilitas sedang
0,20 – 0,40	Reliabilitas rendah

Tabel 3.3 Nilai Reliabilitas

Untuk menghitung nilai *Cronbach's Alpha* digunakan rumus :

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

Keterangan :

α : Koefisien reliabilitas test

k : Cacah butir indikator

Si^2 : Varians skor butir

St^2 : Varians skor total

H. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Data yang telah dikumpulkan melalui instrumen penelitian masih berupa data mentah yang perlu diolah supaya dapat digunakan dalam proses analisis berikutnya. Proses pengolahan ini terdiri beberapa tahap(43,46), yaitu:

a. *Editing Data*

Data yang telah dikumpulkan perlu diedit untuk memudahkan pengolahan data selanjutnya. Hal yang perlu diperhatikan dalam mengedit adalah terjawabkah semua pertanyaan dengan lengkap, apakah catatan sudah jelas dan mudah dibaca, dan adakah coretan yang sudah diperbaiki.

b. *Coding*

Koding adalah usaha memberi kode-kode tertentu pada jawaban responden. Apabila yang digunakan adalah analisis kuantitatif, kode

yang diberikan adalah angka. Jika angka tersebut berlaku sebagai skala pengukuran, angka itu disebut skor.

Hasil kuesioner yang telah dilakukan *coding* terkait gambaran persepsi mahasiswa keperawatan tentang perawatan spiritual, yaitu meliputi data demografi. Untuk lebih lengkapnya bisa dilihat pada tabel berikut :

Variabel	Hasil Penelitian	Coding
Jenis Kelamin	Laki - Laki	1
	Perempuan	2
Suku	Jawa	1
	Sunda	2
	Batak	3
	Betawi	4
	Manado	5
	Minangkabau	6
	Lainnya	7
Agama	Islam	1
	Kristen	2
	Katolik	3
	Hindu	4
	Budha	5
	Konghuchu	6
	Lainnya	7

Tabel 3.4 Coding

c. *Scoring*

Scoring adalah memberikan skor pada jawaban yang telah diberikan responden pada lembar kuesioner dengan menggunakan metode skala *Likert*, yang terdiri dari pernyataan, jika sangat tidak setuju diberi skor 1, tidak setuju diberi skor 2, kurang setuju diberi

skor 3, agak setuju diberi skor 4, setuju diberi skor 5 dan sangat setuju diberi skor 6.

d. *Entry Data atau Processing*

Entry data merupakan prosedur yang digunakan untuk memasukkan data ke dalam komputer untuk dianalisis lebih lanjut.

e. *Tabulating*

Tabulating atau tabulasi adalah usaha untuk menyajikan data, terutama pengolahan data yang akan menjurus ke analisis kuantitatif. Biasanya pengolahan data seperti ini menggunakan tabel, baik tabel distribusi frekuensi maupun tabel silang.

2. Analisa Data

Pada proses analisa data awal, peneliti menggolongkan, mengurutkan, dan menyederhanakan data. Tujuannya untuk menyederhanakan data kedalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasi. Peneliti melakukan inferensi ini dalam usaha untuk mencari makna dan implikasi hasil-hasil penelitian tersebut.⁽⁴⁷⁾

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan analisa data deskriptif dengan menampilkan data dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisa data deskriptif (analisa univariat) adalah analisa yang bertujuan untuk meringkas, mengklarifikasi dan menyajikan data agar mudah dipahami maknanya.⁴⁷ Pada analisa univariat, data yang diperoleh disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi atau grafik.

Kuesioner yang telah diisi oleh responden dan diberi skor oleh peneliti, selanjutnya data diuji normalitasnya. Uji normalitas data pada penelitian ini menggunakan Kolmogorov-Smirnov karena sampel yang digunakan cukup besar. Skor tiap kategori ditentukan setelah seluruh data penelitian diperoleh dengan pembagian rentang skor tiap kategori sebagai berikut:

a. Apabila data terdistribusi normal

1) Persepsi mahasiswa baik : $X \geq \text{Mean}$ tiap item kompetensi spiritual

2) Persepsi mahasiswa kurang: $X < \text{Mean}$ tiap item kompetensi spiritual

b. Apabila data tidak terdistribusi normal

1) Persepsi mahasiswa baik : $X \geq \text{Median}$ tiap item kompetensi spiritual

2) Persepsi mahasiswa kurang: $X < \text{Median}$ tiap item kompetensi spiritual

I. Etika Penelitian

Secara umum prinsip etika dalam penelitian dapat dibedakan menjadi tiga bagian(43,47), yaitu :

1. Prinsip manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi subjek dalam penelitian, harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apapun.

c. Resiko (*Benefits ratio*)

Peneliti harus berhati-hati dalam mempertimbangkan rasio dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (respect human dignity)

a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Subjek harus diperlakukan secara manusiawi. Subjek mempunyai hak memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya, jika mereka seorang klien.

b. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Seorang peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

c. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed*

consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

- a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian.

- b. Hak dijaga kerahasiaannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*)

DAFTAR PUSTAKA

1. Salbiah. Konsep holistik dalam keperawatan melalui pendekatan model adaptasi suster callista roy. *J Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara*. 2006;2(1):34–8.
2. Puspita I. Aplikasi asuhan keperawatan spiritual muslim. *J Keperawatan Univ Padjajaran*. 2009;11(Xx):60–9.
3. Azizatunnisa N, Suhartini. Pengetahuan dan keterampilan perawat dalam pelayanan keperawatan holistik di Indonesian holistic tourist hospital purwakarta Jawa Barat. *J Keperawatan Komunitas*. 2013;1(2):80–6.
4. Asmadi. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC; 2008.
5. Sulisno M. Pengetahuan perawat tentang konsep keperawatan holistik. *Nurs Stud*. 2012;1(1):157–62.
6. Yang KP, Mao XY. A study of nurses' spiritual intelligence: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2007 Aug [cited 2014 Oct 24];44(6):999–1010. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748906000782>
7. Vlasblom JP, van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today* [Internet]. Elsevier B.V.; 2011 Nov [cited 2014 Oct 14];31(8):790–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21146259>
8. Chan MF, Chung LYF, Lee ASC, Wong WK, Lee GSC, Lau CY, et al. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2006 Feb [cited 2014 Oct 24];26(2):139–50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069170500136X>
9. Hamid AYS. *Bunga rampai asuhan keperawatan jiwa*. Jakarta: EGC; 2009.
10. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Educ Today* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Jun [cited 2014 Oct 25];33(6):574–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789873>
11. McBrien B. Nurses' provision of spiritual care in the emergency setting--an Irish perspective. *Int Emerg Nurs* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jul [cited

- 2014 Oct 21];18(3):119–26. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20542237>
12. Ellis MR, Thomlinson P, Gemmill C, Harris W. The spiritual needs and resources of hospitalized primary care patients. *J Relig Health* [Internet]. 2013 Dec [cited 2014 Oct 25];52(4):1306–18. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22311475>
 13. Rosita FM, Utami RS. Gambaran kompetensi perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien di intensive care unit. *J Jur Keperawatan*. 2014;1(1):1–8.
 14. Rankin EA, DeLashmutt MB. Finding spirituality and nursing presence : the student’s challenge. *J Holist Nurs*. 2006;24(4).
 15. Rieg LS, Mason CH, Preston K. Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs*. 2006;31(6):249–56.
 16. Timmins F, Neill F. Teaching nursing students about spiritual care - a review of the literature. *Nurse Educ Pract* [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Oct 24];13(6):499–505. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471595313000231>
 17. Msiska G, Smith P, Fawcett T. Exposing emotional labour experienced by nursing students during their clinical learning experience: A Malawian perspective. *Int J Africa Nurs Sci* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014 [cited 2014 Oct 30];1:43–50. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214139114000109>
 18. Hsiao YC, Chiang HY, Chien LY. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Educ Today* [Internet]. Elsevier Ltd; 2010 Jul [cited 2014 Nov 1];30(5):386–92. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434243>
 19. Cooper KL, Chang E, Sheehan A, Johnson A. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2013 Sep [cited 2014 Oct 24];33(9):1057–61. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712001104>
 20. Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia. Panduan penyusunan kurikulum profesi keperawatan [Internet]. 2015 [cited 2015 Mar 27]. Available from: www.aipni-ainec.com
 21. Hawari D. Dimensi religi dalam praktek psikiatri dan psikologi. Jakarta: FK UI; 2002.

22. Kozier BJ, Erb G, Berman AJ . Fundamental of nursing concepts, process, and practice (7th Canadian ed). New Jersey: Prentice Hall; 2004.
23. Hamid AYS. Buku ajar aspek spiritual dalam keperawatan. Jakarta: EGC; 2000.
24. Hawari D. Manajemen stress, cemas dan depresi. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2001.
25. Carson. Spiritual dimensions of nursing practice. Philadhelpia: WB Saunders; 2002.
26. Young C, Koopsen C. Spirituality, health, and healing : An Integrative Approach. Canada: Jones and Bartlett; 2011.
27. Hitchcock JE, Schubert PE, Thomas SA. Community health nursing : caring in action. New York: Delmar Learning; 2003.
28. VanKatwyk PL. Spiritual care and therapy:integrative perspectives. Canada: Wilfrid Laurier University Press; 2003.
29. Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. J Holist Nurs. 2005;23(1):19–33.
30. Coyte ME, Gilbert P, Nichollas V. Spirituality, values and mental health. London: Jessica kingsley publisher; 2007.
31. Topper C. Spirituality in pastoral counseling and the community helping professions. New York: The haworth pastoral press; 2003.
32. Tiew LH. Nursing students ' perceptions and attitudes about spirituality and spiritual care in practice. National University of Singapore; 2011.
33. Bono E. How to have a beautiful mind. Bandung: Mizan Pustaka; 2007.
34. Hude MD. Emosi : penjelajahan religio psikologis. Jakarta: Erlangga; 2006.
35. Wade C, Tavis C. Psikologi. Jakarta: Erlangga; 2008.
36. Gunarsa YSD. Asas-asas psikologi. Jakarta: BPK Gunung Mulia; 2002.
37. Thoha M. Kepemimpinan dalam manajemen. Jakarta: Raja Grafindo; 2003.
38. Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, McSherry W, Narayanasamy A, et al. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. Nurse Educ

Today [Internet]. 2014 May [cited 2014 Oct 5];34(5):697–702. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691713003596>

39. Budiman Arief. Kebebasan, negara, pembangunan: kumpulan tulisan, 1965-2005. Luthfi Assyaukanie S, editor. Jakarta: Pustaka Alvabet; 2006.
40. Poerwadarminta WJS. Kamus umum bahasa Indonesia. Jakarta: Balai Pustaka; 2005.
41. Siswoyo D. Ilmu pendidikan. Yogyakarta: UNY Press; 2007.
42. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&B. Bandung: Alfabeta; 2012.
43. Wasis. Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat. Jakarta: EGC; 2008.
44. Sarwono J. Pintar Menulis Karya Ilmiah - Kunci Sukses dalam Menulis Ilmiah. Yogyakarta: Andi Offset; 2010.
45. Danim S. Riset Keperawatan : Sejarah dan Metodologi. Jakarta: EGC; 2003.
46. Gulo W. Metodologi Penelitian. Jakarta: Grasindo; 2008.
47. Nursalam. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2009.
48. Swarjana IK. Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Andi Offset; 2012.
49. Brink PJ, Wood MJ. Langkah Dasar Dalam Perencanaan Riset Keperawatan. Jakarta: EGC; 2000.
50. Brockopp DY, Hastings-Tolsma MT. Dasar-dasar riset keperawatan. Jakarta: EGC; 2000.
51. Sekaran U. Metode riset bisnis. Jakarta: Salemba Empat; 2006.
52. Riwidikdo H. Statistik kesehatan. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press; 2007.
53. Hermawan A. Penelitian Bisnis : Paradigma Kuantitatif. Jakarta: Grasindo; 2006.
54. Istijanto. Riset Sumber Daya Manusia. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2006.

55. Umar H. Metode Riset Bisnis. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2003.
56. Gumilar I. Metode Riset Untuk Bisnis & Manajemen. Bandung: Utama Press; 2007.
57. Juliandi A, Irfan, Manurung S. Metodologi Penelitian Bisnis : Konsep dan Aplikasi. Medan: Umsu Press; 2014.

Lampiran 1
Surat Perijinan Kuesioner

Pada Minggu, 8 Maret 2015, "Tiew Lay Hwa" <lay_hwa_tiew@nuhs.edu.sg>
menulis :

 **Tiew Lay Hwa** <lay_hwa_tiew@nuhs.edu.sg> 8 Mar ★  
ke saya ▾

 Inggris ▾ > Bahasa Indonesia ▾ [Terjemahkan pesan](#) [Nonaktifkan untuk: Inggris](#) ×

Sure, Cahyo.

Please acknowledge it in your study.

Thanks &

Warmest Regards

Dr [Tiew](#) Lay Hwa, RN PhD
Adj Assoc Prof
Alice Lee Center for Nursing Studies
National University of Singapore

From: Cahyo Yuwono [yuwono.cahyo@gmail.com]

Sent: Sunday, March 8, 2015 11:08 AM

To: Tiew Lay Hwa

Subject: Quesioner Permission

Excusme sir/mam. I'm Cahyo Yuwono. I'm student at School of Nursing Program, Diponegoro University, Indonesia. I've read your research about "Student nurses perspectives of spirituality and spiritual care" and I'm interesting to do the same research as your research in Indonesia. I would like to ask you, would you mind if I addopted your quisioner to do my research??

sorry if distrub you. Thanks you

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama Inisial :
Alamat :
Umur :
Jenis Kelamin : L/ P

Setelah mendapat penjelasan yang cukup dari peneliti dan memahami bahwa penelitian ini tidak berakibat negatif/ buruk bagi saya dan dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti, maka dengan ini saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Cahyo Yuwono
Institusi : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran
Universitas Diponegoro
Judul : Gambaran Persepsi Mahasiswa Keperawatan Tentang
Perawatan Spiritual
Dalam rangka : Skripsi

Adapun penelitian ini dilakukan di lingkungan RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak maupun saya bersedia berperan dalam penelitian ini.

Semarang, Mei 2014

(.....)

KUESIONER

GAMBARAN PERSEPSI MAHASISWA KEPERAWATAN TENTANG PERAWATAN SPIRITUAL

Petunjuk Pengisian:

1. Jawab pertanyaan ini apa adanya dan sejujurnya
2. Beri tanda (\checkmark) dalam kotak yang tersedia untuk jawaban yang saudara pilih dan isi pertanyaan sesuai kenyataan yang ada.

A. Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin

Laki-laki

Perempuan

2. Umur: tahun

3. Suku

Jawa

Manado

Sunda

Minangkabau

Batak

Lainnya (sebutkan)

Betawi

4. Agama

Islam

Budha

Kristen

Konghucu

Katolik

Lainnya (sebutkan)

Hindu

Skala Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien

(L.H. Tiew et al, 2013)

Pada setiap pernyataan berikut ini, berilah tanda centang (√) pada satu jawaban yang paling menggambarkan sejauh mana Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan tersebut.

STS (1) : Sangat Tidak Setuju

AS (4) : Agak Setuju

TS (2) : Tidak Setuju

S (5) : Setuju

ATS (3) : Agak Tidak Setuju

SS (6) : Sangat Setuju

No	Item	STS	TS	ATS	AS	S	SS
1	Setiap orang memiliki aspek spiritualitas.						
2	Spiritualitas merupakan satu aspek penting pada diri manusia.						
3	Spiritualitas merupakan bagian dari sebuah kekuatan yang mampu membuat setiap individu merasakan kedamaian.						
4	Spiritualitas adalah ekspresi perasaan batin seseorang yang mempengaruhi perilakunya.						
5	Spiritualitas adalah bagian dari batin atau rohani kita.						
6	Spiritualitas adalah tentang bagaimana menemukan makna dari peristiwa/kejadian yang baik dan buruk dalam kehidupan.						
7	Kesejahteraan spiritual sangat penting bagi kesejahteraan emosional seseorang.						
8	Spiritualitas mendorong setiap individu untuk mencari jawaban tentang makna dan						

Lampiran 3
Lembar Kuesioner Penelitian

	tujuan hidup.						
9	Tanpa spiritualitas, seseorang tidak dianggap berada dalam kondisi yang utuh.						
10	Kebutuhan spiritual dapat dipenuhi dengan menghubungkan diri sendiri dengan orang lain, Tuhan atau alam semesta.						
11	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien merupakan komponen yang utuh dalam asuhan keperawatan holistik.						
12	Pemenuhan kebutuhan spiritual adalah lebih dari sekedar menjalankan ajaran agama.						
13	Asuhan keperawatan itu sendiri, bila dilakukan dengan baik, merupakan pemenuhan kebutuhan spiritual.						
14	Pemenuhan kebutuhan spiritual merupakan sebuah proses dan bukan merupakan suatu peristiwa atau kegiatan yang dilakukan satu kali.						
15	Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dapat dilakukan dengan menghormati agama atau keyakinan individu pasien.						
16	Kepekaan dan intuisi membantu perawat dalam memberikan asuhan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						
17	Berada bersama pasien merupakan suatu bentuk asuhan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						
18	Perawat memberikan asuhan kebutuhan spiritual pasien dengan menghormati keyakinan agama dan budaya pasien.						
19	Perawat memberikan asuhan kebutuhan spiritual pasien dengan memberikan pasien waktu untuk mendiskusikan dan						

Lampiran 3
Lembar Kuesioner Penelitian

	mengeksplorasi ketakutan, kecemasan dan masalah mereka.						
20	Pemenuhan kebutuhan spiritual memungkinkan pasien menemukan makna dan tujuan dalam penyakit yang mereka alami.						
21	Pemenuhan kebutuhan spiritual juga termasuk memberikan dukungan kepada pasien untuk menjalankan keyakinan agama mereka.						
22	Saya merasa nyaman dalam memberikan asuhan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						
23	Perawat memberikan asuhan keperawatan spiritual dengan menghormati martabat pasien.						
24	Pemenuhan kebutuhan spiritual harus mempertimbangkan pandangan / pemikiran pasien tentang spiritualitas.						
25	Perawat yang memiliki kesadaran spiritual mempunyai kemungkinan yang lebih untuk bisa memberikan asuhan keperawatan spiritual pada pasien.						
26	Pemenuhan kebutuhan spiritual membutuhkan kesadaran spiritualitas dalam diri seseorang.						
27	Pemenuhan kebutuhan spiritual harus ditanamkan di seluruh program pendidikan keperawatan.						
28	Pemenuhan kebutuhan spiritual harus ditekankan dengan baik dalam praktek keperawatan.						
29	Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan						

Lampiran 3
Lembar Kuesioner Penelitian

	spiritual pasien dapat meningkat / berkembang melalui pengalaman.						
30	Pemenuhan kebutuhan spiritual sangat penting karena memberikan harapan pada pasien.						
31	Spiritualitas dipengaruhi oleh pengalaman hidup seseorang.						
32	Spiritualitas membantu seseorang saat menghadapi kesulitan dan masalah hidup.						
33	Pemenuhan kebutuhan spiritual mengharuskan perawat untuk berempati terhadap pasien.						
34	Hubungan saling percaya antara perawat dan pasien diperlukan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						
35	Pendekatan secara tim sangat penting dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien.						

