

PROFIL PENULIS



Ns. Enok Sureskiarti, S.Kep, M.Kep, lahir di Semarang, 19 Januari 1982 Pernah menempuh Pendidikan di SDN Lebdosari Semarang Barat Lulus Tahun 1995. Melanjutkan Pendidikan di SMPN 1 Semarang Barat dan SPK Negeri Kariadi Semarang masing-masing lulus pada tahun 1998 dan 2001.

Penulis melanjutkan Pendidikan Tingginya dengan mengambil Program Keperawatan di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Keperawatan (FKIK) Universitas Muhammadiyah Semarang lulus tahun 2007. Mengambil Profesi Ner di Universitas yang sama lulus pada tahun 2009. Pada tahun 2013 Penulis mengambil Program S-2 atau Magister Keperawatan di Fakultas Kedokteran UNDIP Semarang dan lulus pada tahun 2015. Istri dari Bapak Arif Oktafanus ini pernah aktif sebagai Perawat di RSIA Bahagia Semarang (2002-2008), Perawat RS Pertamina Balikpapan (2009-2011), Dosen di STIKES Muhammadiyah Samarinda 2009-2018 dan Saat ini Aktif Sebagai Dosen di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. Penulis saat ini dikarunia 3 Orang Anak yang masing-masing bernama, Alshya Marsa Kamilah Al Arif, Zhafira Annisa Kamiliya Al Arif dan Ananda Muhammad Aishy Hafy Ramadhani Al Arif.

Penerbit



0815 9516 818
ypsimbanten@gmail.com
Serang - Banten
www.ypsimbanten.com

ISBN 978-623-7815-13-6



Ns. Enok Sureskiarti

PENGARUH SPIRITUAL LEADERSHIP TERHADAP KINERJA PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN ASUHAN KEPERAWATAN



Ns. Enok Sureskiarti, S.Kep, M.Kep



PENGARUH **SPIRITUAL LEADERSHIP**
TERHADAP **KINERJA PERAWAT**
DALAM MELAKSANAKAN
ASUHAN KEPERAWATAN



**PENGARUH *SPIRITUAL LEADERSHIP*
TERHADAP KINERJA PERAWAT
DALAM MELAKSANAKAN ASUHAN
KEPERAWATAN**

NS. ENOK SURESKIARTI



PENGARUH *SPIRITUAL LEADERSHIP*
TERHADAP KINERJA PERAWAT
DALAM MELAKSANAKAN ASUHAN
KEPERAWATAN

Penulis

Ns. Enok Sureskiarti

ISBN : 978-623-7815-13-6

Penyelia

Abdul Rahman H

Desain Sampul

Lukas Liani

Layout

Asep Nugraha

Cetakan Pertama, Februari 2020

V + 118 hlm ; 21 x 29.7 cm

Penerbit

Yayasan Pendidikan dan Sosial

Indonesia Maju (YPSIM) Banten

BCP 2 Blok E. 18 No.14 Desa Ranjeng Kec. Ciruas Kab. Serang Banten 42182

E-mail: Ypsimbanten@gmail.com

Website : www.ypsimbanten.com

WhatsApp: 0815 9516 818

ANGGOTA IKAPI

(IKATAN PENERBIT INDONESIA)

Hak Cipta Dilindungi oleh Undang-undang Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun juga tanpa izin tertulis dari Penerbit

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 tepisah 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 buku **judul** “Pengaruh *Spiritual Leadership* Terhadap Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan. Salawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, keluarga dan sahabatNYA, mudah-mudahan kita semua mendapat safaat Beliau di yaumul akhir nanti.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan buku ini dapat diselesaikan atas bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankan penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang tulus, mudah-mudahan Tuhan akan membalas kebaikannya.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk kesempurnaan buku ini pada edisi berikutnya.

Samarinda, Februari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSEMBAHAN.....	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
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
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Tinjauan Teori.....	13
B. Kerangka Teori.....	61
C. Kerangka Konsep.....	62
D. Hipotesis.....	62
BAB III METODE PENELITIAN	63
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	63
B. Populasi dan Sampel Penelitian.....	65
C. Besar Sampel.....	69
D. Tempat dan Waktu Penelitian	69
E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran	73
F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	82
G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	86
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	119
	Biografi Penulis.....	123
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No Tabel	Judul tabel	Hal
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>	46
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	76
3.4	Normality Data	84
3.5	Analisis Uji Statistik Hipotesis	85
4.1	Distribusi frekuensi karakteristik responden	90
4.2	Distribusi kinerja sebelum dan sesudah Intervensi	91
4.3	Gambaran perbedaan kinerja perawat sebelum dan sesudah penerapan spiritual leadership pada kelompok Intervensi dan Kontrol	92
4.4	Gambaran Pengaruh penerapan spiritual leadership	93

DAFTAR GAMBAR

No Gambar	Judul Gambar	Hal
2.1	Skema kinerja	14
2.2	Dimensi dan variabel dalam Spiritual leadership	42
2.3	Mekanisme kerja Spiritual leadership	50
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	80
3.3	Ringkasan alur penerapan spiritual leadership	81

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.^{1,4} Pelayanan kesehatan yang profesional dan berkualitas di rumah sakit merupakan hasil kerjasama seluruh komponen sumber daya manusia yang ada dalam organisasi.^{2,3} Perawat sebagai salah satu bagian dari sumber daya manusia di rumah sakit berperan penting dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.^{3,13.}

Pelayanan keperawatan menjadi posisi yang sangat penting dalam pelayanan rumah sakit karena secara kuantitas melakukan praktik asuhan keperawatan selama 24 jam penuh.^{4,1,3} 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.^{1,3}

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 sumberdaya manusia dalam menunjukkan hasil kerjanya.^{5,3,12.}

Penilaian kinerja manusia merupakan proses kontrol kerja sumber daya yang dievaluasi berdasarkan standar tertentu.^{12,13} 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.^{24,2.}

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).^{27,30} 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.^{7,1.}

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.^{30,1,4.}

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.⁴²

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%.⁸ 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%.²¹ 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.^{15,50}

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.^{15,14.}

Rumah sakit membutuhkan pemimpin yang efektif, yaitu pemimpin yang mempunyai kemampuan mempengaruhi perilaku anggotanya atau bawahannya.^{3,12.} Efektif berarti bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, sementara efisien berarti bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir, dan sesuai dengan jadwal.^{1,4.} 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.^{4,1.}

Spiriual Leadership diyakini sebagai solusi terhadap krisis kepemimpinan saat ini.^{15,44,47.} *Spiritual leadership* adalah suatu kepemimpinan yang menggunakan model motivasi *intrinsic* yang menggabungkan adanya visi, harapan/keyakinan, dan *altruistic love*.^{15,44,47} 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 menyeluruh¹¹.

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).²³

Spiritual leadership merupakan sebuah paradigma baru dalam transformasi dan perkembangan organisasi yang didesain untuk mendorong terciptanya motivasi internal dalam suatu organisasi.^{14,15} 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.^{12,3}

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.^{23,44,47} 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*.^{23,44,47}.

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 karir dan 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 spiritual terhadap perawat.	<i>Quasi experiment pre-post design with control group.</i>	Kecerdasan Emosional berpengaruh signifikan Terhadap 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 spiritual leadership terhadap perilaku etis, kehidupan kerja, 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

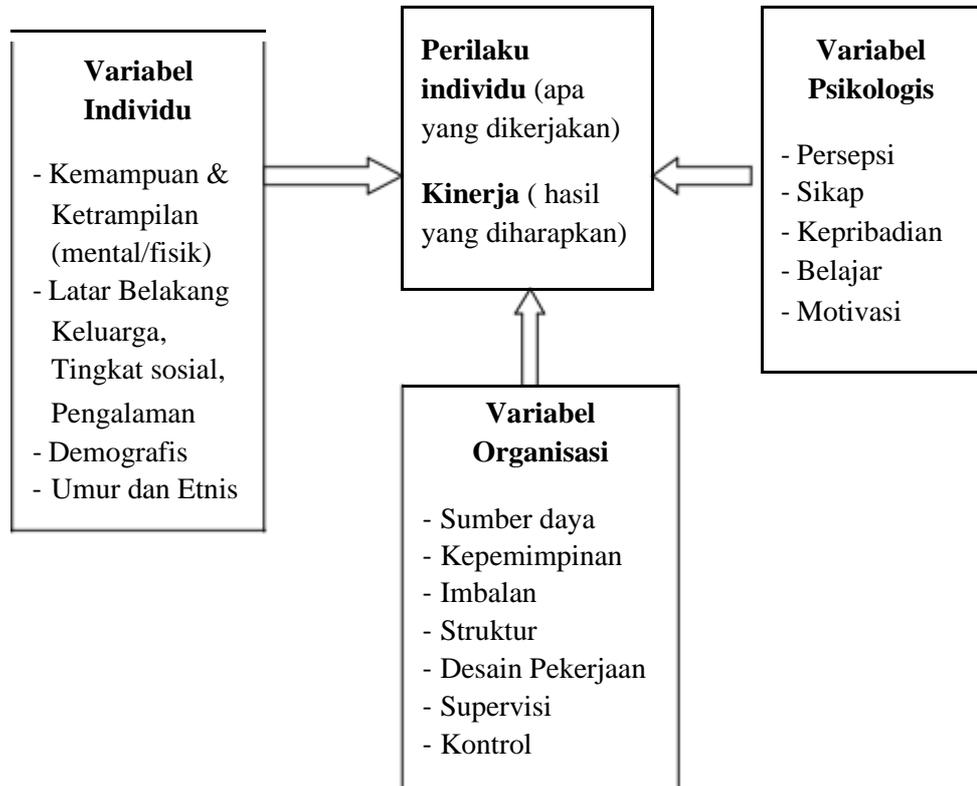
a. Model Teori Kinerja

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.^{24,10} 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. ^{2,23,24} .

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.^{25,24,2.}

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.^{24,2.}

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.^{24,2} 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^{24,2,9}.

c) Kepemimpinan

Kepemimpinan adalah suatu proses mempengaruhi orang lain dalam mencapai tujuan.^{24,9} Sedangkan menurut *Army Department 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^{2,10,9,13}.

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.^{24,2,10} 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.^{1,7,27} 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.^{1,4,7}

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.^{4,7}

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 Associations* 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^{4, 30}.

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.**^{4, 30}.

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.^{30,1,4.}

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.^{30,1,7.} 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 perkenalan dan orientas: 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^{1,7,30}.

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. ^{30,7.1}

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 manager 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^{4,30}.

3. Kepemimpinan

a. Pengertian

Kepemimpinan adalah proses mempengaruhi orang lain untuk bekerjasama secara produktif dan dalam kondisi yang menyenangkan.¹⁴

Menurut Joseph kepemimpinan adalah sebuah hubungan yang saling mempengaruhi diantara pemimpin dan pengikut (bawahan) yang

menginginkan perubahan nyata yang mencerminkan tujuan bersamanya.^{15,22}

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).¹⁶

,5,22. 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. ^{22,15} *Spiritual Leader* melakukan pekerjaan dengan cara yang memuaskan hati lewat pemberdayaan, 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. ^{22,15}.

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. ^{23,22,15}.

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 apa Pun
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

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

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 Sprituality*), yang dikembangkan oleh Giacalone dan **Jurkiewicz's** teori ini mengajukan suatu dasar bahwa individu membawa keunikan dan spirit individual pada tempat kerjanya, dan orag yang termotivasi oleh kebutuhan spiritual akan mengalami *a sense of transcendence and community* dalam pekerjaanya.

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*.¹¹ 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.^{11,47,44.}

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, pemeberdayaan 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.^{11,47,44.}

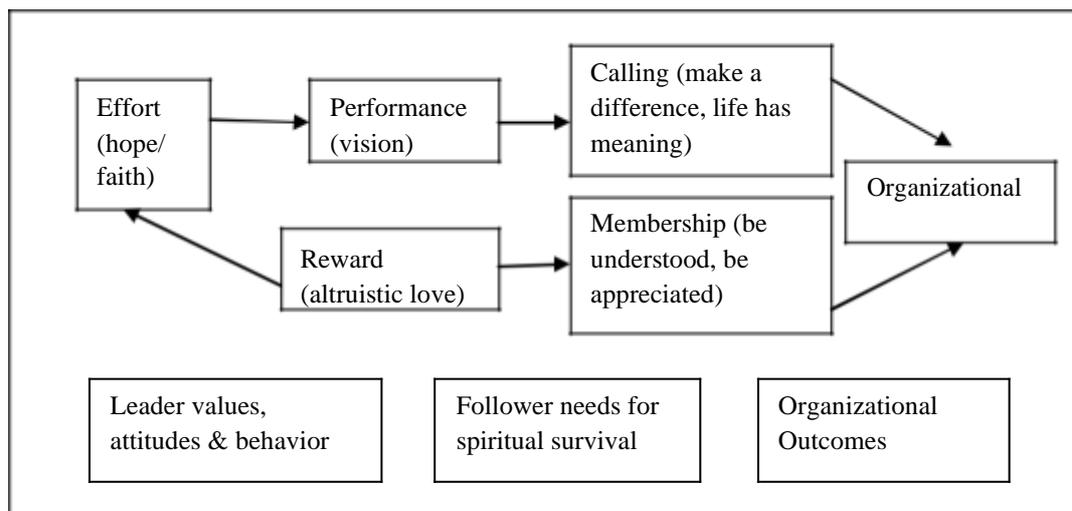
3) Dasar Teori *Spiritual Leadership*

Teori ini dibangun dan dikembangkan didalam suatu model motivasi intrinsik 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 kebutuhanya 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.^{11,47,44.}

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.^{43,44,47.} 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 epistemologis, 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 dibanding 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^{44,47}. *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.^{11,47,44} 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 ataskarakter, 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.^{11,44,47.}

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.^{11,44,47.}

(e) *Membership*

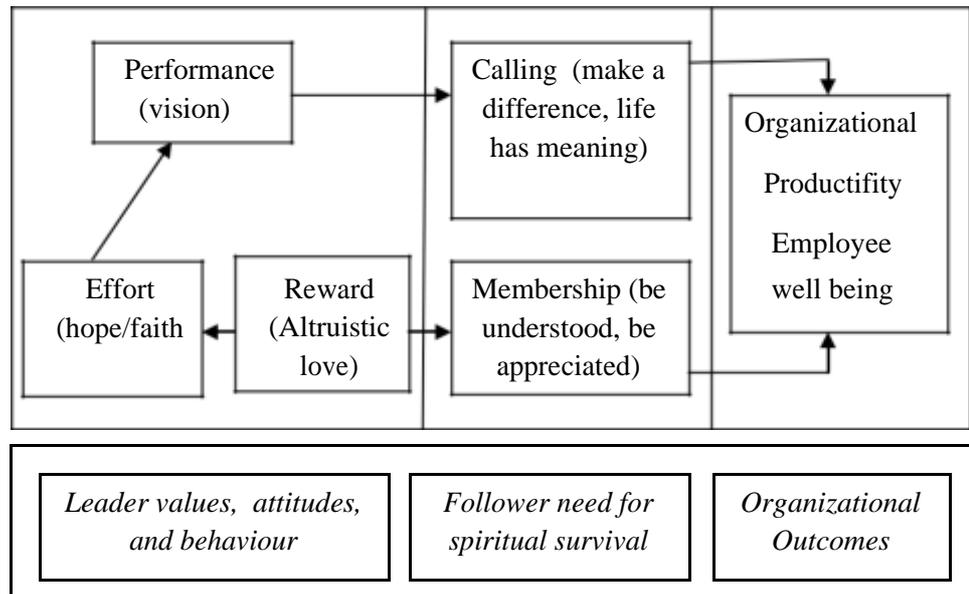
Membership ini merupakan sebuah rasa bahwa karyawan merasa dimengerti, dipahami, dan dihargai, sikap ini memberikan kesempatan bahwa karyawan merasakan bahwa mereka merasa berharga, bernilai bagi orang lain. *Membership* dalam sebuah organisasi dapat ditingkatkan ketika terdapat sebuah standard yang jelas dan bermakna, yang dibentuk untuk seluru, 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.^{11,44,47.}

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.^{14,44,47.}

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.^{15, 44, 47.}

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.^{45, 47.}

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.^{22,}
^{15.} 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.^{10,20.}

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 mendapatkan 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^{.22,15}.

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 di tiap level untuk mendapatkan secara lebih detail tentang pemahaman yang mendalam terhadap elemen dalam *spiritual leadership* yang sesungguhnya dirasakan serta kondisi spiritual dalam organisasi.^{11,10}

(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.^{14,44,47.}

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.^{21,20,10}

(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*.^{22,44,47.}

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.^{15,44,47} Setelah itu kemudian dijelaskan mengenai teori *spiritual leadership* yang secara konseptual berbeda dan tidak membingungkan.^{11,14.}

(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.^{11,14,23.}

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.^{11,23}.

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.^{11,23.}

(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.

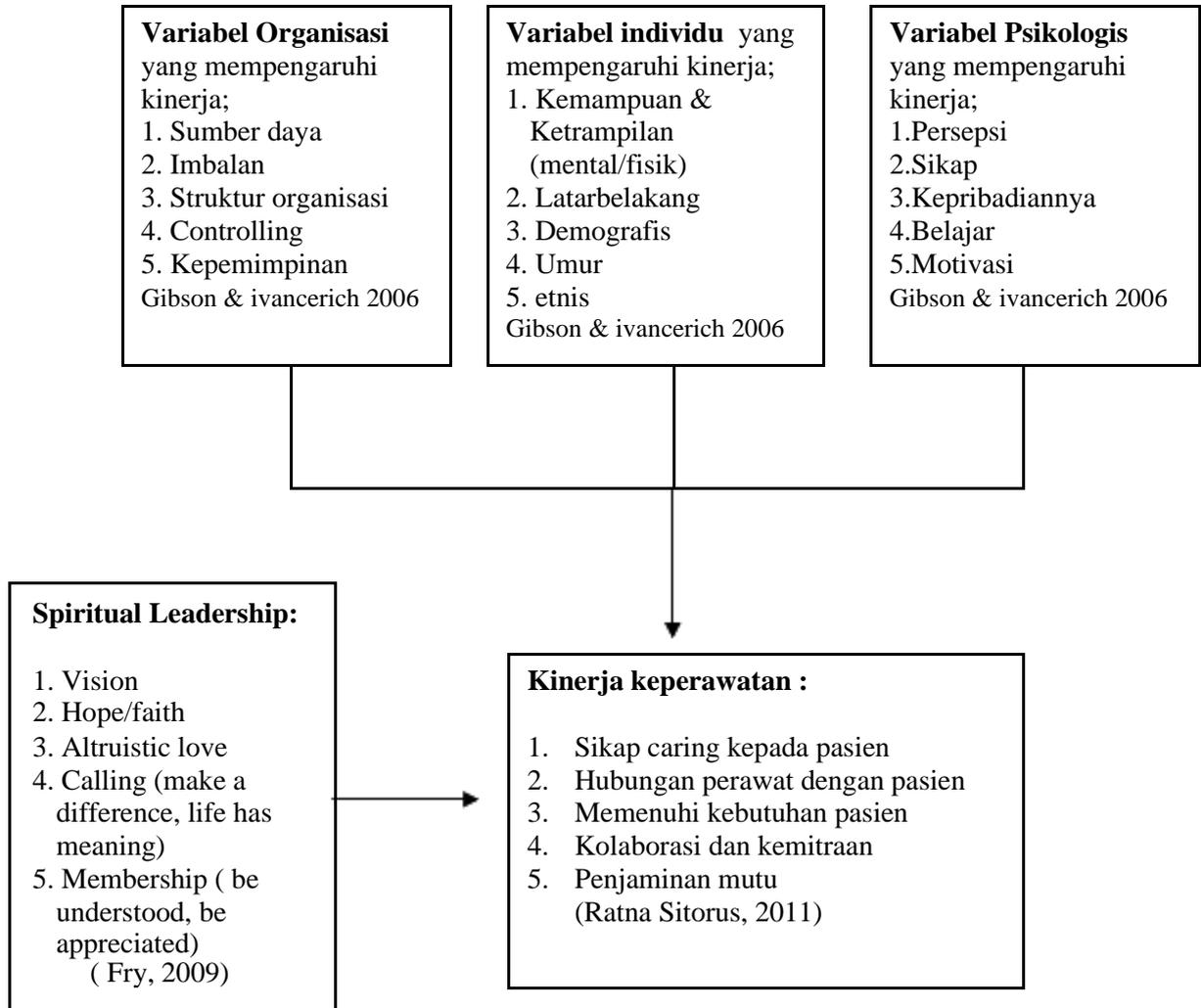
(3) Langkah Ketiga: *Co-Creating Personal and Organizational Values in daily Action*

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.^{11,23,29.}

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.^{11,29}

B. Kerangka Teori

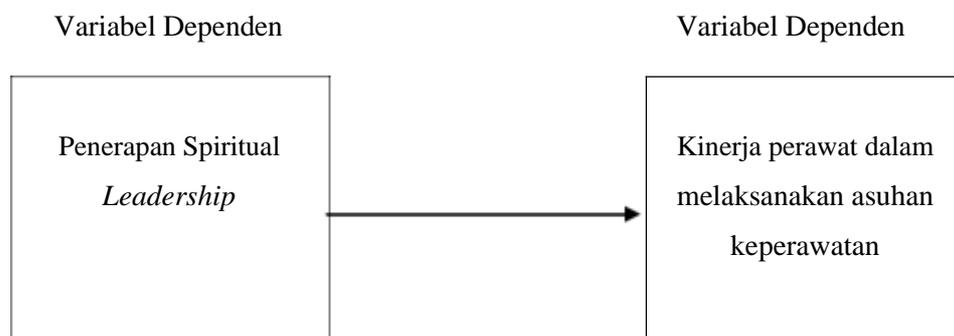


2.4 Skema Kerangka Teori

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.

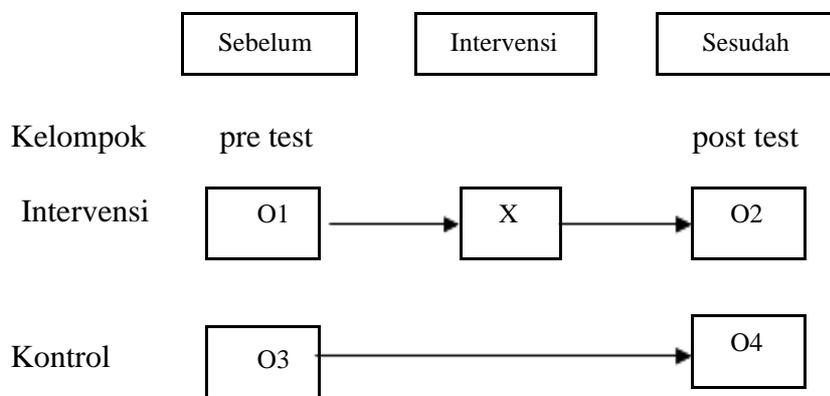
A. Jenis dan Rancangan Penelitian

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*.^{38,37}

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.^{31,37} 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.^{31,37,34} 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.³¹

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.^{32,37.}

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.^{33,37.}

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

Keterangan;

n = Jumlah sampel

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

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

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

α^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

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.³³

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
Variabel independen /intervensi Penerapan spiritual leadership 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).			

Variabel Dependen			
Kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan 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: 1. Tidak pernah dilakukan (TP) 2. Kadang-kadang dilakukan (KK) 3. Sering dilakukan (SR) 4. Selalu dilakukan (SL)	Nilai interval Minimum 32 dan nilai maksimum 128 dinyatakan dengan mean, < mean artinya kinerja kurang optimum, > mean artinya kinerja optimum

Karakteristik Responden				
Umur	Jawaban responden perawat tentang jumlah tahun mulai kelahiran hingga saat penelitian	Diukur dengan kuesioner A	Hasil ukur berupa jumlah usiadalam tahun dengan klasifikasi : 1. 20-30 Tahun 2. 31-40 tahun 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 1. SPK 2. D3 3. S1 Ners	Ordinal
Status Pernikahan	Status pernikahan saat penelitian	Kuesioner A	Hasil ukur dikategorikan : 1. Belum menikah 2. Menikah	Nominal
Status Pegawai	Status kepegawaian saat penelitian	Kuesioner A	Hasil ukur dikategorikan 1. tidak tetap 2. Pegawai tetap	Nominal
Lama Masa kerja	Jumlah tahun responden tentang jumlah tahun mulai bekerja sebagai perawat di RSUD	Kuesioner A	Hasil ukur dikategorikan : 1. <5 tahun 2. 5-10 tahun 3. 11-20 tahun 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.^{31,37.}

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 *alfa cronbach*. Setelah pengambilan data uji validitas dilakukan kemudian dilakukan analisis faktor dengan menggunakan tehnik 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).³⁴

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 0,006.³⁴

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 ijin penelitian yang di keluarkan Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada Direktur RSUD. Dr. H Soewndo Kendal tertanggal 24 Juli 2015
- 3) Peneliti akan mengajukan surat ijin 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 ijin 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

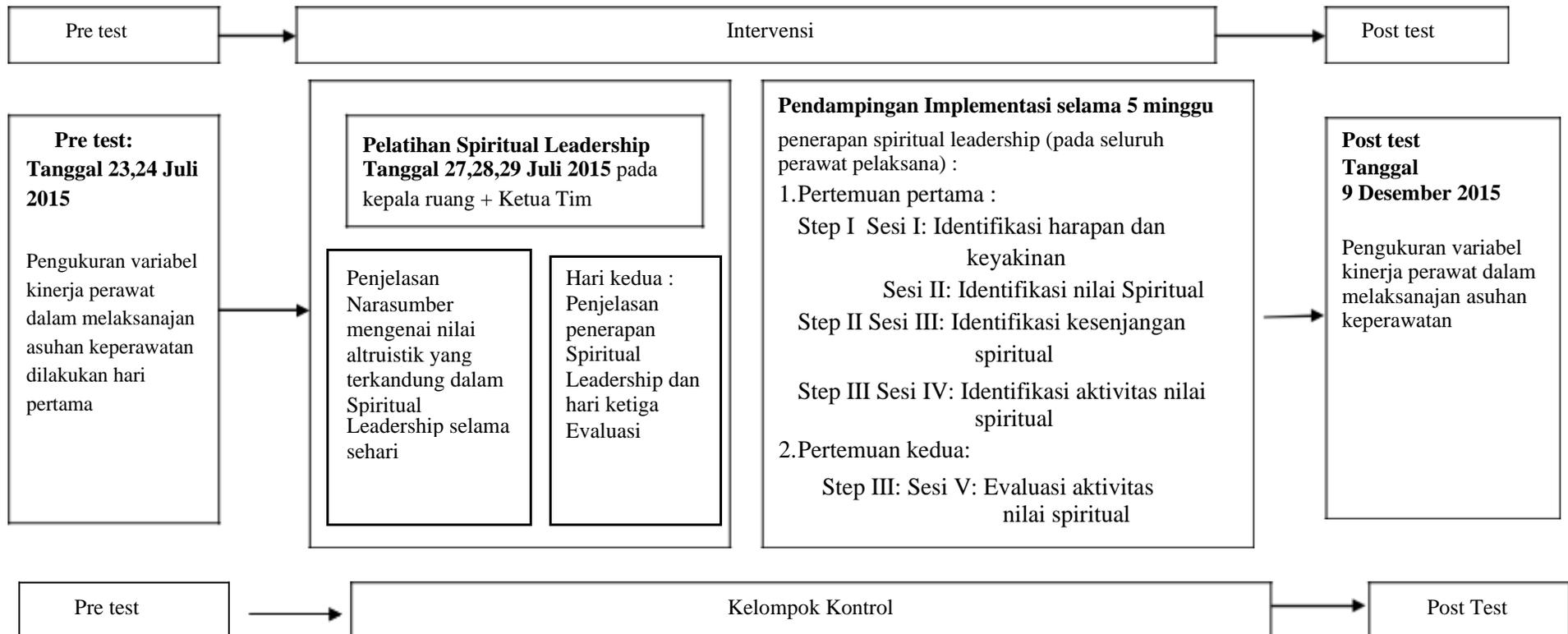
spiritual leadership dengan narasumber Ns. Iskim Luthfa M. Kep Dosen Universitas Sultan Agung Semarang, ketua Departemen Komunitas, kemudian dilanjutkan pada tanggal 28-29 Juli 2015 dengan kegiatan penjelasan penerapan *spiritual leadership* 1 hari yang merupakan kegiatan bimbingan penerapan *Spiritual 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 It.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:^{31,34,37.}

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: Parametrik <i>Paired t test</i> <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 $R^2_{xy} = (r_{xy})^2$.³⁷

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.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab keempat ini akan menyajikan penelitian tentang pengaruh penerapan *spiritual Leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di RSUD Dr H Soewondo Kendal yang dilaksanakan selama kurun waktu 5 bulan, yang dimulai tanggal 27 Juli hingga 9 Desember 2015. Jumlah sampel perawat yang terlibat pada penelitian ini adalah 48 orang pada tiap-tiap kelompok baik intervensi maupun kontrol, sehingga jumlah keseluruhan adalah 48 perawat dan tidak didapatkan *drop out* pada keseluruhan sampel penelitian, hasil analisa data yang sebelumnya telah dilakukan pengolahan data dengan menggunakan uji statistik yang telah ditentukan adapun secara lengkap proses pelaksanaan penelitian dan hasil penelitian akan disajikan sebagai berikut :

1. Karakteristik Responden di RSUD Dr H. Soewondo Kendal

Karakteristik perawat pada penelitian ini meliputi jenis kelamin, status perkawinan, status pegawai, tingkat pendidikan, umur dan masa kerja. Karakteristik perawat ini diolah secara deskriptif yang disajikan sesuai jenis data yang diperoleh, yaitu data kategori yang terdiri jenis kelamin, umur, status perkawinan, status pegawai dan tingkat pendidikan dan lama masa kerja seperti pada tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1

Gambaran Distribusi frekuensi dan Prosentase Karakteristik Responden kelompok Intervensi di RSUD Dr H Soewondo Kendal (N=24)

No	Variabel	intervensi (N=24)	
		F	(%)
1	Umur responden		
	a. 20-30 tahun	7	29.16
	b. 31-40 tahun	11	45.84
	c. > 40 tahun	6	25
2	Jenis Kelamin		
	a. Perempuan	18	75
	b. Laki-laki	6	25
3	Pendidikan		
	a. D3 Keperawatan	21	87.5
	b. S1 Ners	3	12.5
4	Status pernikahan		
	a. belum menikah	7	29.2
	b. menikah	17	70.8
5	status pekerjaan		
	a. Tidak tetap	6	25
	b. Pegawai tetap	18	75
6	Lama masa kerja		
	a. < 5 Tahun	4	16.67
	b. 5-10 Tahun	6	25
	c. 11-20 Tahun	10	41.67
	d. > 20 Tahun	4	16.7

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa sebagian besar responden pada klasifikasi usia 31-40 tahun, yaitu sebanyak 11 responden (45.84%). Jenis kelamin responden mayoritas adalah perempuan yaitu sebanyak 18 responden (75%). Pendidikan responden mayoritas adalah D3 Keperawatan yaitu sebanyak 21 responden (87.5%). Status pernikahan sebagian besar responden sudah

menikah yaitu sebesar 17 responden (70.8%). Status pekerjaan mayoritas responden adalah pegawai tetap yaitu sebanyak 18 responden (75%). Untuk lama masa kerja terbanyak yaitu pada klasifikasi lama masa 11-20 tahun yaitu sebesar 10 responden (41.67%).

2. Kinerja perawat sebelum dan Sesudah penerapan *spiritual leadership* di RSUD Dr H Soewondo Kendal.

Tabel 4.2
Gambaran Kinerja Perawat Sebelum Diterapkan *Spiritual Leadership* pada Kelompok Intervensi di RSUD Dr H Soewondo Kendal 2015 (N=24)

Kelompok	Penerapan SL	Mean	SD	Min-Mak	95% CI
Intervensi	Sebelum	86	4.64	80-99	84.04-87.96
	Sesudah	115.63	9.25	99-128	111.72-119.53

Kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebelum diterapkan *spiritual leadership* pada tabel 4.2 diatas menunjukkan bahwa nilai rata-rata kinerja perawat sebelum diterapkan *spiritual leadership* pada kelompok intervensi adalah 86. Nilai standar deviasi 4.64, dengan nilai minimum 80 dan nilai maksimum 99. Hasil pengukuran *post test* variabel kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sesudah diterapkan *spiritual leadership* adalah sebagai berikut nilai rata-rata kinerja

perawat 115.63. Nilai standar deviasi 9.254 dengan nilai minimum 99 serta nilai maksimum 128.

3. **Pengaruh *Spiritual Leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.**

Perbedaan penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, hasilnya dapat dilihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3

Gambaran Perbedaan Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Sebelum dan Sesudah Penerapan *Spiritual Leadership* Pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSUD Dr H Soewondo Kendal dan RSUD R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi, 2015 (N1=N2=48)

Kelompok	Variabel	Mean	Selisih	p value
Intervensi	kinerja perawat			
	a. Sebelum/Pre	86	29.63	0.001
	b. Sesudah/Post	115.63		
Kontrol	kinerja perawat			
	a. Sebelum/Pre	88.04	-0.33	0.892
	b. Sesudah/Post	87.71		

Berdasarkan hasil analisis seperti tabel 4.3 di atas, dapat diketahui bahwa nilai rata-rata kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sebelum penerapan *Spiritual Leadership* adalah 86 sedangkan setelah diterapkan *Spiritual leadership* nilai rata-rata mengalami peningkatan menjadi 115.63. Hasil ini menunjukkan terjadinya peningkatan yang

sebesar 29.63. Dari hasil uji statistik diketahui $p\ value = 0.001$ dan $\alpha = 0.05$. nilai $p\ value < \alpha$ yang berarti ada perbedaan nilai rata-rata sebelum dan sesudah diterapkannya *spiritual leadership* dengan kata lain, penerapan *spiritual leadership* berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Pada kelompok kontrol nilai rata-rata kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk *pre test* didapatkan nilai rata-rata 88.04 dan untuk nilai rata-rata post test adalah 87.71. Hal ini menunjukkan terjadi penurunan kinerja perawat 0.33. Berdasarkan hasil uji statistik nilai $p\ value = 0.892$ yang berarti $p\ value > 0.05$ Ho diterima sehingga tidak ada perbedaan yang signifikan nilai rata-rata kinerja perawat sebelum dilakukan penerapan *spiritual leadership* dengan setelah dilakukan penerapan *spiritual leadership* pada kelompok kontrol di RSUD R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi. Untuk mengetahui adanya pengaruh pada penerapan *spiritual leadership* pada penelitian ini maka dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji Regresi Linear Sederhana dengan hasil seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 4.4
Gambaran Pengaruh Penerapan *Spiritual Leadership* Terhadap Kinerja Perawat Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan

Variabel independen	Variabel dependen	r hitung pearson	R ² (R square)	Persamaan garis	p value
penerapan <i>Spiritual leadership</i>	Kinerja	0.900	0.810	Y=58.375+29.625X	0.000

Tabel diatas menunjukkan hasil uji regresi linear sederhana dengan *p value* $0.000 < \alpha 0.05$ hal ini menunjukkan adanya pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat didapatkan $r = 0.900$ dan *R square* 0.810 . Konstanta sebesar 59.375 menunjukkan nilai yang diperoleh jika tidak dilakukan penerapan *spiritual leadership*. Koefisien regresi sebesar 29.625 menunjukkan bahwa dengan penerapan *spiritual leadership* akan memberikan peningkatan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebesar 29.625 .

BAB V

PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian mengenai karakteristik responden serta pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

A. Karakteristik Responden

1. Jenis Kelamin

Distribusi jenis kelamin responden yang paling banyak dalam penelitian ini adalah perempuan yaitu sejumlah 18 responden (75%) sedangkan laki-laki 6 responden (25%). Hasil ini sesuai dengan pernyataan ketua bidang keperawatan yang menyatakan sebagian besar perawat RSUD Dr Soewondo Kendal berjenis kelamin perempuan yaitu 96 perawat (71.1%) dan perawat laki-laki 37 perawat (27.04%), serta sesuai dengan hasil survey data pelaporan jumlah perawat yang ada di propinsi Jawa Tengah yang sebagian besar berjenis kelamin perempuan.²¹

Seorang perawat dituntut untuk memiliki rasa empati, tekun, teliti serta mempunyai sifat *caring* dalam memberikan pelayanan keperawatan, sebagian besar kriteria tersebut dimiliki oleh seorang perempuan karena secara alami perempuan mempunyai sifat keibuan. Sifat-sifat dominan yang dimiliki perempuan tersebut dapat menunjang pelayanan yang diberikan kepada pasien sehingga menjadi alasan lebih banyak perawat berjenis kelamin perempuan

dibandingkan dengan laki-laki. Hal ini dipergunakan sebagai bahan pertimbangan pihak manajemen rumah sakit dalam penerimaan perawat baru.^{1,4} Perempuan mempunyai rasa empati dan kesabaran yang tinggi, nilai-nilai altruistik yang terkandung dalam *spiritual leadership* diantaranya adalah empatik yaitu kemampuan membaca dan memahami orang lain ketika orang lain merasa menderita, dan ingin melakukan sesuatu untuk membantu penderitaan orang tersebut, selain empati ada kesabaran/ kelembutan hati yaitu menjalani segala usaha dengan sabar tanpa adanya keluhan dalam menghadapi permasalahan, tidak mudah putus asa meskipun menghadapi hambatan.¹⁵

Hasil penelitian ini menunjukkan perempuan lebih banyak menjadi seorang perawat (75%). Menurut peneliti perempuan sebagai seorang ibu rumah tangga mempunyai tugas dan tanggung jawab yang mulia dalam mendidik dan merawat seluruh anggota keluarga dengan penuh kesabaran dan rasa kasih sayang. Sebagai seorang perawat juga memerlukan sifat sabar, giat, dan penuh kasih sayang dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Oleh karena itu profesi perawat mayoritas masih diminati perempuan dibandingkan laki-laki. Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap di RS Haji Jakarta yang menyatakan bahwa mayoritas perawat pelaksana di ruang rawat inap berjenis kelamin perempuan.¹⁹

2. Umur

Umur responden dalam penelitian ini paling banyak pada klasifikasi umur 30-40 tahun yaitu pada kelompok intervensi sejumlah 11 responden (45.84%). Rentang umur 30-40 tahun termasuk rentang umur produktif yang bisa bekerja secara optimal. Seseorang dapat melakukan pekerjaan dan tugas dengan tingkat produktifitas tinggi pada umur 30-40 tahun, hal ini berpengaruh terhadap kinerja seseorang.^{2,10}

Tingkat pertumbuhan dan perkembangan seseorang secara fisik, sosial, dan psikologis dapat dilihat dari bertambahnya umur, hal ini berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan individu secara motorik maupun psikologis yang mempengaruhi tingkat kedewasaan sesuai dengan tumbuh kembangnya.¹⁰ Dilihat dari peluang mendapatkan pekerjaan, seseorang yang berumur 30-40 tahun mempunyai pilihan yang terbatas dalam mencari alternatif pekerjaan dibandingkan dengan yang berumur < 30 tahun, mengingat ada batasan umur yang dipersyaratkan untuk penerimaan menjadi perawat, dengan demikian perawat yang berusia < 30 tahun mempunyai keterikatan dengan rumah sakit masih lemah yang bisa menyebabkan *turnover* perawat meningkat. Hal ini sesuai pernyataan kepala bidang keperawatan RSUD Dr Soewondo Kendal kepada peneliti pada saat melakukan studi pendahuluan tanggal 19 Maret 2015 yang menyatakan ada beberapa perawat baru dengan status pegawai tidak tetap yang tidak melanjutkan ikatan kerja karena pindah ke rumah sakit lain.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar usia responden diantara 30-40 tahun sebanyak (45.84%). Menurut peneliti pada usia ini pada umumnya spiritualitas seseorang mulai terbentuk, karena pada usia ini seseorang sudah menemukan jati diri yang sebenarnya dan mempunyai tugas dan tanggung jawab dalam keluarga sehingga lebih mendekatkan diri pada nilai-nilai altruistik yang terkandung dalam spiritualitas.

Penelitian ini didukung dengan penelitian sebelumnya tentang pengaruh kepemimpinan spiritual pada manajemen karir dan produktifitas yang menyatakan umur karyawan yang produktif 30-40 tahun memiliki kinerja yang optimal dibanding dengan seseorang yang berumur > 50 tahun karena pada usia > 50 tahun kemampuan psikomotornya sudah mengalami penurunan fungsi dan kemampuan.²⁹

3. Masa Kerja

Masa kerja responden pada penelitian ini terbanyak pada klasifikasi masa kerja 11-20 tahun yaitu 10 responden (41.67%). Masa kerja dihubungkan dengan pengalaman seseorang dalam menjalani bidang pekerjaan yang ditekuni. Masa kerja akan mempengaruhi pengalaman seseorang, semakin lama bekerja akan semakin banyak pengalaman seseorang, sehingga produktifitas kerja juga meningkat.¹⁰

Penelitian sebelumnya mengenai pengaruh kepemimpinan spiritual terhadap produktifitas menyatakan masa kerja yang relatif belum lama, menyebabkan keterlibatan sosial yang dibangun belum kuat, sehingga kinerja

yang dimiliki oleh cenderung rendah.²⁹ Hal ini didukung pernyataan kepala seksi keperawatan RSUD Dr Soewondo Kendal yang menyatakan kebanyakan perawat yang *turnover* adalah perawat baru *freshgraduate* yang masa kerjanya kurang dari 2 tahun dengan status sebagai pegawai belum tetap.

Hasil penelitian ini sebagian besar perawat mempunyai masa kerja 11-20 tahun (41.87%). Menurut peneliti sebagai seorang perawat ketrampilan merupakan hal penting yang harus dimiliki. Perawat harus memiliki ketrampilan teknis, pengetahuan dan kemampuan analisa masalah keperawatan. Semakin lama masa kerja perawat semakin meningkat pula kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan sedangkan masa kerja yang bervariasi akan mempengaruhi ketrampilan dan pengalaman perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien. Semakin lama masa kerja semakin erat penghayatan perawat terhadap visi, misi dan motto terhadap rumah sakit, dan semakin lama masa kerja semakin banyak pula perkembangan yang diikuti terhadap kemajuan rumah sakit.

Pengalaman masa kerja yang berbeda dari tiap perawat dapat menyebabkan kemampuan yang berbeda pula dalam hal memecahkan masalah terkait asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien. Dengan masa kerja yang relatif lama dapat membangun suatu budaya organisasi berdasarkan nilai-nilai altruistik dimana sesama perawat baik kepala ruang maupun perawat pelaksana saling memperhatikan, peduli, dan menghargai satu sama lain, sehingga menghasilkan rasa keanggotaan, difahami dan dihargai. Hal ini

sesuai dengan teori yang disampaikan Fry yang menyatakan *spiritual leadership* mempunyai tugas utama yaitu 1) menciptakan suatu visi dimana anggota-anggota organisasi mengalami perasaan terpanggil dalam hidupnya, menentukan makna, dan membuat sesuatu yang berbeda, 2) membangun suatu budaya organisasi berdasarkan nilai altruistik dalam berinteraksi sesama anggota organisasi.^{44,46,47}

4. Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas responden tingkat pendidikannya adalah D III keperawatan sejumlah 21 perawat (87.5%) dan 3 responden (12.5%) memiliki pendidikan Strata I. Pendidikan adalah pembelajaran, pengetahuan, ketrampilan, dan kebiasaan yang diberikan dari generasi ke generasi berikutnya melalui proses pengajaran, pelatihan, atau penelitian.²⁴ Penelitian ini didukung dengan penelitian sebelumnya tentang penerapan *spiritual leadership* terhadap komitmen organisasi di Rumah Sakit A. Yani Surabaya yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan perawat RSI Islam Surabaya didominasi tingkat pendidikan D III keperawatan 67.1%.²³

Menurut peneliti dalam mewujudkan rumah sakit yang berkualitas dan mampu menjawab tantangan globalisasi baik di tingkat lokal maupun regional, maka harus memiliki perawat yang kompeten dalam ilmu keperawatan yang ditunjukkan dengan tingkat pendidikan formal keperawatan yang tinggi, karena semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin kritis, logis dan sistematis cara berfikirnya sehingga meningkat kualitas kerjanya.

5. Status Kepegawaian

tetap.²¹

Distribusi status kepegawaian responden sebagian besar responden pegawai tetap yaitu 18 responden (75%) sedangkan yang tidak tetap 6 responden (25%). Hasil ini sesuai survey data pelaporan status kepegawaian perawat yang ada di propinsi Jawa Tengah yang sebagian besar pegawai Hasil penelitian sesuai dengan penelitian sebelumnya tentang

penerapan *spiritual leadership* terhadap komitmen organisasi yang menyatakan bahwa status kepegawaian bisa meningkatkan kinerja dalam organisasi. Status pegawai tetap menunjukkan kinerja yang lebih baik dibandingkan pegawai yang belum menjadi pegawai tetap.²³

Hasil penelitian sebagian besar responden adalah pegawai tetap yaitu sebesar 75%. Menurut peneliti seseorang yang sudah menjadi pegawai tetap akan lebih berkomitmen terhadap tempat kerjanya sehingga kinerjanya menjadi meningkat, sedangkan seseorang yang belum diangkat pegawai tetap mempunyai komitmen dengan tempat kerjanya rendah sehingga akan mempengaruhi penurunan terhadap kinerjanya. Hal ini dipengaruhi oleh sistem pemberian reward yang berbeda antara pegawai tetap dan pegawai tidak tetap.

Imbalan atau reward 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.^{24,2} Menurut Nursalam, bahwa rendahnya imbalan jasa bagi perawat selama ini sangat mempengaruhi kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Imbalan/reward merupakan pembayaran yang diterima dan tingkat kesesuaian antara pembayaran tersebut dengan pekerjaan yang dilakukan.²

6. Status Pernikahan

Distribusi status pernikahan responden sebagian besar responden berstatus sudah menikah sebanyak 17 responden (70.8%) sedangkan yang belum menikah 7 responden (29.2%). Seseorang yang sudah menikah cenderung berkomitmen terhadap tempatnya bekerja, hal ini sesuai penelitian sebelumnya tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat menyatakan perawat yang telah menikah akan cenderung tetap bertahan dalam lingkungan tempat bekerja dibandingkan dengan perawat yang belum menikah.¹⁹

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden sudah menikah yaitu 70.8%. Menurut peneliti seseorang yang telah menikah memiliki tanggung jawab yang besar terhadap keluarga dan tidak berfokus pada kebutuhannya sendiri melainkan kebutuhan anggota keluarga juga menjadi pertimbangan, sehingga untuk mencari peluang pekerjaan di tempat lain memerlukan pertimbangan yang besar dibandingkan dengan seseorang yang

belum menikah. Seseorang yang telah menikah juga memiliki nilai-nilai altruistik yang lebih baik dibandingkan dengan yang belum menikah karena dalam hubungan berkeluarga rasa menghormati, saling percaya, saling memaafkan, kesabaran dan integritas kepada keluarga sudah terbentuk sehingga nilai-nilai tersebut bisa ditanamkan juga dalam lingkungan kerja.

Hal ini didukung dengan penelitian tentang pengaruh *spiritual leadership* terhadap komitmen organisasi di RS A. Yani Surabaya yang menyatakan responden yang sudah menikah lebih berkomitmen dibandingkan dengan responden yang belum menikah.

B. Kinerja Perawat Pelaksana Sebelum dan Sesudah Mendapat Penerapan *Spiritual Leadership*

Menurut Gibson faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja diantaranya adalah variabel organisasi yaitu faktor kepemimpinan yang tercermin dalam gaya kepemimpinan^{2,10}. Pada penelitian ini secara empiris menguji salah satu upaya menumbuhkan kinerja perawat melalui motivasi intrinsik yaitu melalui penerapan *spiritual leadership*. *Spiritual leadership* merupakan paradigma dalam perubahan dan pengembangan organisasi yang pada hakekatnya diciptakan untuk membentuk sebuah motivasi intrinsik dari individu dan mendorong individu dalam suatu organisasi.¹⁵

spiritual leadership mempunyai tugas utama yaitu 1) menciptakan suatu visi dimana anggota-anggota organisasi mengalami perasaan terpanggil dalam

hidupnya, menentukan makna, dan membuat sesuatu yang berbeda, 2) membangun suatu budaya organisasi berdasarkan nilai altruistik dimana pemimpin dan anggota sungguh-sungguh saling perhatian, peduli, dan menghargai satu sama lain, sehingga menghasilkan rasa keanggotaan, merasa difahami dan dihargai. *Spiritual Leadership* sebagai sebuah nilai, sikap dan perilaku pemimpin, strategi yang diperlukan dalam upaya memotivasi diri sendiri maupun orang lain melalui memberi arti seseorang (*calling*) dan menjadi bagian suatu organisasi (*membering*), sehingga terbentuk perasaan sejahtera secara spiritual. Sejahtera secara spiritual yaitu keberadaannya diakui, terpanggil dalam diri seseorang bahwa dirinya merupakan bagian dalam organisasi tersebut. Perasaan sebagai bagian dari organisasi maka seseorang terpanggil untuk mewujudkan visi, misi dan tujuan organisasi.^{11,47,44}

Kinerja perawat di RSUD Dr. Soewondo Kendal sebelum dilakukan penerapan *spiritual leadership* menunjukkan nilai rata-rata kinerja perawat 86 dengan nilai terendah 80 dan nilai tertinggi 99 artinya kinerja perawat belum optimal. Dikatakan belum optimal karena skor total kinerja perawat seharusnya 128 poin, sehingga diperlukan 42 poin lagi untuk mencapai kinerja perawat yang optimal.

Pengukuran kinerja perawat pelaksana dalam penelitian ini mencakup lima dimensi yaitu 1) sikap *caring* perawat kepada pasien, 2) hubungan perawat dengan pasien, 3) kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien, 4) kemitraan dan kolaborasi, dan 5) kegiatan penjaminan mutu asuhan keperawatan. Kinerja

perawat sebelum dilakukan penerapan *spiritual leadership* menunjukkan perawat kurang memperhatikan reaksi klien pada saat memberikan tindakan keperawatan yaitu sebanyak 16 responden (66.7%). Asuhan keperawatan yang optimal dapat terwujud jika perawat melakukan asuhan keperawatan dengan penuh rasa *caring*. Perawat menggunakan keahlian, kata-kata yang lembut, dan sentuhan penuh kasih sayang, ada tiga hal yang menjadi ciri khas *caring* yaitu perhatian, tanggung jawab dan ikhlas. Sikap *caring* akan meningkatkan kepercayaan klien kepada perawat.⁴ Hasil penelitian menunjukkan perawat lebih berfokus pada tindakan keperawatan yang diberikan tanpa memperhatikan respon klien saat diberikan tindakan keperawatan jika hal ini tidak diperhatikan maka kepercayaan klien kepada perawat akan mengalami penurunan sehingga dapat berdampak terhadap ketidakefektifan intervensi yang diberikan oleh perawat kepada klien.

Kinerja perawat dilihat dari dimensi hubungan perawat dengan pasien, menunjukkan perawat tidak memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga klien sebanyak 14 responden (58.3%). Hubungan perawat dengan klien merupakan hubungan terapeutik yang bertujuan untuk meningkatkan efektifitas intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien. Kualitas hubungan perawat dengan klien akan mempengaruhi kualitas mutu asuhan keperawatan yang diberikan perawat kepada klien.³⁰ Hasil penelitian sebelumnya tentang penerapan *spiritual leadership* terhadap komitmen organisasi di RSI Surabaya menjelaskan bahwa perawat lebih menunjukkan perilaku *caring* lebih memperhatikan kondisi fisik daripada psikologis klien. Pemenuhan kebutuhan biologis menjadi fokus utama

perawat, sehingga kebutuhan lainnya seperti psikologis, spiritual, dan sosial menjadi kurang diperhatikan.¹⁹

Hasil penelitian kinerja perawat pada dimensi kemitraan dan kolaborasi menunjukkan perawat kurang bekerjasama dengan teman sejawat dalam menyelesaikan pekerjaan di rumah sakit dan kurang mengakui rekan kerja sebagai mitra, masing-masing sebanyak 13 responden (54.2%). Kolaborasi merupakan suatu pengakuan atas keahlian seseorang di dalam maupun di luar profesinya, meliputi berbagai fungsi serta menfokuskan upayanya terhadap misi bersama.³⁰

Terwujudnya 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.^{1, 30}

Dalam situasi kerja jika tidak ada saling menghormati, dan menghargai rekan sejawat dan bidang ilmu lain akan berdampak terhadap mutu layanan yang diberikan kepada klien karena masing-masing mempunyai tujuan yang sama untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang dialami oleh klien. Masing-masing

bidang ilmu mempunyai standar yang sudah ditentukan oleh keilmuan masing-masing yang harus dihormati keberadaannya.

Hasil penelitian kinerja perawat pada dimensi penjaminan mutu menunjukkan kurang adanya reward yang diberikan pihak RS untuk memotivasi kinerja perawat sebanyak 14 responden (54.2%) dan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan tidak berorientasi dengan visi, misi dan tujuan rumah sakit yaitu sebanyak 15 responden (58.4%). Kegiatan penjaminan mutu dapat meliputi aspek struktur, proses, dan *outcome*. Kegiatan penilaian dan pemantauan dalam pelayanan keperawatan juga ditujukan pada ketiga aspek tersebut. Standar pelayanan, kriteria keberhasilan, alat pengukur perlu dikembangkan dan tahapan dalam melaksanakan menjamin mutu .

RSUD Dr Soewondo Kendal merupakan RS tipe B yang selalu berupaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dimulai dari perbaikan infrastruktur sampai peningkatan SDM. Perawat sebagai salah satu dari bagian SDM di rumah sakit harus dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal sehingga mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan. Kinerja perawat pelaksana RSUD Dr Soewondo Kendal yang belum optimal dikarenakan kurangnya penyegaran-penyegaran (berupa pelatihan *Emotional Spiritual Question* , pelatihan manajemen keperawatan, pelatihan kepemimpinan dalam keperawatan) yang dilakukan pihak RS terhadap perawat yang berkaitan dengan peningkatan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien. Salah satu upaya yang

digunakan dalam peningkatan kinerja perawat adalah penerapan *spiritual leadership*. *Spiritual Leader* melakukan pekerjaan dengan cara yang memuaskan hati lewat pemberdayaan, memulihkan dan menguntungkan siapa saja yang berhubungan dengannya. *Spiritual Leader* tidak hanya mampu menghadirkan uang, tetapi juga hati dan jiwa dalam bekerja. Seluruh terlibat sepenuhnya (*involve*) dalam aktivitas organisasi yang dipimpinnya sebagai bentuk komitmen yang paling dalam yaitu komitmen spiritualitas.^{22,15.}

Spiritual leadership 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.^{44,47}

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 kerja yang lebih bermotivasi, berkomitmen dan produktif. Menerapkan atau menterjemahkan akan kebutuhan spiritual baik pada pemimpin maupun anggota 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. Hal ini dapat mencapai tingkatan

yang lebih tinggi tidak hanya dari kesejahteraan psikologis dan kesehatan manusia yang positif tetapi juga komitmen organisasi dan produktifitas.^{11,47,44.}

Hasil analisis selanjutnya menunjukkan peningkatan tersebut bermakna (p value 0.001). Hasil analisis lanjutan ini menunjukkan adanya pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Implementasi *spiritual leadership* kepala ruang sebagai motivasi untuk berubah dan memberikan review teori motivasi berbasis kepemimpinan kemudian melakukan panggilan (*calling*) terhadap spiritualitas perawat di tempat kerja, yang menggambarkan kebutuhan manusia yang universal terhadap kesejahteraan spiritual melalui *calling* (perawat merasa terpanggil) dan *membering* (perawat menjadi bagian dalam organisasi) kemudian mengaplikasikan ke dalam lingkungan kerja.^{11,23} Peningkatan kinerja perawat pelaksana dapat dipertahankan dan ditingkatkan jika kepala ruang dan ketua tim secara berkelanjutan melaksanakan penerapan *spiritual leadership*.

Hasil penelitian menunjukkan kinerja perawat yang mengalami peningkatan sesudah diterapkan *spiritual leadership* diantaranya adalah sebagai berikut kinerja perawat pada dimensi *caring* adalah perawat selalu memperhatikan kondisi klien dengan sepenuh hati yaitu sebanyak 22 responden (91.7%) dan perawat segera datang saat klien membutuhkan bantuan sebanyak 21 responden (87.5%). Hal ini menunjukkan nilai altruistik terutama nilai kebaikan yaitu ramah, murah hati, tenggang rasa dan simpatik terhadap perasaan maupun kebutuhan orang lain telah tercermin dalam kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

Kinerja perawat dilihat dari dimensi hubungan perawat dengan klien, menunjukkan perawat selalu memperhatikan reaksi klien pada saat memberikan tindakan keperawatan sebanyak 18 responden (75%), serta perawat selalu memberi kesempatan klien berdoa sebelum dilakukan suatu tindakan dan memberikan waktu klien untuk beribadah sesuai agama dan kemampuannya sebanyak 19 responden (79.2%). Kinerja perawat yang meningkat ini menunjukkan nilai altruistik empati telah terpatri dalam diri perawat yaitu kemampuan membaca dan memahami orang lain ketika orang lain merasa menderita dan membutuhkan serta ingin melakukan sesuatu untuk membantu penderitaan klien.⁴⁴

Hasil penelitian menunjukkan kinerja perawat pada dimensi kemitraan dan kolaborasi yang mengalami peningkatan adalah melakukan diskusi dengan bidang ilmu lain dalam menyelesaikan masalah klien sebanyak 17 responden (70.8%) dan perawat saling percaya (trust) dan menghormati pada teman profesi lain yang beda keilmuan yaitu sebanyak 16 responden (66.7%). Kinerja perawat yang mengalami peningkatan ini menunjukkan nilai altruistik kepercayaan yaitu kepercayaan atas karakter, kemampuan, kekuatan pada orang lain sudah tercermin dalam kinerja perawat.

Kinerja perawat merupakan sebuah kriteria kunci dari efektifitas suatu rumah sakit. Hal ini dapat menjadi indikator tingkat kontribusi perawat terhadap aktivitas dan perkembangan rumah sakit.³⁰ Upaya membangun kinerja perawat di rumah sakit pada prinsipnya dapat dicapai melalui motivasi intrinsik dan

ekstrinsik. Seorang pemimpin diharapkan bisa memberikan motivasi intrinsik dalam kepemimpinannya.¹⁵

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.⁴ Fungsi pemimpin meliputi kegiatan membuat hubungan, mempengaruhi bawahan, membuat keputusan dan membuat kemudahan.

Menurut peneliti penerapan *spiritual leadership* oleh kepala ruang dan ketua tim pada perawat pelaksana dengan pendampingan 5 minggu, secara substansi dapat menaikkan nilai rata-rata kinerja perawat, meskipun peningkatan tidak optimal, namun lebih bersifat kenaikan secara berproses. Penerapan *spiritual leadership* secara berkelanjutan dapat mempertahankan dan meningkatkan kinerja perawat di masa mendatang karena kenaikan kinerja perawat hasil penelitian ini dipengaruhi dan didukung oleh beberapa kondisi diantaranya kerjasama yang baik antara kepala ruang, ketua tim dan perawat pelaksana dalam proses penerapan *spiritual leadership* di ruangan selain itu didukung juga dengan sebagian besar telah berstatus pegawai tetap 75%. Mayoritas perawat telah menikah sebesar 70.8%.

C. Pengaruh *Spiritual Leadership* terhadap Kinerja Perawat Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol.

Hasil penelitian menunjukkan nilai rata-rata kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sebelum penerapan *Spiritual Leadership* adalah 86 sedangkan setelah diterapkan *Spiritual leadership* nilai rata-rata meningkat menjadi 115.63. Skor ini bermakna bahwa kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sesudah diterapkan *spiritual leadership* mengalami peningkatan 29.63.

Hasil peningkatan kinerja perawat ditunjukkan ditunjukkan dari kinerja perawat pada dimensi *caring* yaitu memperhatikan kondisi klien sepenuh hati (91.7%), perawat segera datang saat klien membutuhkan bantuan 87.5%. Selain itu ditunjukkan peningkatan kinerja perawat pada dimensi hubungan perawat dengan klien yaitu, memberikan kesempatan klien memberikan kesempatan klien untuk beribadah sesuai agama dengan kemampuannya (79.2%).

Pada kelompok kontrol yang tidak diterapkan *spiritual leadership* didapatkan hasil, nilai rata-rata kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan untuk awal/*pre test* didapatkan nilai rata-rata sejumlah 88.04 tetapi akhir/*post test* adalah 87.70 yang menunjukkan terjadi penurunan kinerja perawat dengan rerata skor -0.34. Penurunan kinerja perawat ditunjukkan dari hasil kinerja perawat pada dimensi *caring* perawat yaitu perawat tidak memperhatikan reaksi klien pada saat memberikan tindakan

keperawatan (8.3%), kinerja perawat pada dimensi kolaborasi dan kemitraan yaitu perawat tidak melakukan diskusi dengan bidang ilmu lain dalam menyelesaikan masalah klien sebesar (12.5%). Di dalam bidang pelayanan kesehatan, kepemimpinan berkorelasi secara positif dengan kinerja perawat dan visi suatu rumah sakit, faktor kepemimpinan dan iklim organisasi dapat mempengaruhi kinerja seseorang.^{2,11,30} Penerapan *spiritual leadership* merupakan salah satu upaya membangun kinerja melalui motivasi intrinsik.

Hasil uji regresi linear sederhana dengan $p \text{ value } 0.000 < \alpha$ menunjukkan adanya pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat didapatkan $r=0.900$ dan R square 0.810, menunjukkan bahwa nilai yang dicapai jika tidak dilakukan penerapan *spiritual leadership* nilai rata-rata kinerja perawat 59.375. Koefisien regresi sebesar 29.625 menyatakan bahwa dengan penerapan *spiritual leadership* akan memberikan peningkatan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebesar 29.63.

Hasil penelitian ini didukung penelitian sebelumnya tentang pengaruh *spiritual leadership* terhadap komitmen organisasi di RSI Surabaya yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *spiritual leadership* dengan komitmen organisasi. Penelitian dgn menggunakan desain eksperimen dengan *control group* dengan hasil ada perubahan komitmen organisasi yang

signifikan pada kelompok yang diterapkan *spiritual leadership* dengan yang tidak diterapkan dengan selisih 24 poin.²³

Penelitian lain yang mendukung penelitian ini yaitu tentang pengaruh *spiritual leadership* terhadap perilaku etis, kualitas kehidupan kerja, komitmen organisasional dan kinerja karyawan, yang menyatakan kepemimpinan spiritual berpengaruh terhadap kinerja karyawan melalui perilaku etis dan komitmen organisasional.⁴⁸

Hasil penelitian ini didukung juga dengan penelitian sebelumnya tentang pengaruh kepemimpinan spiritual pada manajemen karir dan produktifitas dengan *meaning/calling* dan *membership* sebagai mediasi di pegawai negeri sipil pemerintah Kabupaten Sukoharjo menyatakan *spiritual leadership* berpengaruh signifikan terhadap *calling*, *spiritual leadership* berpengaruh signifikan terhadap *membership* dan *spiritual leadership* berpengaruh signifikan terhadap komitmen organisasi.⁴⁹

Menurut peneliti upaya membangun kinerja perawat secara optimal, rumah sakit harus membangkitkan motivasi intrinsik dan dipadukan dengan motivasi ekstrinsik. Metode penerapan *spiritual leadership* merupakan salah satu model teori transformasi organisasi yang berpijak pada motivasi secara intrinsik dan didasarkan pada sebuah visi, nilai *altruistic* dan *hope/faith* yang meningkatkan sebuah perasaan sejahtera secara spiritual (melalui *calling* dan *membering*) yang pada akhirnya dapat menimbulkan keluaran dari kinerja yang optimal.

Rumah sakit yang merupakan *nobel industry* yaitu suatu lembaga yang mempunyai visi di bidang profit dan kemanusiaan sangat tepat menerapkan *spiritual leadership* dalam melaksanakan kinerja baik dari jajaran *top manajer* sampai ke *low manager* karena bidang pelayanan kesehatan ini selalu berhadapan dengan klien dan rekan-rekan sejawat yang sudah tentu nilai- nilai altruistik harus selalu diterapkan dalam proses interaksi sehari-hari sehingga menghasilkan *output* kinerja yang optimal.

D. Keterbatasan penelitian

Peneliti menyadari terdapat keterbatasan dalam penelitian ini yaitu

1. Penerapan spiritual leadership hanya diterapkan pada kepala ruang dan ketua tim sebaiknya diterapkan dari jajaran *top manajer* sampai ke *low manajer* yang berada di rumah sakit
2. Keterbatasan tim peneliti yang terlibat dan harus menyesuaikan waktu dengan kondisi ruangan satu persatu sehingga untuk praktik di ruangan tidak bisa dilakukan serentak atau secara bersamaan.
3. Waktu pengambilan data. Penelitian ini memiliki keterbatasan pada perbedaan pengambilan data pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak dapat dilakukan secara serentak karena tidak memungkinkan dilakukan pengambilan data secara sekaligus dalam satu hari karena perbedaan daerah.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menjelaskan simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan. Saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian juga diuraikan untuk meningkatkan hasil penelitian ini.

A. Kesimpulan

1. Karakteristik responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan 75%, umur responden sebagian besar berumur 31-40 tahun 45.84%, Pendidikan responden mayoritas D3 Keperawatan 87.5%, status pernikahan responden sebagian besar berstatus sudah menikah 70.8%, status pekerjaan sebagian besar pegawai tetap 75%, dan lama masa kerja sebagian besar pada klasifikasi 11-20 tahun yaitu 41.67%.
2. Nilai rata-rata kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sebelum penerapan *Spiritual Leadership* adalah 86 dengan nilai minimum 80 dan nilai maksimum 99.
3. Nilai rata-rata kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kelompok intervensi sesudah penerapan *Spiritual Leadership* adalah 115.63 dengan nilai minimum 99 dan nilai maksimum 128.
4. Ada pengaruh penerapan *spiritual leadership* terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang ditunjukkan dengan *p value* = 0.001

$< \alpha$ H_0 ditolak, maka ada perbedaan kinerja sebelum dan sesudah penerapan *spiritual leadership* sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh p value = $0.892 > \alpha$ sehingga H_0 diterima maka tidak ada perbedaan rerata yang bermakna antara *pre* dan *post* pada kelompok kontrol yang tidak dilakukan penerapan *spiritual leadership*.

B. Saran

Saran dari peneliti sebagai berikut :

1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Nilai-nilai altruistik dalam *spiritual leadership* yang terdiri dari 9 nilai altruistik (Kepercayaan, pemaaf, integritas, kejujuran, keteguhan hati, kerendahan hati, kebaikan, empati, dan kesabaran) sangat penting sekali ditanamkan di pendidikan keperawatan sejak dini karena dengan menanamkan *spiritual leadership* dalam dunia pendidikan keperawatan maka akan mendukung terciptanya lulusan-lulusan yang dapat bekerja secara optimal dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan

a. Penerapan *spiritual leadership* sangat penting sekali guna meningkatkan kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Semoga model kepemimpinan spiritual bisa memberikan alternatif pilihan terhadap para kepala ruang dan ketua tim guna meningkatkan kinerja perawat yang menjadi anggota.

b. Diharapkan penelitian lebih lanjut mengenai *spiritual leadership* baik pada dimensi hubungan dengan klien, kemitraan/kolaborasi ataupun lainnya akan dilakukan untuk memenuhi dan menambah kasanah ilmu dibidang keperawatan.

3. Bagi Perawat

a. Dalam memberikan asuhan keperawatan tidak hanya berfokus pada tindakan yang diberikan melainkan juga harus memperhatikan reaksi klien saat diberi tindakan keperawatan

b. Menghormati dan menghargai rekan sejawat dan bidang ilmu lain.

c. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan berorientasi kepada visi, misi dan tujuan rumah sakit sehingga terwujudnya pelayanan prima.

d. Memotivasi klien untuk tetap beribadah sesuai kemampuannya supaya keteguhan hati dalam pikiran dan keinginan, seperti halnya kekuatan dalam moral dan mental, untuk mempertahankan keadaan yang digunakan dalam menghadapi kesulitan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Apabila dilakukan penelitian lanjutan dengan dengan memberikan intervensi penerapan *spiritual leadership* diharapkan diberikan mulai dari *low manajer* hingga *top manajer*.

DAFTAR PUSTAKA

1. Gillies P. A. *Nursing manajement, 2 system Approach*. Third Edition. Philadelphia: WB saunders. 2009.
2. Ilyas, Y. *Perencanaan Sumber Daya Manusia : Teori, Metoda dan Formula*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI : Jakarta. 2008
3. Aditama. *Manajemen administrasi rumah sakit*. Edisi kedua. Jakarta: UI Press. (2007)
4. Marquis, BL., Huston, CJ. *Managemen Decision Making for Nurses* 3 rd. lippicott. Philadelpia. 2010
5. Syafrul Anwar. *Kepemimpinan dan Transformasi*. USIM. . 2013
6. Benefiel and Hamilton. 2007 *Spiritual leadership coaching*. www.iispiritualleadership.com. Diperoleh tanggal 27 febuari 2015.
7. Potter and Perry (2005). *Buku Ajarr fundamental keperawatan : konsep,proses dan praktik*. edisi 4 volume 1 Alih bahasa Yasmin Asih, dkk. Jakarta. Penerbit buku kedokteran EGC.
8. Depkes RI. *Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*. Direktorat Jendral pelayanan medik Jakarta : Depkes RI. 2007
9. Wibowo, *Manajemen Kinerja. Divisi buku perguruan tinggi*. Jakarta. PT. Raja grafindo persada. (2007).
10. Robbin judge. *Perilaku Organisasi*. Jakarta Penerbit: salemba empat. (2007)
11. Fry L. W and Cohen. (2008). *Spiritual leadership as a paradigm for Organizattion Transformation and Recovery from Extended Work Hourrrrs Cultures*. Journal of Busness Ethics (2009) 84:265-278, www.spingerlink.com , diperoleh 19 januari 2015
12. Nursalam. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktek Keperawatan Profesional* Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika. (2008).
13. Mangkunegara, P.A.A. *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan kesembilan. Bandung : Remaja Rodakarya (2009).
14. Ian Percy. *Going Deep, exploring spirituality in life and leadership*. Arizona : Inspired Production Press. Hal 265. (2007)

15. Tabroni. *The Spiritual Leadership*. Malang: UMM Press. (2010)
16. Beginta, Romi. *Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Gaya Kepemimpinan, Tim Kerja, terhadap Persepsi Pelaporan Kesalahan Pelayanan Oleh Perawat Di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bekasi*. Jakarta : Universitas Indonesia (Tesis) (2012)
17. Walin. *Hubungan Antara Supervisi kinerja Perawat di Puskesmas rawat Inap. Kabupaten Kebumen*. (Tesis) (2005).
18. Gay Hendrick and Kate Ludeman (2006). *The Corporate mystic*. New York: Bantam books
19. Pancaningrum, Dian. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap Dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial Di RS Haji Jakarta*. Tesis. (2012)
20. Marsha Siantar (2001). *Spiritual Itelligence, Kecerdasan Spiritual Belajar dari anak yang mempunyai Kesadaran Dini*, Jakarta : Elek Media Komputindo.
21. Data-data laporan tahunan dinas kesehatan Jawa Tengah per semester tahun 2014.
22. Antonio Syafii Muhammad. *Super Leader Super Manajer*. Jakarta Selatan : Penerbit: ProLM Centre & Taskia Publishing Crown Palace. (2015)
23. Nurfika Asmaningrum. *Penerapan Spiritual leadership terhadap komitmen organisasi di Rumah Sakit A. Yani Surabaya*. Tesis Pascasarjana FIK.UI.(2009)
24. Ilyas, Y. *Kinerja, teori, penilaian, dan penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Depok (2002)
25. Ivancevich. *Perilaku dan Manajemen Organisasi*. Penerbit Salemba, Jakarta. 2006
26. Nursalam, *Proses & Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktek*, Salemba Medika, Jakarta. (2007)
27. Undang Undang kesehatan No. 38 Tahun 2014 yang berisi Tentang Keperawatan
28. Suarli S dan Bahtiar Yanyan. (2006) *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta: Erlangga
29. Riska Fii ahsani, *Pengaruh kepemimpinan Spiritual pada Manajemen Karir dan Produktifitas*. www.digilib.uns.ac.id. (2013).Volume 6. Hal 18

30. Sitorus Ratna dan Panjaitan Ramondang. (2011). *Manajemen Keperawatan : Manajemen Keperawatan di Ruang Rawat*. Jakarta: Sagung Seto
31. Sugiyono. *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung; Alfabeta. (2014)
32. Nursalam. *Metodologi Penelitian ilmu Keperawatan pendekatan praktis*. edisi 3. Jakarta: Salemba Medika. (2013)
33. Darma Kelana Kusuma. *Metodologi penelitian keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta Timur: Penerbit CV. Trans Info Media (2011)
34. Notoatmodjo, S. *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta:: Rineka Cipta. (2006)
35. Danah Zohar dan Ian Marshall (2010) SQ. *Spiritual intelegence, the ultimate intelligence*, London; Bloomsbury, hal 3-8
36. Safaria triantoro *Kepemimpinan*: Yogyakarta; Graha ilmu (2009)
37. Hastono, S., P. *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Diklat. Tidak Dipublikasikan
38. S. Suarli, M M dan Yanyan Bahtiar. *Manajemen Keperawatan*. Ciracas Jakarta, Erangga. 2009
39. Oxford **Advanced Learners's Dictionary**. Oxford University Press. Hal.1145 (2005)
40. Michael H. Hart. *Seratus Tokoh yang Paling Berpengaruh dalam sejarah*. Jakarta: Pustaka Jaya. Hal. 27. (2004)
41. Herry Tjahjono. *Kepemimpinan Dimensi Keempat, Selamat Tinggal Krisis Kepemimpinan*. Jakarta: Elex Media Komputindo. (2008)
42. Sugiyono, *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif & R*; Bandung. Alfabeta (2009)
43. WHO. *European Regional Patients for Patient Safety Workshop*. Copenhagen: Derkmark. 2010: http://www.euro.who.int/Document/HSM/Patient_Safety_Dup.pdf. Diakses tgl 12 Februari 2015
44. Wolf, A. 2008. *Spiritual trends in holistic nursing*. Diperoleh dari www.digitalcommons.liberty.edu pada tanggal 19 Januari 2015.
45. Rianto, F. 2009. Altruisme dalam beberapa perspektif. www.rianto.com diperoleh 19 Januari 2015.

46. Malone & Fry. 2005. *Transforming schools through spiritual leadership: a field experiment*. www.tarleton.edu diperoleh 19 januari 2015
47. Fry, Vitucci & Cedillo. 2005. *Spiritual leadership and army transformation: theory, measurement, and establishing a baseline*. *The leadership quarterly* 16 (2005) 835-862. www.sciencedirect.com diperoleh 27 Januari 2015
48. Umar, hamid *Pengaruh Kepemimpinan Spiritual Terhadap Perilaku Etis, Kualitas Kehidupan Kerja, Kepuasan Kerja, Komitmen Organisasi karyawan*. www.library.eph. Vol 10.01 May 2015
49. Ahsani, *Pengaruh Kepemimpinan Spiritual Pada Manajemen Karir dan Produktifitas Dengan Meaning/Calling dan Membership Sebagai Pemediasi*. Tesis UI
50. Nilam Widyarini, *Spiritual Leadership Untuk Kejayaan Indonesia (Mengungkap Relevansi Konsep Kepemimpinan Spiritual dari Fry dengan Kepemimpinan Nusantara yang Etis– Universal)*, *Jurnal Paramadina Edisi Khusus Vol.7 No 2*, Juni 2010, hal 333-349. ISSN: 1412-0755.



TENTANG PENULIS

Nama	: Ns. Enok Sureskiarti.,M..Kep
Tempat Tanggal Lahir	: Semarang, 19 Januari 1982.
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Perumahan Balikpapan Baru Kyoto BC Nomor 50. 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. S2 Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran, UNDIP Semarang Tahun angkatan 2013-2015

Riwayat Pekerjaan : Perawat RSIA Bahagia Semarang Tahun 2002-2008
Perawat RS Pertamina Balikpapan Tahun 2009-2011
Dosen Stikes Muhammadiyah Samarinda 2009-2018
Dosen Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur 2018
- Sekarang

Keluarga : Istri Bapak Arif Oktofianus dan Bunda Dari 3 Ananda yang bernama Aishya Marsaa Kamilah Al Arif, Zhafira Annisa Kamiliya Al Arif dan Ananda Muhammad AishyHafiy Ramadhani Al Arif

LAMPIRAN

KUESIONER PENELITIAN

Kode Responden :

Petunjuk Pengisian :

A. Mohon bantuan dan kesediaan teman sejawat untuk menjawab kuesioner di bawah ini dengan cara mengisi titik-titik yang tersedia dan melingkari nomor yang sesuai.

- 1. Umur :Tahun
- 2. Jenis Kelamin : 1. Wanita 2.Pria
- 3. Pendidikan formal keperawatan yang terakhir saat ini yang anda capai :
 2.D III Keperawatan 3.S1 Keperawatan
 1. SPK Ners
 Status
- 2. pernikahan : 1.Tidak menikah 2.Menikah
 : 1. Non Pegawai Pegawai
- 3. Status kepegawaian Tetap 2.Tetap
 Masa kerja
- 4. anda :Tahun.

B. Berilah tanda (√) pada pertanyaan berikut ini. pilih sesuai dengan keadaan yang anda rasakan, berdasarkan alternative jawaban berikut ini: 1.Tidak Pernah (T), 2. Kadang-kadang (K), 3. Sering(SR), 4. Selalu (SL)

No	Pernyataan - Pernyataan	SL (4)	SR (3)	KK (2)	TP (1)
1.	Memperhatikan kondisi klien sepenuh hati				
2.	Segera datang saat klien membutuhkan bantuan				
3.	Memberikan informasi kondisi klien sesuai dengan kondisi nyata yang dialami klien				
4.	Tidak memotong pembicaraan klien saat berkomunikasi dengan klien.				
5.	Melihat klien saat berbicara				

6.	Memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga klien				
7.	Memperhatikan reaksi klien pada saat memberikan tindakan keperawatan				
8.	Memberikan informasi yang jelas dan jujur mengenai kondisi klien				
9.	Menjelaskan obat-obatan yang digunakan pasien				
10.	Mendengarkan keluhan pasien dengan hati terbuka				
11.	Membantu menghilangkan rasa khawatir klien dan Membuat klien merasa tenang selama di RS				

12.	Memberi kesempatan klien berdoa sebelum Dilakukan suatu tindakan dan memberikan waktu klien untuk beribadah sesuai agama dengan kemampuannya				
13.	Memotivasi klien untuk tetap beribadah walaupun dalam keterbatasannya				
14.	Membantu klien dalam menggunakan alat-alat Seperti Pispot, urinal, alat mandi, dan alat-alat lainnya sesuai kemampuan klien				
15.	Memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit klien				
16.	Berusaha menyelesaikan tugas dan kewajibannya yang menjadi tanggung jawabnya di ruangan				
17.	Mampu memenuhi kebutuhan keperawatan klien di ruangan				
18.	kerja sesame dengan rekan perawat saling menolong dalam menyelesaikan pekerjaan di RS				
19.	Adanya rasa saling percaya (trust) dan menghormati pada teman profesilain yang beda keilmuan				
20.	Memperhatikan semangat teman dan selalu memotivasi dalam bekerja				
21.	Saling memahami dan menerima keilmuan masing-masing				
22.	Mengakui sebagai mitra kerja bukan bawahan				
23.	Melakukan diskusi dengan bidang ilmu lain dalam menyelesaikan masalah klien				
24.	Mengetahui dan memahami tentang peraturan ruangan RS				
25.	Memahami visi, misi dan tujuan RS				
26.	Setiap melakukan tindakan asuhan keperawatan berorientasi dengan Visi,Misi dan Tujuan RS				
27.	Dalam melakukan setiap tindakan asuhan keperawatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Standar Acuan Kerja (SAK)				
28.	Adanya revisi SOP sesuai kebutuhan atau perkembangan iptek keperawatan				
29.	Mendapatkan reward yang dapat memotivasi kerja				
30.	Adanya evaluasi kinerja perawat secara periodic minimal 1 kali dalam setahun				
31.	Adanya audit keperawatan meliputi : dokumentasi,kepuasan pasien, tindakan keperawatan secara Periodic				
32.	Adanya tindak lanjut terhadap hasil audit dalam rangka memelihara dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.				

**DOKUMENTASI PELAKSANAAN PENERAPAN *SPIRITUAL LEADERSHIP* DI RSUD
Dr H. SOEWONDO KENDAL TANGGAL 27 JULI 2015**







**RSUD Ir Soedjati Purwodadi
sebagai kelompok kontrol dalam Penelitian**



LAMPIRAN
 Hasil Uji Validitas Pearson Product moment
 Correlations

No	Pertanyaan	N	Total Pearson Correlation
1	datang	30	0.851**
2	info	30	0.829**
3	potong	30	0.779**
4	lihat	30	0.832**
5	kenal	30	0.749**
6	reaksi	30	0.673**
7	berikan	30	0.759**
8	jelas	30	0.695**
9	dengar	30	0.694**
10	khawatir	30	0.821**
11	berdoa	30	0.850**
12	motivasi	30	0.791**
13	gunakan	30	0.476**
14	trampil	30	0.425*
15	penkes	30	0.623**
16	latihan	30	,273
17	aktif	30	0.421*
18	kondisi	30	0.576**
19	usaha	30	0.733**
20	penuhi	30	0.602**
21	askep	30	0.449*
22	selesaikan	30	0.723**
23	trust	30	0.744**
24	semangat	30	0.752**
25	pahami	30	0.847**
26	mitra	30	0.738**
27	diskusi	30	0.832**
28	aturan	30	0.850**
29	visi	30	0.783**
30	misi	30	0.580**
31	sop	30	0.773**
32	revisi	30	0.879**
33	reward	30	0.684**
34	kinerja	30	0.510**
35	audit	30	0.606**
36	plan	30	0.785**

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.969	36

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach' s Alpha if Item Deleted
kondisi	118.47	350.395	.551	.968
datang	118.70	341.390	.843	.967
info	118.73	336.271	.814	.967
potong	118.77	336.737	.760	.967
lihat	118.83	336.557	.815	.967
kenal	118.93	341.030	.726	.967
reaksi	118.57	346.254	.646	.968
berikan	118.63	345.482	.739	.968
jelas	118.60	343.076	.664	.968
dengar	118.53	348.878	.687	.968
khawatir	118.87	339.637	.811	.967
berdoa	118.83	335.937	.837	.967
motivasi	118.73	340.271	.765	.967
gunakan	118.83	349.040	.441	.969
trampil	118.63	353.551	.401	.969
penkes	118.80	347.062	.603	.968
latihan	119.07	354.271	.240	.970
aktif	118.97	348.378	.384	.969
usaha	118.67	342.989	.711	.968
penuhi	118.57	348.875	.588	.968
askep	118.57	352.047	.434	.969
selesaikan	118.73	341.789	.707	.968
trust	118.83	337.937	.728	.967
semangat	118.97	336.585	.729	.967
pahami	118.97	331.344	.823	.967
mitra	118.80	339.407	.712	.967
diskusi	118.90	338.300	.817	.967
aturan	118.80	338.579	.837	.967
visi	118.87	336.740	.773	.967
misi	118.83	339.523	.547	.969
sop	118.77	340.668	.752	.967
revisi	119.17	327.937	.866	.967
reward	119.03	339.137	.668	.968
kinerja	119.03	344.378	.478	.969
audit	118.90	345.472	.592	.968

plan	119.10	332.990	.785	.967
------	--------	---------	------	------

Nilai Total Kinerja				
No	INTERVENSI		KONTROL	
	Pretes	PostTes	Pretes	PostTes
1	83	99	85	74
2	89	108	86	95
3	80	117	72	92
4	83	110	90	93
5	86	128	92	106
6	99	115	88	73
7	88	128	78	89
8	86	118	85	78
9	82	122	72	83
10	88	126	90	81
11	81	102	92	80
12	83	128	87	99
13	89	117	101	98
14	93	105	96	84
15	85	100	74	93
16	80	118	88	86
17	87	128	92	90
18	84	112	96	84
19	92	113	73	84
20	82	121	104	85
21	91	113	87	88
22	82	128	101	84
23	83	109	98	106
24	88	110	86	80
Mean	86	115,63	88,042	87,7083

TEST NORMALITAS DATA PENELITIAN

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Totpreinter	24	49,0%	25	51,0%	49	100,0%
ToPostInter	24	49,0%	25	51,0%	49	100,0%
totalprekontrol	24	49,0%	25	51,0%	49	100,0%
TopostControl	24	49,0%	25	51,0%	49	100,0%

Descriptives

			Statistic	Std. Error
Totpreinter	Mean		86,00	,948
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	84,04	
		Upper Bound	87,96	
	5% Trimmed Mean		85,67	
	Median		85,50	
	Variance		21,565	
	Std. Deviation		4,644	
	Minimum		80	
	Maximum		99	
	Range		19	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		,992	,472
	Kurtosis		1,108	,918
ToPostInter	Mean		115,63	1,889
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	111,72	
		Upper Bound	119,53	
	5% Trimmed Mean		115,85	
	Median		116,00	

	Variance		85,636	
	Std. Deviation		9,254	
	Minimum		99	
	Maximum		128	
	Range		29	
	Interquartile Range		16	
	Skewness		-,136	,472
	Kurtosis		-,954	,918
	Mean		88,04	1,874
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	84,16	
	Mean	Upper Bound	91,92	
	5% Trimmed Mean		88,07	
	Median		88,00	
	Variance		84,303	
totalprekontrol	Std. Deviation		9,182	
	Minimum		72	
	Maximum		104	
	Range		32	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		-,300	,472
	Kurtosis		-,473	,918
	Mean		87,71	1,799
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	83,99	
	Mean	Upper Bound	91,43	
	5% Trimmed Mean		87,50	
	Median		85,50	
	Variance		77,694	
TopostControl	Std. Deviation		8,814	
	Minimum		73	
	Maximum		106	
	Range		33	
	Interquartile Range		12	
	Skewness		,507	,472
	Kurtosis		-,091	,918

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Totpreinter	,158	24	,127	,925	24	,076
ToPostlnter	,119	24	,200*	,937	24	,137
totalprekontrol	,162	24	,104	,944	24	,200
TopostControl	,121	24	,200*	,961	24	,449

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-Test Paired

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Totpreinter	86,00	24	4,644	,948
	ToPostlnter	115,63	24	9,254	1,889
Pair 2	totalprekontrol	88,04	24	9,182	1,874
	TopostControl	87,71	24	8,814	1,799

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Totpreinter & ToPostlnter	24	-,063	,771
Pair 2	totalprekontrol & TopostControl	24	,134	,533

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Totpreinter - ToPostlnter	-29,625	10,611	2,166	-34,106	-25,144	13,678	23	,000
Pair 2	totalprekontrol - TopostContr	,333	11,846	2,418	-4,669	5,335	,138	23	,892

T-Test Independen.

Group Statistics

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
totalsebelum	intervensi	24	86,00	4,644	,948
	kontrol	24	88,04	9,182	1,874
totalsesudah	intervensi	24	115,63	9,254	1,889
	kontrol	24	87,71	8,814	1,799

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
totalsebelum	Equal variances assumed	6,315	,016	-,972	46	,336	-2,042	2,100	-6,269	2,186
	Equal variances not assumed			-,972	34,044	,338	-2,042	2,100	-6,310	2,226
totalsesudah	Equal variances assumed	,173	,680	10,701	46	,000	27,917	2,609	22,666	33,168
	Equal variances not assumed			10,701	45,891	,000	27,917	2,609	22,665	33,168

Regression (Test Pengaruh) Uji Regresi Linear sederhana

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	penerapanSL ^b	.	Enter

- a. Dependent Variable: kinerja
b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,900 ^a	,810	,806	7,321

- a. Predictors: (Constant), penerapanSL
b. Dependent Variable: kinerja

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10531,687	1	10531,687	196,485	,000 ^b
	Residual	2465,625	46	53,601		
	Total	12997,312	47			

- a. Dependent Variable: kinerja
b. Predictors: (Constant), penerapanSL

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	56,375	3,342		16,870	,000
	penerapanSL	29,625	2,113	,900	14,017	,000

- a. Dependent Variable: kinerja

Casewise Diagnostics^a

Case Number	Std. Residual	kinerja	Predicted Value	Residual	Status
1	-,410	83	86,00	-3,000	
2	,410	89	86,00	3,000	
3	-,820	80	86,00	-6,000	
4	-,410	83	86,00	-3,000	
5	,000	86	86,00	,000	
6	1,776	99	86,00	13,000	
7	,273	88	86,00	2,000	
8	,000	86	86,00	,000	
9	-,546	82	86,00	-4,000	
10	,273	88	86,00	2,000	
11	-,683	81	86,00	-5,000	
12	-,410	83	86,00	-3,000	
13	,410	89	86,00	3,000	
14	,956	93	86,00	7,000	
15	-,137	85	86,00	-1,000	
16	-,820	80	86,00	-6,000	
17	,137	87	86,00	1,000	
18	-,273	84	86,00	-2,000	
19	,820	92	86,00	6,000	
20	-,546	82	86,00	-4,000	
21	,683	91	86,00	5,000	
22	-,546	82	86,00	-4,000	
23	-,410	83	86,00	-3,000	
24	,273	88	86,00	2,000	
25	-2,271	99	115,63	-16,625	
26	-1,041	108	115,63	-7,625	
27	,188	117	115,63	1,375	
28	-,768	110	115,63	-5,625	
29	1,690	128	115,63	12,375	
30	-,085	115	115,63	-,625	
31	1,690	128	115,63	12,375	
32	,324	118	115,63	2,375	
33	,871	122	115,63	6,375	
34	1,417	126	115,63	10,375	
35	-1,861	102	115,63	-13,625	

36	1,690	128	115,63	12,375	
37	,188	117	115,63	1,375	
38	-1,451	105	115,63	-10,625	
39	-2,134	100	115,63	-15,625	
40	,324	118	115,63	2,375	
41	1,690	128	115,63	12,375	
42	-,495	112	115,63	-3,625	
43	-,359	113	115,63	-2,625	
44	,734	121	115,63	5,375	
45	-,359	113	115,63	-2,625	
46	1,690	128	115,63	12,375	
47	-,905	109	115,63	-6,625	
48	-,768	110	115,63	-5,625	
49	M _b

a. Dependent Variable: kinerja

b. Missing Case

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	86,00	115,63	100,81	14,969	48
Residual	-16,625	13,000	,000	7,243	48
Std. Predicted Value	-,990	,990	,000	1,000	48
Std. Residual	-2,271	1,776	,000	,989	48

a. Dependent Variable: kinerja

TEST Homogenitas karakteristik

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
jk	.345	1	46	.769
umur	3.908	1	46	.597
pddkn	.000	1	46	1.000
nikah	2.869	1	46	.376
pegawai	1.550	1	46	.535
masaker	6.861	1	46	.076

Group Statistics

	Kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
jk	kelompok intervensi	24	1,38	,495	,101
	kelompok kontrol	24	1,33	,482	,098
pddkn	kelompok intervensi	24	2,17	,381	,078
	kelompok kontrol	24	2,17	,381	,078
nikah	kelompok intervensi	24	1,58	,504	,103
	kelompok kontrol	24	1,71	,464	,095
pegawai	kelompok intervensi	24	1,67	,482	,098
	kelompok kontrol	24	1,75	,442	,090
umur	kelompok intervensi	24	34,63	6,459	1,319
	kelompok kontrol	24	33,50	4,800	,980
masaker	kelompok intervensi	24	11,92	7,923	1,617
	kelompok kontrol	24	8,29	5,684	1,160

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
jk	Equal variances assumed	,345	,560	,296	46	,769	,042	,141	-,242	,325
	Equal variances not assumed			,296	45,967	,769	,042	,141	-,242	,325
pddkn	Equal variances assumed	,000	1,000	0,000	46	1,000	0,000	,110	-,221	,221
	Equal variances not assumed			0,000	46,000	1,000	0,000	,110	-,221	,221
nikah	Equal variances assumed	2,869	,097	-,894	46	,376	-,125	,140	-,406	,156
	Equal variances not assumed			-,894	45,700	,376	-,125	,140	-,406	,156
pegawai	Equal variances assumed	1,550	,219	-,624	46	,535	-,083	,133	-,352	,185
	Equal variances not assumed			-,624	45,672	,535	-,083	,133	-,352	,185

umur	Equal variances assumed	3,908	,054	,685	46	,497	1,125	1,643	-2,182	4,432
	Equal variances not assumed			,685	42,468	,497	1,125	1,643	-2,189	4,439
masaker	Equal variances assumed	6,861	,012	1,821	46	,075	3,625	1,990	-,381	7,631
	Equal variances not assumed			1,821	41,715	,076	3,625	1,990	-,393	7,643

Frequencies kelompok intervensi

jk

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid wanita	18	75,0	75,0	75,0
Valid laki-laki	6	25,0	25,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	

pddkn

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid d3 keperawatan	21	87,5	87,5	87,5
Valid s1 keperawatan ners	3	12,5	12,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	

klasifikasi masa kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 5 Tahun	4	16.67	16.67	16.67
Valid 5-10 Tahun	6	25	25	25
Valid 11- 20 Tahun	10	41.67	41.67	41.67
Valid > 20 Tahun	4	16.67	16.67	16.67
Total	24	100.0	100.0	100.0

pegawai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid non pegawai tetap	6	25,0	25,0	25,0
Valid pegawai tetap	18	75,0	75,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	

klasifikasi umur kelompok intervensi.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid usia 20-30tahun	7	29.16	29.16	29.16
Valid usia 31-40 tahun	11	45.83	45.84	
Valid usia>40 tahun	6	25	25	100.0
Total	24	100.0	100.0	

nikah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak menikah	7	29,2	29,2	29,2
Valid menikah	17	70,8	70,8	100,0
Total	24	100,0	100,0	

Frequencies karakteristik kelompok kontrol

Statistics

	Jenis kelamin	Pendidikan	Status pernikahan	Status kerja	klasifikasi usia	klasifikasi lama kerja
N Valid	24	24	24	24	24	24
Missing	0	0	0	0	0	0

Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pria	16	66.7	66.7	66.7
Valid wanita	8	33.3	33.3	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
d3 keperawatan	20	83.3	83.3	83.3
Valid s1 keperawatan ners	4	16.7	16.7	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Status pernikahan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
tidak menikah	7	29.2	29.2	29.2
Valid menikah	17	70.8	70.8	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Status Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
non pegawai tetap	6	25.0	25.0	25.0
Valid pegawai tetap	18	75.0	75.0	100.0
Total	24	100.0	100.0	

klasifikasi usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 20-30 tahun	7	29.2	29.2	29.2
31-40 tahun	14	58.3	58.3	87.5
> 40 tahun	3	12.5	12.5	100.0
Total	24	100.0	100.0	

klasifikasi lama kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 5 Tahun	9	37.5	37.5	37.5
5-10 Tahun	9	37.5	37.5	75.0
11-20 tahun	5	20.8	20.8	95.8
> 20 Tahun	1	4.2	4.2	100.0
Total	24	100.0	100.0	