

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kecerdasan spiritual berkaitan dengan masalah makna, nilai, dan tujuan hidup manusia. Dalam kondisi yang sangat buruk dan tidak diharapkan, kecerdasan spiritual mampu menuntun manusia untuk menemukan makna dan juga dapat menuntun manusia dalam meraih cita-citanya. Kecerdasan spiritual melampaui kemampuan untuk cerdas berpikir, merasa, bertindak dan berperilaku dalam konteks situasional atau kerangka kerja yang diberikan. Kecerdasan spiritual memungkinkan manusia untuk bijaksana dalam merefleksikan situasi untuk menemukan dirinya yang lebih bermakna sehingga mampu mengubah sesuatu menjadi lebih berharga (Mengel, 2005).

Zohar dan Marshal (2007) mengatakan kecerdasan spiritual diartikan sebagai kecerdasan yang bertumpu pada bagian dalam diri yang berhubungan dengan kearifan di luar ego atau jiwa kesadaran. Sebagai kecerdasan yang senantiasa dipergunakan bukan hanya untuk mengetahui nilai-nilai yang ada, melainkan juga untuk secara kreatif menemukan nilai-nilai baru dalam kehidupan. Bila *spiritual quotient* (SQ) telah berkembang dengan baik, maka seseorang akan memiliki kecerdasan spiritual (SQ) tinggi.

Menurut Zohar dan Marshall (2007), gambaran atau ciri-ciri orang yang memiliki kecerdasan spiritual (SQ) tinggi yaitu: kemampuan bersikap fleksibel (adaptif secara spontan dan aktif), tingkat kesadaran tinggi, kemampuan mengadaptasi dan memanfaatkan penderitaan, kemampuan menghadapi dan melampaui rasa sakit, kualitas hidup yang diilhami oleh visi dan misi, keengganan untuk menyebabkan kerugian yang tidak perlu, kecenderungan untuk melihat keterkaitan antara berbagai hal (berpendangan holistik), kecenderungan nyata untuk bertanya "mengapa atau bagaimana jika" untuk mencari jawaban mendasar, dan pemimpin yang penuh pengabdian dan bertanggung jawab.

Hasil penelitian para psikolog USA (*United States of America*) dalam Yosef (2005) menyimpulkan bahwa kesuksesan dan keberhasilan seseorang dalam menjalani kehidupan sangat didukung oleh kecerdasan emotional (EQ) sekitar 80%, sedangkan peranan kecerdasan intelektual (IQ) hanya 20% saja. Pusat IQ dan EQ adalah kecerdasan spiritual (SQ), sehingga diyakini bahwa SQ yang menentukan kesuksesan dan keberhasilan seseorang. Malini (2009) mengemukakan bahwa perilaku *caring* perawat tidak hanya dipengaruhi oleh motivasi, namun juga dipengaruhi oleh kecerdasan dasar yang dimiliki setiap manusia. Salah satu bentuk kecerdasan tersebut adalah kecerdasan spiritual atau *Spiritual Quotient* (SQ). Penelitian Khotimah (2014) menunjukkan ada hubungan kecerdasan spiritual dengan otonomi profesional perawat. Menurut Marriner & Tomey (1994) dalam Dwidiyanti (2007) *caring* merupakan fenomena universal yang berkaitan dengan cara seseorang berpikir, berperasaan dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain. Manusia akan eksis bila dimensi spiritualnya meningkat ditunjukkan dengan penerimaan diri, tingkat kesadaran diri yang tinggi, kekuatan dari dalam diri, dan intuitif. *Caring* sebagai esensi dari keperawatan berarti juga pertanggungjawaban hubungan antara perawat-klien, dimana perawat membantu partisipasi klien, membantu memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan.

Perawat memerlukan tingkat spiritual yang tinggi untuk dapat melakukan *caring* dan pelayanan secara optimal. Perawat harus dapat melayani klien dengan sepenuh hati dan memerlukan kemampuan untuk memperhatikan orang lain, keterampilan intelektual, teknikal dan interpersonal yang tercermin dalam *caring* (Dwidiyanti, 2007). Potter & Perry (2009) menggambarkan inti dari praktik keperawatan yang baik adalah *caring*. Disamping itu, inti keperawatan adalah komitmen tentang mengasihi (*caring*), mengasihi seseorang dengan merawat adalah suatu proses interaktif yang bersifat individual, dengan proses tersebut individu menolong satu sama lain dan menjadi teraktualisasi. Suatu elemen perawat berkualitas adalah menunjukkan kasih sayang pada pasien sehingga terbentuk hubungan saling percaya. *Caring* adalah pemersatu dalam praktik

keperawatan (Blais, 2007). Hal ini juga merupakan perwujudan kecerdasan spiritual.

Dalam perkembangan pengetahuan, ditemukan bahwa *caring* perawat dipengaruhi oleh kecerdasan dasar yang dimiliki setiap manusia. Farlan dan Leininger (2006) berpendapat seseorang akan dipengaruhi oleh budaya kepercayaan dengan sikap ikhlas, jujur, sabar, adil, dan sikap perhatian, kasih sayang, kepedulian dan kerjasama yang merupakan sikap *caring* dalam kecerdasan spiritual. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Qomariah (2012) menunjukkan terdapat hubungan yang positif antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan di ruang rawat inap RSUP Haji Adam Malik Medan.

Menurut Pargament (2007) dalam intervensi keperawatan petugas kesehatan harus menunjukkan rasa empati, sabar, kasih sayang kepada pasien sebagai obyek pelayanan kesehatan sehingga perilaku *caring* merupakan motivasi pasien untuk menerima kondisi sakitnya. Perilaku pasien banyak dipengaruhi oleh keyakinan termasuk agama yang menjadi arahan setiap individu dalam menghadapi masalah dalam kehidupannya. Agama lebih berperan dalam memperhatikan aspek kesehatan, terutama pada aspek pelayanan kesehatan dan pencegahan penyakit (Bewes, 2005). Seseorang akan dipengaruhi oleh budaya kepercayaan dengan sikap ikhlas, jujur, sabar, adil, sikap perhatian, kasih sayang, kepedulian dan kerjasama yang merupakan sikap perilaku *caring* dalam kecerdasan spiritual (Leininger, 2002 dalam Hetharia, 2014).

Perilaku *caring* dari perawat dan pelayanan secara komprehensif serta holistik, membantu memberikan kenyamanan dan ketenangan bagi pasien (Kotler, 2008). Kemampuan perawat dalam memperhatikan pasien, keterampilan intelektual dan interpersonal akan tercermin dalam perilaku *caring* (Dwidiyanti, 2008). Watson (2004), berpendapat bahwa seorang perawat harus memiliki perilaku *caring* dalam pelayanannya terhadap pasien, karena hubungan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan pasien merupakan faktor yang mempengaruhi proses kepuasan dan kesembuhan pasien tersebut.

Hasil penelitian yang dilakukan Malini (2009) yang bertujuan mengidentifikasi *caring* perawat di RS Dr. M. Djamil Padang, didapati perawat masih kurang ramah dalam melayani pertanyaan klien, berperilaku tidak bersahabat dan jarang tersenyum. Begitu juga dengan hasil penelitian Suwardi (2008) terhadap komunikasi terapeutik perawat di RSUD Pandan Arang Boyolali yang dijumpai masih ada perawat yang cenderung emosi saat menerima keluhan dari klien, perawat yang hanya duduk-duduk di ruang perawat, perawat yang cenderung tidak tahu mengenai kondisi klien, program pengobatan yang sudah diberikan dan yang akan diberikan, serta perawat yang kurang memahami keluhan yang dirasakan klien. Ini menunjukkan bahwa *caring* masih kurang ditunjukkan oleh perawat yang bekerja di rumah sakit.

Ruang *ICU*) merupakan salah satu pelayanan sentral di rumah sakit dimana bagian pelayanan *ICU* membutuhkan sumber daya perawat yang terlatih. Perawat *ICU* bertanggung jawab untuk mempertahankan homeostasis pasien untuk berjuang melewati kondisi kritis atau terminal yang mendekati kematian. Karakteristik perawat *ICU*, yaitu memiliki tingkat pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik daripada perawat lain dalam menangani pasien yang memiliki kondisi kritis. Pasien dalam kondisi kritis sangat membutuhkan perhatian, kepekaan, dan sikap peduli dari perawat untuk menanggapi keluhannya, sehingga perilaku *caring* sangat dibutuhkan dalam pelayanan keperawatan di *ICU* (Nurul, 2012). Hasil penelitian Fahriani (2011) menunjukkan bahwa level perilaku *caring* perawat pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Klaten 62% masuk kategori rendah. Menurut penelitian Sunardi (2014) faktor-faktor penyebab perawat tidak *caring* adalah kepribadian yang kurang ramah, kurangnya dedikasi terhadap tugas, tidak empati terhadap pasien dan respon yang tidak cepat terhadap kebutuhan pasien.

Menurut Blais (2007) perawat cenderung mengalami stress dan ketegangan peran dengan berbagai alasan yang unik dalam sistem perawatan kesehatan dan sosial. Pernyataan tersebut didukung oleh hasil survei Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2006 dalam Prihatini, 2007) yang menyatakan bahwa 50,9% perawat mengalami stress kerja yang antara lain disebabkan beban kerja yang tinggi.

Perawat ICU juga rentan mengalami *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dibandingkan dengan perawat umum (Mealer, 2007). Berdasarkan penelitian Mealer (2007) didapatkan hasil bahwa dari 230 perawat ICU, terdapat 54 responden yang mengalami PTSD (24%), sedangkan dari 121 responden dari perawat umum terdapat 17 responden (14%) mengalami PTSD. Namun perawat yang mempunyai kecerdasan spiritual yang tinggi mampu menyikapi stres kerjanya secara lebih positif yang akan berdampak pada asuhan keperawatan. Perawat sangat memerlukan tingkat spiritual yang tinggi untuk dapat melakukan *caring* dan pelayanan secara optimal. Kecerdasan spiritual membantu perawat untuk berpikir alternatif untuk membantu pasien berperilaku adaptasi yang positif dalam menghadapi sakitnya (Jayus, 2011).

Pasien-pasien yang dirawat di ruangan ICU adalah pasien-pasien yang sedang mengalami keadaan kritis. Keadaan kritis merupakan suatu keadaan penyakit kritis yang mana pasien sangat beresiko untuk meninggal. Pada keadaan kritis ini pasien mengalami masalah psikososial yang cukup serius dan karenanya perlu perhatian dan penanganan yang serius pula dari perawat dan tenaga kesehatan lain yang merawatnya. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kritis ini, perawat harus menunjukkan sikap profesional dan tulus dengan pendekatan yang baik serta berkomunikasi yang efektif kepada pasien (Suryani, 2012).

Perawat tidak akan bisa memperlakukan pasien kritis secara manusiawi bila tidak menggunakan perasaan dalam tindakan keperawatan. Perawat yang menggunakan pendekatan humanistic dalam prakteknya memperhitungkan semua yang diketahuinya tentang pasien yang meliputi pikiran, perasaan, nilai-nilai, pengalaman, kesukaan, perilaku, dan bahasa tubuh (Watson, 2005). Sikap *caring* harus tercermin sepuluh faktor *carative* yang berasal dari nilai-nilai humanistic. Menurut Potter & Perry (2009) perawat harus memberikan kebaikan dan kasih sayang, bersikap membuka diri untuk mempromosikan persetujuan terapi dengan pasien.

Rosalina (2008) menyatakan bahwa kenyataan yang ada dalam layanan jasa, klien dan keluarganya terhadap sikap dan perilaku perawat dalam memberikan layanan kesehatan. Ketidakpuasan yang disampaikan oleh klien

antara lain adalah perawat yang kurang ramah dan kurang tanggap terhadap keluhan klien dan keluarganya, padahal 90% layanan kesehatan di rumah sakit terhadap klien adalah layanan keperawatan. Disinilah perawat harus memahami dan menyadari perannya dalam memberikan perawatan. Hal ini didukung oleh penelitian Husein (2006) didapatkan bahwa 90% pasien mengatakan tidak merasa nyaman berbicara dengan perawat, 84% dari jumlah tersebut memiliki pengalaman negatif.

Berdasarkan pantauan YLKI (Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia), didapati 54 kasus keluhan pasien yang disampaikan melalui lima media cetak sepanjang tahun 2009, 27 kasus keluhan diantaranya mengenai informasi dan pelayanan, artinya informasi dan pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit dianggap masih belum cukup, bahkan malah mengecewakan pasien. Salah satu petugas kesehatan rumah sakit yang berkontribusi besar dalam pemberian informasi dan pelayanan adalah perawat. Sehingga data tersebut menunjukkan masih kurangnya tingkat kepuasan pasien di Indonesia terhadap pelayanan rumah sakit, termasuk pelayanan perawat (YLKI, 2010).

Hasil studi pendahuluan pada bulan Februari 2015 kepada 16 orang perawat di ruang ICU Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul didapatkan beberapa perawat menunjukkan sikap kurang adaptif dan pasif. Perawat kurang memiliki kemandirian dalam melakukan tindakan keperawatan. Berdasarkan data dari bagian SDM Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul tentang survei kepuasan, menunjukkan 52% kurang puas dengan pelayanan di ruang rawat ICU, 27% diantaranya menyatakan tidak puas dengan kecepatan dalam tindakan dan kepekaan perawat terhadap pasien, 18% tidak puas dengan penjelasan tentang informasi yang disampaikan dan keramahan perawat, 7% menyatakan kurang puas dengan waktu tunggu serta ada 1 pasien yang pernah pergi meninggalkan ruang rawat ICU Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul karena merasa menunggu lama.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti tergerak untuk meneliti apakah ada hubungan antara kecerdasan spiritual dengan sikap *caring* perawat di ruang rawat ICU dan IGD Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul.

B. Rumusan Masalah

Adakah hubungan antara kecerdasan spiritual dengan sikap *caring* perawat di ruang rawat ICU dan IGD Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul?

C. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan latar belakang masalah yang diuraikan tersebut, maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara kecerdasan spiritual dengan sikap *caring* perawat di ruang rawat ICU Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kecerdasan spiritual perawat di ruang rawat ICU dan IGD Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul.
- b. Mengetahui sikap *caring* perawat di ruang rawat ICU dan IGD Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul.
- c. Mengetahui arah hubungan dan kekuatan hubungan antara kecerdasan spiritual dengan sikap *caring* perawat di ruang rawat ICU dan IGD Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wacana kepustakaan dan masukan wawasan ilmu keperawatan khususnya mengenai kecerdasan spiritual perawat dan sikap *caring* perawat dalam melaksanakan tugas keperawatan.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini dapat menjadi informasi tentang sikap *caring* perawat yang didasarkan oleh kecerdasan spiritual perawat yang diterapkan di ruang rawat ICU dan IGD Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul.

b. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi perawat mengenai pentingnya kecerdasan spiritual dalam meningkatkan perilaku *caring*.

c. Bagi Rumah Sakit Penambahan Senopati Bantul

Bagi pengelola rumah sakit, hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai masukan untuk peningkatan perilaku *caring* melalui upaya meningkatkan program-program kebijakan yang mengarah pada kecerdasan spiritual.

d. Bagi Stikes A. Yani Yogyakarta

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi pengelola pendidikan keperawatan untuk mengembangkan kurikulum spiritualitas dan mengintegrasikannya dengan perilaku *caring*.

e. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan acuan dan pertimbangan maupun perbandingan bagi penelitian selanjutnya.

E. Keaslian Penelitian

Ada beberapa penelitian yang telah dilakukan berkaitan tentang kecerdasan spiritual dan beberapa penelitian tentang perilaku *caring*, diantaranya adalah:

1. Badriyah (2010) dengan judul hubungan antara kecerdasan spiritual dengan prestasi belajar matematika siswa kelas VIII MTs Negeri 2 Malang. Desain penelitian menggunakan metode deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan adalah *random sampling*. Analisis data menggunakan *product moment*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara kecerdasan spiritual dengan prestasi belajar matematika siswa kelas VIII MTs Negeri 2 Malang. Persamaannya adalah variabel bebas terkait kecerdasan spiritual, dan desain penelitian deskriptif korelasi dengan *cross sectional*. Perbedaan penelitian penulis adalah variabel terikatnya yakni *caring* perawat, sedangkan pada penelitian Badriyah variabel terikatnya yakni prestasi belajar matematika siswa kelas VIII MTs Negeri 2 Malang.

2. Rahmafitri (2008) dengan judul hubungan kepuasan kerja dengan pelaksanaan *caring* perawat di ruang inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Desain penelitian menggunakan metode *deskriptif korelasi* dengan *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan adalah *accidental sampling*. Analisis data menggunakan *kendall tau*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan kepuasan kerja dengan pelaksanaan perilaku *caring* perawat di ruang inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Persamaannya adalah pada desain penelitian deskriptif korelasi, teknik pengambilan sampel penelitian menggunakan cara *total sampling*, analisis data *kendall tau*, pendekatan waktu *cross sectional*, skala data ordinal, dan instrumen menggunakan kuesioner. Perbedaan penelitian penulis adalah variabel penelitian, waktu penelitian, sampel penelitian dan lokasi penelitian.
3. Qomariah (2012) dengan judul Hubungan Kecerdasan Spiritual dengan Perilaku *Caring* Perawat pada Praktek Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUP Haji Adam Malik Medan. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif korelatif*. Metode pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *cluster random sampling* dengan sampel penelitian berjumlah 86 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa kuisiomer demografi, kuisiomer kecerdasan spiritual, dan kuisiomer perilaku *caring*. Uji *hipotesis* dengan menggunakan uji korelasi *Pearson*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang positif antara kecerdasan spiritual dengan perilaku *caring* perawat pada praktek keperawatan di ruang rawat inap RSUP Haji Adam Malik Medan. Persamaannya adalah variabel bebas, desain penelitian deskriptif korelasi, pendekatan waktu *cross sectional*, dan instrumen menggunakan kuesioner. Perbedaan penelitian penulis adalah pada variabel terikat, teknik pengambilan sampel, jumlah sampel lebih banyak, serta uji hipotesis yang digunakan.