



**PENGARUH MENTORING TENTANG KEPERAWATAN SPIRITUAL
TERHADAP PENEGAKKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN
SPIRITUAL DI RUMAH SAKIT SARI ASIH CIPUTAT**

TESIS

OLEH:

MIMIN MULYATI

NIM : 21902400026

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2025

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, dengan sebenarnya menyatakan bahwa thesis ini Saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan bersedia menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang kepada saya.

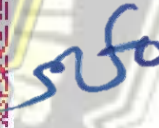
Semarang, 23 Oktober 2025

Mengetahui
Wakil Dekan



(Dr. Ns.Hj. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp.Kep.Mat)

Peneliti,



(Mimin Mulyati)

HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis Berjudul :

PENGARUH MENTORING TENTANG KEPERAWATAN SPIRITUAL TERHADAP PENEGAKKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN SPIRITUAL DI RUMAH SAKIT SARI ASIH CIPUTAT

Dipersiapkan dan Disusun Oleh

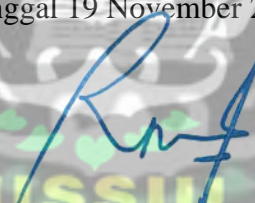
Nama : Mimin Mulyati

NIM : 21902400026

Telah disahkan dan disetujui oleh Pembimbing pada :

Pembimbing 1

Tanggal 19 November 2025


Dr. Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep.M.Kep

NUPTK 06-0505-7902

Pembimbing II

Tanggal 25 November 2025


Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, S.Kep.M.Kep

NUPTK 06-2207-8602

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis Berjudul :

PENGARUH MENTORING TENTANG KEPERAWATAN SPIRITUAL TERHADAP PENEGAKKAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN SPIRITUAL DI RUMAH SAKIT SARI ASIH CIPUTAT

Disusun oleh :

Nama : Mimin Mulyati

NIM : 21902400026

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 4 Desember 2025
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Penguji I

Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep
NUPTK: 06-2208-7403

Penguji II

Ns. Muh. Abdurroruf, S. Kep, M.Kep
NUPTK. 06-0505-7902

Penguji III

Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, S. Kep, M.Kep
NUPTK: 06-2207-8602

Mengetahui
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Dr. Iwan Ardian, SKM., M.Kep
NUPTK: 06-2208-7403

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Tesis, November 2025**

ABSTRAK

Mimin Mulyati

**Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan
Diagnosis Keperawatan Spiritual di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat**

98 hal, x halaman depan, 10 gambar , 4 Bagan , 11 tabel , 37 lampiran

Pendahuluan : Peran dan fungsi perawat ialah memberikan asuhan keperawatan secara holistik , aspek spiritual belum mendapat perhatian sehingga asuhan belum terlaksana karena spiritualitas bersifat abstrak (Belindiani et al., 2018; Melhem et al., 2016;). Minimnya pemahaman spiritualitas , keperawatan spiritual, pendampingan serta pelatihan menyebabkan perawat kurang optimal dalam memberikan asuhan, (Belindiani et al., 2018). Ni Putu Mega , 70% perawat memperhatikan kondisi fisik saja sementara dukungan spiritual merupakan kompetensi otonom perawat dalam memberikan asuhan. Diagnosis keperawatan spiritual (SDKI) meliputi *Ansietas* , *Berduka* , *Distress Spiritual* , *Keputusasaan* dan *Risiko Distress Spiritual* dengan konsep *Spiritual History Tool FICA Puchal-ski* (Murtiningsih, 2022). Tujuan penelitian adalah mengidentifikasi pengaruh mentoring terhadap penengakkan diagnosis keperawatan spiritual.

Metode: Rancangan penelitian adalah *Pre Experiment one group Pre And Post Design* . Responden adalah PK II RS Sari Asih Ciputat sebanyak 76 perawat dengan tehnik *Total Sampling* . Uji validitas reliabilitas uji instrumen dengan IBM SPSS 29 diperoleh nilai 0.809 (*Cronbach alpha*), 13 soal *Pre Test* diberikan sebelum pendampingan dan *Post test* setelah pendampingan.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan responden sebagian besar ≥ 25 tahun (95.83%) , kategori dewasa muda pada rentang usai produktif dan pengalaman kerja lebih dari 6 tahun (65.29%) serta berpendidikan D III Keperawatan (75%) yang didominasi oleh perawat perempuan (70.84%). Penegakkan diagnosis keperawatan yang optimal meningkat setelah pendampingan yaitu 83.4% dari 45.8%. Berdasarkan pengujian data menurut *Wilcoxon test* menunjukkan peningkatan pengetahuan responden yang signifikan setelah pendampingan ($p=0.001$ $\alpha=0.05$) dengan dampak (R) sebesar 0.815 ($Z=6.914$) bermakna *Large Effect* terhadap penengakkan diagnosis keperawatan (≥ 0.05).

Simpulan : Pendampingan keperawatan spiritual mempengaruhi penengakkan diagnosis keperawatan spiritual.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Spiritual, Diagnosis Keperawatan Spiritual, Mentoring Keperawatan

**MAGISTER OF NURSING STUDY PROGRAM
FACULTY OF NURSING
SULTAN AGUNG ISLAMIC UNIVERSITY OF SEMARANG
Thesis, November 2025**

ABSTRACT

Mimin Mulyati

**The Effect Of Mentoring Regarding Spiritual Nursing on Establishing
Spiritual Nursing Diagnoses at Sari Asih Ciputat Hospital**

98 pages, x number of preliminary pages ,10 Figure, 4 Chart, 11 table, 37 appendix

Introduction : The role and function of nurses is to provide holistic nursing care. The spiritual aspect has not received sufficient attention, resulting in under implementation of care due to its abstract nature (Beliandiani et al., 2018; Melhem et al.,2016). The less understanding of spirituality nursing, mentoring and training result in nurses providing less than optimal care (Belindiani et al., 2018). Ni Putu Mega, 70% of nurses focus solely on physical conditions, while spiritual support is a key component of nurses's care . Spiritual nursing diagnoses (SDKI) include anxiety, grief, spiritual distress, hopelessness and the risk of spiritual distress, using the Puchalski FICA Spiritual History Tool (Murtiningsing, 2022). The purpose of this study was to identify the effect of mentoring on the establishment of spiritual nursing diagnoses.

Method: The study used a pre-experimental one group pre post design . Respondens were 76 of Clinical Nurses Level of Sari Asih Ciputat Hospital , using a total sampling technique. The instrument's validity and reliability were tested using IBM SPSS 29, resulting in a Cronbach's alpha score of 0.809. Item pre-test is 13 was administered before mentoring and post test after mentoring.

Result : The study showed that the majority of respondents were ≥ 25 years old (95.83%), young adults in productive range age, with more than 6 years of work experiences (65.29%), and had a Diploma III in Nursing (75%), predominatly female nurses (70.84%). Optimal nursing diagnose enforcement increased after mentoring , reaching 83% from 45.8%. Analysis using The Wilcoxon test showed a significant increase of respondents knowledge after mentoring ($p=0.001 \alpha=0.05$), by an impact (R) of 0.815 ($Z=6.914$), indicating a Large Effect on nursing diagnose enforcement (≥ 0.05).

Conclusion : Spiritual nursing mentoring influences the enforcement of spiritual nursing diagnoses

Keywords : Spiritual Nursing Care, Spiritual Nursing Diagnose, Nursing Mentoring

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warohmatullohi Wabarokatuh

Alhamdulillahirobbal'alaamiin , segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Subhanahu Wata'alaah atas nikmat, rahmat dan taufik-Nya, sehingga dapat menyelesaikan penyusunan Tesis yang berjudul **“Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual Di RS Sari Asih Ciputat “** . Tesis ini disusun dan diajukan sebagai salah satu persyaratan kelulusan dalam menempuh proses pembelajaran Magister Keperawatan di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung Semarang Tahun Akademi 2024 – 2025.

Pada proses penyusunan dan penyelesaian Tesis ini, penulis banyak mendapatkan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih setulusnya kepada:

1. Prof. Dr. H. Gunarto, SH, M.Hum selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Bapak Dr. Ns. Iwan Ardian,S.KM.S.Kep. M.Kep. , Selaku Dekan FIK Universitas Sultan Agung Semarang
3. Bapak Dr. Ns. Muh. Abdurrouf , S.Kep.M.Kep selaku Dosen Pembimbing, yang telah banyak memberikan kemudahan dan bimbingan selama penulisan.
4. Ibunda Dr. Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, S.Kep.M.Kep , Selaku Dosen Pembimbing yang telah mencurahkan dukungan dan motivasi kepada penulis dalam proses penyusunan serta penyelesaian proposal ini.

5. Semua Staf Dosen Pengajar Mata Kuliah Program Studi Magister Keperawatan FIK Universitas Sultan Agung Semarang yang telah mentransfer seluruh ilmu dan dedikasinya kepada seluruh mahasiswa program Magister Keperawatan khususnya kepada Penulis .
6. Bapak Dr. Ns. Suyanto,S.Kep.M.Kep, selaku Dosen Perwalian Penulis selama menjadi Mahasiswa Program Magister Keperawatan Universitas Sultan Agung yang telah memberikan motivasi dan bimbingan kepada penulis
7. Ibu dr. Hj . Anitya Irna RD. M.Kes , selaku Direktur RS Sari Asih Ciputat Tangerang Selatan yang telah memberikan dukungan selama proses penyusunan dan penulisan
8. Seluruh *Civitas Hospitalia* RS Sari Asih Ciputat Tangerang Selatan khususnya Tim Keperawatan yang telah menjadi bagian yang penting dalam selama penulisan
9. Seluruh rekan – rekan Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Angkatan I Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Sultan Agung yang telah menunjukkan solidaritas dan persaudaraan selama proses pembelajaran dan penulisan Tesis

Pada akhirnya penulis menyadari masih banyak kekurangan dan kelemahan bahkan kekeliruan selama proses penyusunan dan penyelesaian Tesis ini , oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik sehingga Thesis ini menjadi lebih baik .

Semarang , 11 Oktober 2025

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN.....	
ABSTRAK	i
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Konsep Pelayanan Keperawatan dalam Konsep RS Syariah.....	10
1. Konsep Asuhan Keperawatan Holistik	10
2. Konsep Keperawatan Spiritual Dalam Konsep Keperawatan Syariah.....	12
3. Teori dan Model Keperawatan dalam Konsep Keperawatan Syariah.....	13
4. Proses Asuhan Keperawatan Spiritual	17
5. Konsep Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Syariah	23
6. Kompetensi Perawat Syariah	27
7. Tata Kelola Keperawatan Syariah (MUKISI & PPNI, 2019).....	29
8. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Rumah Sakit Syariah	32
B. Konsep Mentoring Dalam Pembelajaran Asuhan Keperawatan Syariah.....	35
1. Pengertian Mentoring	35
2. Mekanisme Mentoring.....	37
3. Proses Mentoring	38
C. Konsep Teori Tentang Pengetahuan.....	39
1. Pengertian Pengetahuan.....	39
2. Pengukuran Pengetahuan.....	41
3. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	42
D. Teori Perubahan Perilaku	43
E. Kerangka Teori.....	44
F. Hipotesis	45
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	46
E. Tempat Dan Waktu Penelitian.....	51
F. Definisi Operasional	51
G. Instrumen / Alat Pengumpul Data	52
H. Metode Pengumpulan Data.....	58
I. Analisis Data Penelitian.....	64
J. Etika Penelitian.....	66
DAFTAR PUSTAKA.....	94
LAMPIRAN – LAMPIRAN.....	100

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : <i>Nursing Process As A System</i>	9
Gambar 2.2 : Model Biopsikososiospiritual Pada <i>Dying Person</i>	11
Gambar 2.3 : Model Biopsikososiospiritual Dalam Proses Keperawatan	12
Gambar 2.4 : Pendekatan Sistematis Proses Keperawatan	13
Gambar 2.5 : <i>Nursing Fracture Foundation</i>	15
Gambar 2.6 : Garis Pertahanan Flexibel.....	16
Gambar 2.7 : <i>Human To Human Relationship</i>	17
Gambar 2.8 : Perbedaan Mentoring dengan <i>Coaching</i>	32
Gambar 2.9 : Tipe Hubungan Mentoring	38
Gambar 2.10 : Konseptual Mentoring	40



DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 : Kerangka Teori Penelitian.....	44
Bagan 3.1 : Kerangka Konsep Penelitan.....	46
Bagan 3.2 : Kerangka Hubungan Variabel	49
Bagan 3.3 : Metode Pengumpulan Data.....	61

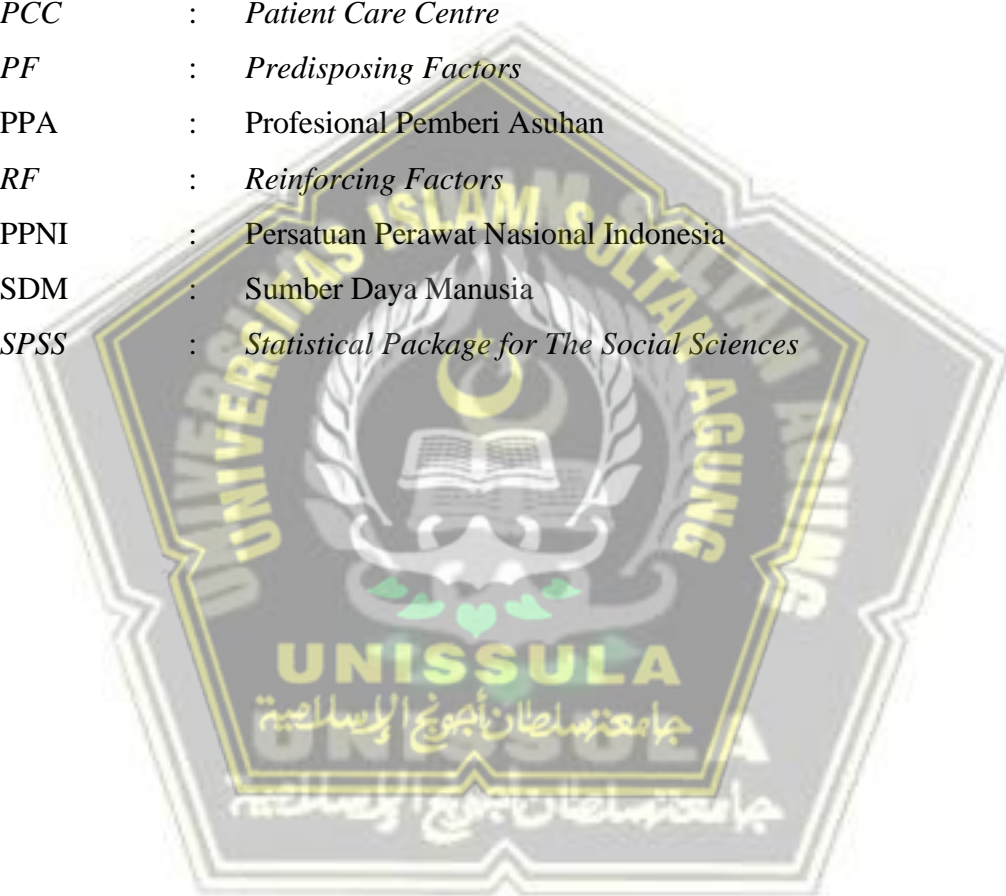


DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 : Rancangan <i>Pre Experiment</i> dengan <i>One Group Design</i>	48
Tabel 3.2 : Distribusi Frekuensi Perawat Syariah II dan III.....	49
Tabel 3.3 : Indeks Korelasi Validitas Instrumen Penelitian Menurut <i>Cronbach's Alpha</i>	51
Tabel 3.4 : Instrumen Penelitian Pengetahuan Berdasarkan <i>Pre test</i> dan <i>Post test</i>	53
Tabel 3.5 : Lembar Observasi Mentoring Keperawatan Spiritual	54
Tabel 3.6 : Lembar Observasi Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual	55
Tabel 3.7 : Indeks Validitas Reliabilitas Menurut <i>Cronbach's</i>	58
Tabel 3.8 : Distribusi Frekuensi Mentoring Tentang Keperawatan.....	62
Tabel 4.1 : Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden	69
Tabel 4.2 : Gambaran Penegakkan Diagnosis Mentoring Keperawatan Spiritual.....	70
Tabel 4.3 : Pengaruh Mentoring Keperawatan Spiritual Berdasarkan <i>Pre</i> <i>Test</i> dan <i>Post Test</i>	71

DAFTAR SINGKATAN

BTCLS	:	<i>Basic Trauma Cardiac Life Support</i>
EF	:	<i>Enabling Factors</i>
FICA	:	<i>Faith Importance Influence Community Action</i>
MUKISI	:	Majelis Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia
PCC	:	<i>Patient Care Centre</i>
PF	:	<i>Predisposing Factors</i>
PPA	:	Profesional Pemberi Asuhan
RF	:	<i>Reinforcing Factors</i>
PPNI	:	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SPSS	:	<i>Statistical Package for The Social Sciences</i>



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Permohonan Ijin Penelitian	100
Lampiran 2 : Jawaban Permohonan Ijin Penelitian.....	101
Lampiran 3 : Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas.....	102
Lampiran 4 : Jawaban Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas.....	103
Lampiran 5 : Undangan Uji Validitas dan Reliabilitas.....	104
Lampiran 6 : Susunan Acara Uji Validitas dan Reliabilitas	105
Lampiran 7 : Keterangan Lolos Uji Etik Penelitian Kesehatan.....	106
Lampiran 8 : <i>Inform Consent</i> Penelitian	107
Lampiran 9 : Instrumen Kuisisioner Penelitian	108
Lampiran 10 : Instrumen Lembar Observasi Penelitian.....	109
Lampiran 11 : Lembar Soal <i>Pre Test</i> dan <i>Post Test</i>	110
Lampiran 12 : Lembar Jawaban Soal <i>Pre Test</i> dan <i>Post Test</i>	113
Lampiran 13 : <i>Inform Consent</i> Responden Uji Validitas dan Reliabilitas	114
Lampiran 14 : Instrumen Kuisisioner Uji Validitas dan Reliabilitas.....	115
Lampiran 15 : Lembar Jawaban <i>Pre Test</i> Penelitian	116
Lampiran 16 : Daftar Hadir Responden Uji Validitas dan Reliabilitas	117
Lampiran 17 : Undangan Sosialisasi Penelitian	118
Lampiran 18 : <i>Inform Consent</i> Penelitian	119
Lampiran 19 : Instrumen Kuisisioner Penelitian	120
Lampiran 20 : Lembar Jawaban Soal <i>Pre test</i>	121
Lampiran 21 : Daftar Hadir Responden Penelitian	122
Lampiran 22 : Daftar Hadir Evaluasi Penelitian	125
Lampiran 23 : <i>Letter Of Accepted Article</i>	126
Lampiran 24 : Hasil Pengukuran Uji Validitas Reliabilitas.....	128
Lampiran 25 : Hasil Pengujian Data Statistis <i>Wicolxon</i>	132
Lampiran 26 : Lembar Bimbingan Proposal Tesis.....	133
Lampiran 27 : Lembar Persetujuan Perbaikan Proposal	140
Lampiran 28 : Lembar Bimbingan Tesis.....	143
Lampiran 29 : Rekapitulasi Data <i>Pre Test</i> dan <i>Post Test</i> Uji Validitas.....	146
Lampiran 30 : Rekapitulasi <i>Coding</i> Data Karakteristik Responden	147
Lampiran 31 : Rekapitulasi Data Hasil Observasi Sebelum Mentoring	149
Lampiran 32 : Rekapitulasi Data Hasil Observasi Setelah Mentoring.....	152
Lampiran 33 : Rekapitulasi Data Hasil Pre Test Responden Penelitian	155
Lampiran 34 : Jadwal Kegiatan Penelitian	157
Lampiran 35 : Jadwal Kegiatan Pendampingan / Mentoring	158
Lampiran 36 : Hasil Observasi Mentoring Keperawatan Spiritual.....	161
Lampiran 37 : Dokumentasi	165

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu aspek tugas perawat ialah memberikan asuhan keperawatan, yang meliputi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, perawat belum memberikan perhatian penuh pada salah satu aspek holistik, yakni aspek spiritual, sehingga asuhan keperawatan holistik belum terlaksana dengan baik. Spiritualitas sulit diukur karena bersifat abstrak (Belindiani et al., 2018; Melhem et al., 2016; Ristianingsih, 2014).

Sebagaimana dijelaskan oleh MUKISI dan PPNI dalam Pedoman dan Standar Pelayanan Keperawatan Syariah (2019), perawat yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan yang menganut standar pelayanan syariah memberikan asuhan yang komprehensif kepada pasien dengan memperhatikan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Metode proses keperawatan yang meliputi tahapan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi digunakan oleh perawat di rumah sakit syariah dalam memberikan asuhan keperawatan. Menggunakan konsep *Spiritual History Tool FICA Puchal-ski* dan mengembangkan diagnosis keperawatan Didasarkan atas Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia yang meliputi: *Ansietas* (D.0080), *Berduka* (D.0081), *Distress Spiritual* (D.0082), *Keputusasaan* (D.0088) dan *Risiko Distress Spiritual* (D. 0100) (Murtiningsih, 2022) .

Murtiningsih (2022) menyampaikan penuturan tentang asuhan keperawatan holistik memiliki komponen spiritual dan tahapan kedua setelah

pengkajian ialah mengembangkan diagnosis keperawatan, karena diagnosis berfungsi sebagai dasar untuk perencanaan perawatan, tahap ini sangat penting. Kemampuan berpikir kritis diperlukan selama proses perumusan diagnosis untuk mengenali masalah keperawatan pada pasien dan menentukan akar penyebabnya, yang memungkinkan pengelolaan oleh keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Diagnosis keperawatan terdiri dari unsur-unsur berikut: *Problem (P)*, *Ethiology (E)*, dan *Defining Characteristics*, yang merupakan *Sign dan Symptom (S dan S)* (Murtiningsih, 2022).

Menurut Inggriane (2009) menjelaskan bahwa rumah sakit harus memberikan perawatan keperawatan spiritual secara menyeluruh, yang mencakup kepatuhan pada alur proses keperawatan, namun pada kenyataannya implementasi proses keperawatan pada perawatan spiritual ini belum terlaksana secara menyeluruh sebagaimana yang dikemukakan dalam penelitian, di Rumah Sakit Al-Islam menyatakan bahwa aspek pengkajian sudah dinilai cukup (58%), penerapan ibadah praktik yakni istinja (54%), thoharoh (56%), shalat (53%) dan berdoa (63%) sudah terlaksana dengan baik, sedangkan penelitian lain yaitu menyatakan bahwa implementasi proses keperawatan pada perawatan spiritual di Rumah Sakit Al-Ihsan Bandung didapatkan hasil pengkajian spiritual oleh perawat (60%) sudah terlaksana dengan baik, menentukan diagnosa keperawatan spiritual (49%), membuat rencana tindakan dengan baik (62%), perawat hanya melakukan intervensi spiritual sebanyak 44% dan melakukan evaluasi tindakan keperawatan spiritual (49%), selain itu masih ada sebagian perawat yang beranggapan bahwa pemberian perawatan spiritual hanya sebatas

pemberian dukungan pada aspek ibadah ritual saja , kepekaan perawat terhadap kebutuhan spiritual pasien masih rendah (Dewi et al., 2020) .

Penelitian lain telah memaparkan bagaimana pengetahuan perawat tentang perawatan spiritual dilakukan di RS Dustira, dari hampir 70 responden, setengahnya (42,9%) memiliki pengetahuan baik, hampir setengahnya (41,4%) memiliki pengetahuan cukup, dan sebagian kecil (15,7%) memiliki pengetahuan kurang . Temuan penelitian menunjukkan bahwa masih ada ruang untuk perbaikan dalam pemahaman perawat tentang perawatan spiritual (Kiran et al., 2017; Murtiningsih, 2022).

Menurut penelitian oleh Ni Putu Mega Pratiwi, 70% perawat terutama memperhatikan kondisi fisik pasien dan jarang menanyakan dan menangani masalah psikologis dan spiritual mereka, sementara dukungan spiritual merupakan kompetensi otonom perawat dalam memberikan perawatan holistik kepada pasien , pasien dengan kondisi kritis atau mereka yang berkebutuhan khusus yang kondisinya termasuk dalam kategori kondisi terminal diberikan dukungan spiritual (Ristianingsih, 2014).

Kurangnya pemahaman tentang makna spiritualitas dan perawatan spiritual membuat perawat kurang siap secara optimal dalam memberikan perawatan, khususnya perawatan spiritual kepada pasien, penyebab lain adalah minimnya pedoman bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual, minimnya pelatihan serta kurangnya mendampingin ketika memberikan asuhan keperawatan spiritual (Belindiani et al., 2018).

Berdasarkan hasil dari analisa rekam medis pasien rawat inap melalui kegiatan review rekam medis sebagai implementasi akreditasi STARKES 2022, diperoleh data bahwa pada semester 1 tahun 2024 pada BAB PP (Pengkajian Pasien) 1.1 pada elemen penilaian 3 yakni setiap pengkajian keperawatan menghasilkan diagnosis keperawatan untuk menentukan kebutuhan asuhan keperawatan, intervensi atau pemantauan yang spesifik dan hasil review dari 100 rekam medis di setiap bulannya ialah diperoleh nilainya 100 maknanya ialah bahwa dari rata-rata 100 rekam medis yang di review pengkajian keperawatan telah menghasilkan diagnosis keperawatan sesuai SDKI , namun diagnosis yang ditegakkan ialah belum muncul diagnosis keperawatan spiritual pasien .

Perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan memerlukan pemikiran yang bersifat analisis yang disimpulkan dari hasil pengkajian sehingga diperlukan pengetahuan tentang asuhan keperawatan yang dapat diperoleh melalui proses pembelajaran dan pengalaman perawat dalam memberikan asuhan secara holistik termasuk asuhan keperawatan spiritual, sebagai salah satu monitoring asuhan keperawatan spiritual diperlukan pengawasan dan pendampingan melalui kegiatan mentoring untuk menjaga keberlangsungan asuhan keperawatan spiritual pasien, seperti yang dijelaskan oleh Mc.Kimm pada tahun 2007 bahwa mentoring merupakan proses pembelajaran dari kebergantungan peserta mentoring menjadi kemandirian peserta/*mentee* dan mentoring sebagai *output*, mentoring disebut sebagai “*Offline Help*” proses transfer pengetahuan, pemikiran dan kerja dari mentor ke *mentee* secara signifikan. Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk

meneliti “Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual Di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat“.

B. Perumusan Masalah

Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) tahun 2022 dan MUKISI terkait Pedoman dan Standar Pelayanan Keperawatan Syariah tahun 2019 bahwa Asuhan Keperawatan dilakukan secara holistik yang meliputi aspek Biologis, Psikologis, Sosial, dan Spiritual melalui Proses Asuhan Keperawatan dalam rangka upaya memenuhi kebutuhan dasar dari pasien dan keluarga sebagai klien. Penegakkan diagnosis keperawatan spiritual merupakan salah satu langkah dalam proses keperawatan yang dilakukan melalui tahapan pengkajian, pada prosesnya perawat memerlukan pengetahuan, ketrampilan dan tentunya ialah perilaku yang mempunyai untuk dapat menghasilkan asuhan pasien yang profesional termasuk pada aspek spiritual pasien dalam upaya peningkatan derajat / status kesehatan pasien yang akan menghasilkan kepuasan pasien sebagai output dari pelayanan yang berorientasi kepada *Patient Safety* dan *Hospital Safety*. Fenomena yang ada ialah bahwa asuhan pasien yang diberikan terutama kebutuhan spiritual dan psikososial masih kurang menjadi hal yang prioritas dibandingkan dengan asuhan pasien untuk pemenuhan kebutuhan fisik, hal tersebut dikarenakan kebutuhan spiritual lebih cenderung bersifat abstrak yang sulit untuk diukur, padahal aspek spiritual sangat mendukung dalam proses peningkatan status Kesehatan pasien selain aspek psikologis pasien.

Upaya peningkatan kompetensi perawat dalam konsep pelayanan syariah selain peningkatan pengetahuan melalui kegiatan *Coaching, Conceling* dan *Mentoring*, tentu tidak terlepas dari aspek spiritual individu perawatnya, sehingga ruh atau substansi inti dari proses asuhan keperawatan yang holistik dapat diberikan secara optimal. Oleh karena itu bagaimana substansi tersebut dapat dicapai dan dapat terwujud dengan optimal, tentunya ialah asuhan semestinya didasarkan atas *evidence base practice* melalui penelaahan dan penelitian terkait faktor- faktor yang berhubungan dengan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual pasien dengan melalui kegiatan mentorin / pendampingan selama proses asuhan keperawatan spiritual dilakukan karena mentor dapat berpartisipasi secara aktif.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi Pengaruh Mentoring Tentang Asuhan Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual Di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik faktor demografi responden (usia, jenis kelamin responden, pendidikan , lama bekerja)
- b. Mengidentifikasi mentoring tentang keperawatan spiritual di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat

- c. Mengidentifikasi penegakkan diagnosis keperawatan spiritual dalam konsep pelayanan syariah sebelum dan sesudah mentoring tentang keperawatan spiritual di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat
- d. Menganalisa pengaruh mentoring terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat
- e. Mengetahui perbedaan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual sebelum dan setelah dilakukan mentoring tentang keperawatan spiritual di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh Profesional Pemberi Asuhan atau *civitas hospitalia* khususnya pada aspek *case manager* sebagai sebuah wacana dalam upaya peningkatan mutu pelayanan pasien di rumah sakit, dalam rangka mewujudkan asuhan keperawatan yang holistik terutama keperawatan spiritual dalam konsep pelayanan syariah serta program keselamatan dan keamanan pasien (*Patient Safety Goal*).
- b. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai data dalam melakukan supervisi dan evaluasi pihak manajemen rumah sakit sehingga diharapkan dapat menyusun strategi serta monitoring evaluasi dari pengembangan keperawatan spiritual sebagai implementasi yang nyata sebagai rumah sakit dengan pelayanan syariah.

2. Bagi Perawat dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA)

Perawat dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dapat mengoptimalkan faktor-faktor positif yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan spiritual dalam konsep pelayanan rumah sakit syariah sehingga mutu asuhan dapat terjaga dengan baik melalui terciptanya budaya keselamatan dan keamanan selama perawatan pasien di rumah sakit.

3. Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian faktor – faktor lain yang mempengaruhi optimalisasi asuhan keperawatan yang holistik termasuk keperawatan spiritual dalam konsep pelayanan rumah sakit syariah.



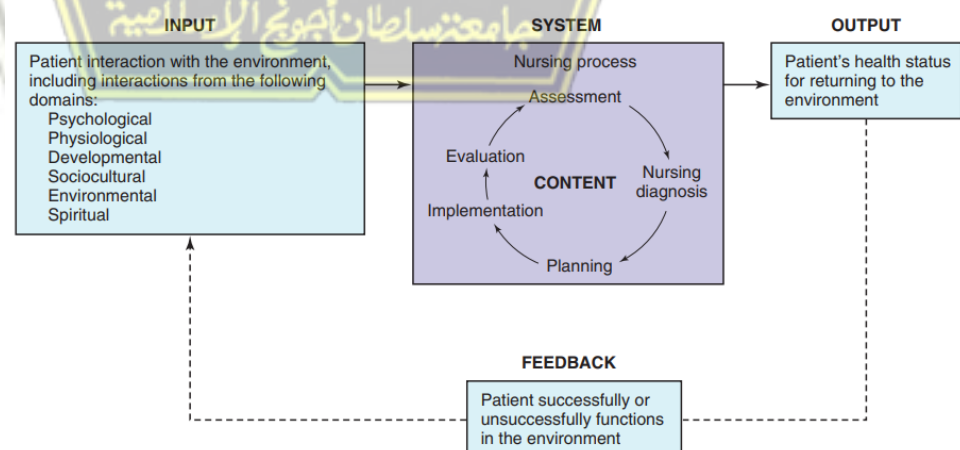
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Pelayanan Keperawatan dalam Konsep Rumah Sakit Syariah

1. Konsep Asuhan Keperawatan Holistik

Proses asuhan keperawatan yang merupakan sebuah sistem yang terbuka dan memiliki komponen yang terpisah dan saling berhubungan yaitu komponen masukan / *input* berupa data dan informasi yang berasal dari pasien (lingkungan dan fungsi fisiologis), keluaran / *output* adalah hasil atau produk dari proses keperawatan sebagai sistem (perkembangan status kesehatan pasien), umpan balik/*feedback* yaitu memberikan informasi tentang respon pasien dan keluarga terhadap intervensi yang diberikan serta konten/*content* yang merupakan informasi yang diperoleh dari sistem seperti tata cara / standar prosedur yang diperlukan pasien dalam upaya pemenuhan kebutuhan dan penyelesaian masalah kesehatannya (Potter, 2013).



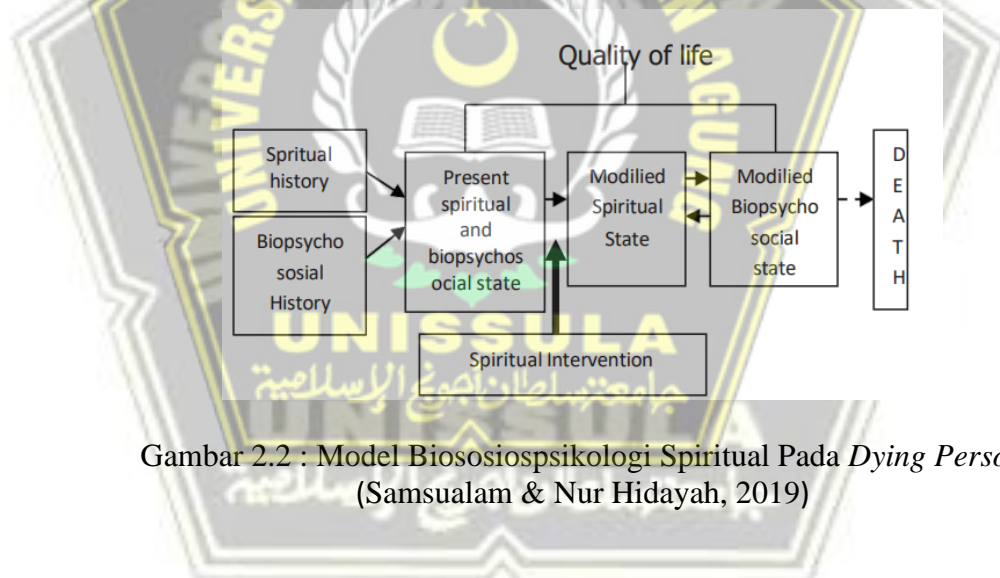
Gambar 2.1 *Nursing Process As A System (Potter, 2013)*

Fungsi perawat disampaikan pada Lokakarya Keperawatan pada bulan Januari tahun 1983 di Jakarta yakni bahwa fungsi pertama fungsi keperawatan mandiri (*Independen*), fungsi keperawatan ketergantungan (*Dependen*) dan fungsi keperawatan kolaboratif (*interdependen*). Keperawatan merupakan subsistem dari sistem pelayanan Kesehatan, interaksi fungsional antar subsistem keperawatan disebut proses keperawatan dengan asuhan keperawatan sebagai outputnya. Perawat memiliki tugas dalam melaksanakan fungsi dan perannya yang disesuaikan dengan tahapan – tahapan dalam proses keperawatan, sebagai contoh fungsi perawat ialah melakukan pengkajian kebutuhan klien sebagai individu, keluarga, masyarakat serta sumber yang tersedia dan potensial untuk memenuhi kebutuhannya kemudian perawat melakukan pengumpulan data, menganalisis dan mengintegrasikan data sebagai tugas perawat sehingga diagnosis keperawatan dapat dirumuskan (Liana et al., 2020).

Nur Hidayat dalam bukunya memaparkan tentang model Bio-Psiko-Sosial-Spiritual atau yang dikenal juga dengan istilah *Holistic Nursing* yang dicetuskan oleh George Engel pada tahun 1977 dan telah mengubah paradigma model biomedis dengan mengakui pentingnya faktor psikologis, sosial dalam penyakit dan masalah kesehatan serta menunjukkan bahwa penanganan faktor biologis saja tidak cukup untuk memahami kesehatan dan penyakit. Pengalaman sakit dan perjalanan penyakit tidak dapat dipisahkan dari variabel psikologis. Definisi kesehatan WHO tahun 1946 sejalan dengan pendekatan bio-psiko-sosial ini (Samsualam & Hidayah, 2022).

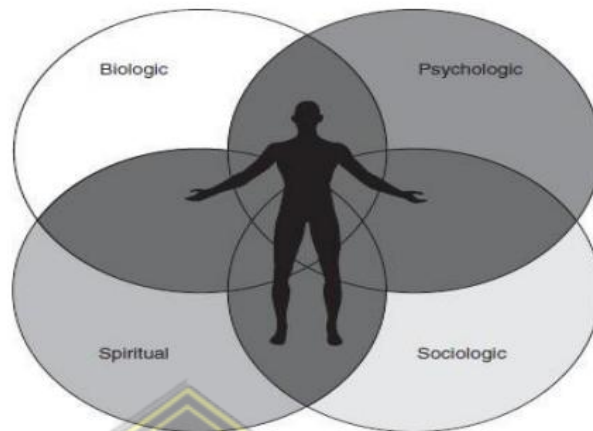
“Mental health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, an important implication of this definition is that mental health is more than just the absence of mental disorders or disabilities”

Pendekatan holistik dalam keperawatan merupakan cara terbaik bagi para profesional untuk memberikan perawatan menyeluruh, terutama ketika keperawatan terlibat dalam peningkatan kesehatan pasien. Akibatnya, perawat harus mampu mengevaluasi dan menangani masalah fisik, psikologis, dan spiritual secara bersamaan dan konsisten. Model bio-psiko-sosio dan spiritual dari ide holistik menyatukan jiwa dalam konteks yang lebih luas (Samsualam & Hidayah, 2022).



Gambar 2.2 : Model Biososiospsikologi Spiritual Pada *Dying Person* (Samsualam & Nur Hidayah, 2019)

Samsualam dan Nur Hidayah (2022) dalam bukunya menjelaskan bahwa semua komponen dari model bio-psiko-sosio dan spiritual saling membutuhkan satu sama lain dan saling terkait sehingga pasien memperoleh hasil pengobatan yang optimal. Model tersebut merupakan pedoman utama bagi keperawatan dalam memberikan pelayanan yang holistik.



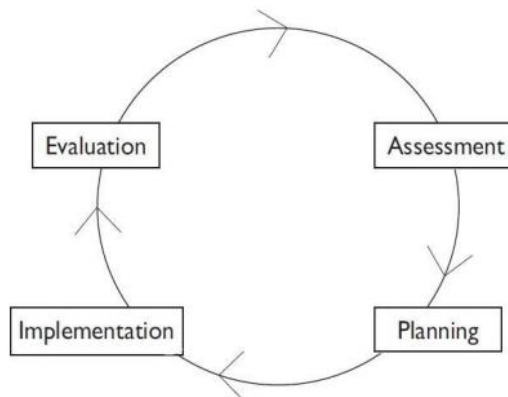
Gambar2.3 : Model Bio-psiko-sosio-spiritual dalam Keperawatan Holistik (Samsualam & Hidayah, 2022)

2. Konsep Keperawatan Spiritual Dalam Konsep Keperawatan Syariah

Samsualam dan Nur Hidayah (2022) dalam bukunya menjelaskan bahwa menurut Kratz (1979) proses keperawatan merupakan pendekatan pemecahan masalah dengan keterlibatan peran pasien untuk membuat keputusan dan melaksanakan tindakan keperawatan yang diperlukan dengan Didasarkan atas kepada penilaian kondisi pasien dan selanjutnya ialah mengevaluasi keberhasilan tindakan yang diberikan tersebut.

Ross (2000) menjelaskan pula bahwa perawat harus diberikan pengetahuan dan pelatihan cara memenuhi kebutuhan spiritual yang melibatkan pasien dan keluarga dengan melalui proses keperawatan (Samsualam & Hidayah, 2022).

“.....Ross argued that nurses need to have educational preparation for meeting spiritual needs and suggested the nursing process as a way of doing This...”



Gambar 2.4 : Pendekatan sistematis dalam Siklus Proses Keperawatan (Samsualam & Nur Hidayah, 2019)

Pamella Cone (2012) dalam *Jurnal Clinical Nursing* mengungkapkan bahwa perawat memerlukan berbagai kompetensi untuk menyelesaikan masalah keperawatan pasien secara holistik yang dipersiapkan sejak perawat menduduki dunia pendidikannya sehingga pembelajaran keperawatan holistik dapat terintegrasi dengan praktik klinik di area pelayanan keperawatan pada saat perawat tersebut mendapat kelulusan sebagai perawat professional (Ross, 1996).

“...Nurses need a wide range of competences to fulfil the nursing focus on holistic patient care. Nursing education should prepare students to recognise and act on spiritual cues. A trusting relationship and respectful and sensitive communication assist students to discover what is important to patients. An educational focus on spiritual and existential themes throughout the nursing programme will assist students to integrate theoretical learning into clinical practice...”

3. Teori dan Model Keperawatan dalam Konsep Keperawatan Syariah

Liana R (2020) dalam bukunya menjelaskan bahwa teori keperawatan secara mendasar memiliki empat konsep yang dapat mempengaruhi kualitas

praktik keperawatan yakni terkait dengan konsep sebagai manusia, konsep keperawatan sendiri, konsep rentang sehat dan sakit serta konsep lingkungan/*environment*. Keempat konsep tersebut dipergunakan pada teori – teori keperawatan namun definisi dan hubungan antar konsep ialah berbeda pada masing masing teori (Liana et al., 2020).

- a. Teori Sistem sebagai teori interdisiplin yakni hubungan proses keperawatan sebagai sistem yang meliputi komponen data atau informasi tentang riwayat pasien sebagai input dan hasil asuhan ialah sebagai output dari sistem, serta adanya umpan balik /*feedback* informasi yang berkaitan dengan fungsi sistem.
- b. Teori keperawatan yang berhubungan dengan *caring* dan spiritual, dijelaskan bahwa *caring* kondisi yang menyeluruh meliputi cara berfikir, merasakan dan membentuk hubungan antar manusia.
- c. Teori *caring J Watson*, teori ini merupakan proses interpersonal yang meliputi intervensi dan tujuan *caring*. Teori humanistik dipergunakan dalam teori *Caring J Watson* yakni perawat professional dalam memberikan asuhannya ialah mempertimbangkan hubungan perawat – klien. Perawatan pasien / klien ialah bersifat individu , sehingga asuhan yang diberikan kepada setiap pasien / klien akan berbeda (Liana et al., 2020) .

Joanne R. Duffy mengatakan bahwa fenomena *caring* yang mengutamakan hubungan antara perawat dan pasien telah berkurang dan perawat profesional sering melupakan hal tersebut dikarenakan tersitanya

waktu interaksi terkait dengan perubahan sistem pelayanan kesehatan ke arah modern disertai pengambilan alternatif keputusan yang direkomendasikan kepada pasien nyaris tidak muncul sehingga peran perawat profesional telah menurun khususnya di rumah sakit, sehingga struktur *caring* telah mengalami keretakan (Samsualam & Hidayah, 2022).

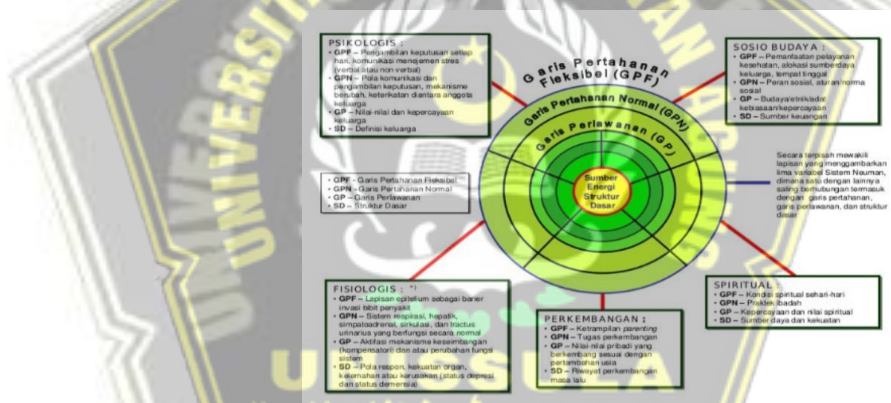


Gambar 2.5 *Nursing's Fractured Foundation* menurut Swanson M, (1993) (Samsualam, 2022).

Fondasi *caring* terdiri dari Dukungan kepercayaan dan dimiliki secara individu (*Maintaining belief*). Upaya memahami peristiwa dan riwayat pasien/klien yang penting, melakukan pengkajian dengan fokus serta berinteraksi dengan pasien / klien secara langsung (*Knowing*). Keberadaan / kehadiran perawat ialah secara emosional dan empati (*Being*). Perawat memberikan pelayanan kepada klien seperti memberikan kepada dirinya sendiri seperti memberikan kenyamanan dan perlindungan, menjaga privasi pasien (*Doing For*) (Samsualam & Hidayah, 2022).

Teori model konseptual Betty Neuman dalam konsep keperawatan holistik ialah sebagai *Grand Teori Betty* (1972) memberikan definisi bahwa

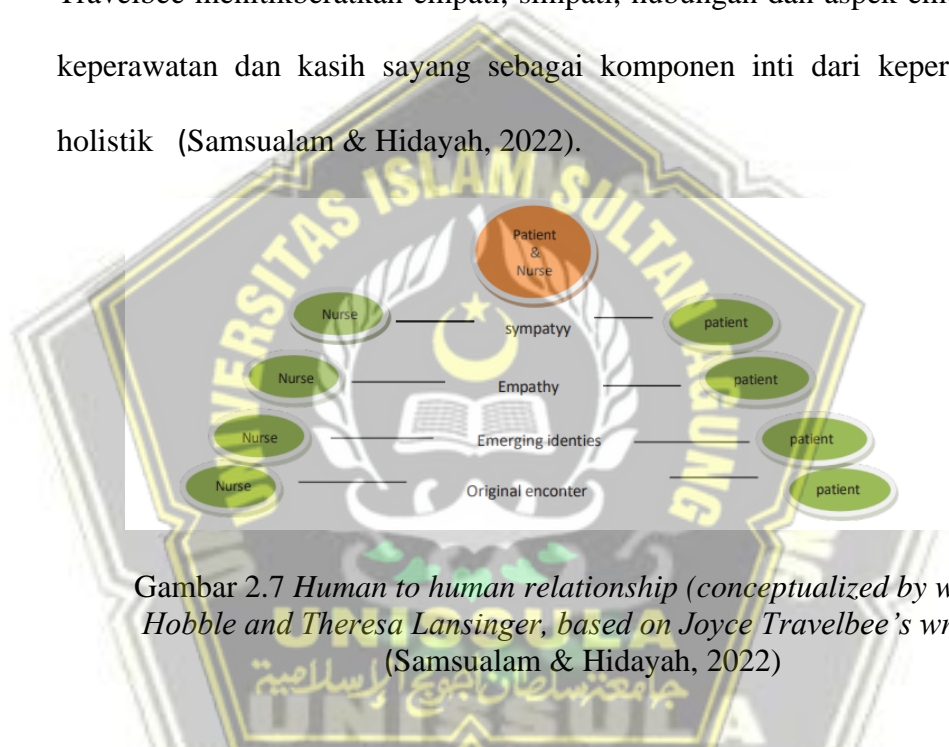
manusia secara holistik ialah merupakan penyatuan antara pendekatan sistem terbuka dengan konsep holistik. Manusia sebagai makhluk kompleks dan dinamis yang meliputi aspek fisiologis, sosiokultural serta aspek perkembangan, individu manusia berinteraksi dengan individu yang lain, melakukan adaptasi dengan lingkungan yang diidentifikasi sebagai *stressor*. Setiap individu mempunyai ciri yang berbeda beda dalam memberikan respon terhadap setiap siklus kejadian dalam hidupnya yang membentuk struktur dasar dari pertahanan yang bersifat umum, mekanisme pertahanan yang normal serta yang fleksibel (Samsualam & Hidayah, 2022).



Gambar 2.6 : Garis Pertahanan Fleksibel (Samsualam & Hidayah, 2022).

Teori Joyce Travelbee dalam konsep keperawatan spiritual merupakan proses interpersonal yakni memandang bahwa hubungan antar manusia yang terjalin ketika kondisi sakit dan selama mengalami penderitaan. Teori ini adalah konseptual yang menjelaskan bahwa tujuan keperawatan ialah untuk memberikan pertolongan kepada individu, keluarga atau masyarakat dalam upaya pencegahan atau mengatasi kesakitan dan penderitaan serta

menemukan hikmah yang bermakna dari kondisi yang dialami dengan tujuan akhir menjadi harapan yang terwujud. Pencapaian asuhan melalui hubungan antar individu manusia diawali dengan pertemuan awal yang menjadi tahapan identitas, kemudian mengembangkan empati, simpati sehingga hubungan perawat dan pasien / klien terwujud hingga tahap akhir. Pada proses *caring* Travelbee menitikberatkan empati, simpati, hubungan dan aspek emosional keperawatan dan kasih sayang sebagai komponen inti dari keperawatan holistik (Samsualam & Hidayah, 2022).



Gambar 2.7 *Human to human relationship (conceptualized by William Hobble and Theresa Lansinger, based on Joyce Travelbee's writing)* (Samsualam & Hidayah, 2022)

4. Proses Asuhan Keperawatan Spiritual Dalam Konsep Rumah Sakit Syariah

Pedoman Standar Pelayanan Keperawatan Syariah menjelaskan bahwa perawat di rumah sakit bersertifikasi syariah dalam memberikan asuhan keperawatan ialah menyeluruh yakni meliputi aspek biologi, psikologi, sosio dan spiritual pasien, Peran perawat dalam memberikan asuhannya dengan mempergunakan pendekatan proses keperawatan yang

terdiri dari tahapan pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, intervensi dan implementasi serta evaluasi (MUKISI & PPNI, 2019) .

a. Pengkajian Keperawatan Spiritual

Pengetahuan terkait spiritualitas penting dalam proses keperawatan di rumah sakit syariah, karena spiritualitas pasien mempengaruhi kesehatannya serta dapat menggambarkan mekanisme coping dan adaptasi pasien terhadap penyakit dan penderitaan sebagai *stressor*.

1) Model Rogers

Dimensi *transendental*, makna dan tujuan hidup, misi dalam hidup, kesucian hidup, nilai-nilai material, altruisme, idealisme, kesadaran akan penderitaan, dan spiritualitas termasuk di antara sembilan area yang membentuk paradigma Rogers

2) *Howden's Spirituality Assessment scale*

Dua puluh delapan item pertanyaan dalam ujian mencakup empat topik berbeda: hubungan dengan diri sendiri, orang lain, dan lingkungan *transendental*; makna dan tujuan hidup; dan kekuatan serta keterbatasan seseorang.

3) The FICA model

Prinsip *FICA Spiritual History Tool* meliputi *Fait* atau keyakinan, *Importance* dan *influence*, *Community* dan *Action*. Empat kategori yang dicakup oleh model FICA ialah keyakinan dan kepercayaan, serta signifikansi keyakinan ini di mata pasien atau klien. spiritualitas

pasien, layanan yang diharapkan, dan komunitas tempat mereka tinggal atau beraktivitas.

4) *Jarel Spiritual Well Being Scala*

Dua puluh satu pertanyaan pada alat tersebut menuntut respons mulai dari "sangat setuju" hingga "sangat tidak setuju".

5) *Spiritual Assessment Tool*

Instrumen *Spiritual Assessment Tool* merupakan model interaktif yang menggabungkan unsur-unsur kekuatan pribadi pasien, hubungan dengan orang lain, serta makna dan tujuan keberadaan mereka.

6) *Quality Assessment Tools*

Instrumen *Assessment* ialah berupa pertanyaan yang bersifat terbuka tentang spiritualitas pasien

Evaluasi aspek spiritual memerlukan hubungan interpersonal yang positif antara perawat dan pasien serta keluarganya, untuk memastikan keberhasilan komunikasi dalam lingkungan yang mendukung, evaluasi spiritual harus dilakukan setelah berkembangnya hubungan yang kuat antara perawat dan pasien serta keluarganya (Samsualam & Hidayah, 2022).

MUKISI (2019) menjelaskan tentang pengkajian spiritual pasien ialah dengan menggunakan metoda *FICA Assessment Tools* dengan contoh sebagai berikut :

Faith atau keyakinan, perawat mengajukan pertanyaan terkait keyakinan pasien . “Apakah saudara ialah seorang yang religious?”, “Apakah yang saudara pikirkan tentang keyakinan saudara dalam memaknai hidup?”

Importance dan *influence*, perawat mengajukan pertanyaan kepada pasien terkait pentingnya keyakinan dalam hidupnya. “Apakah keyakinan penting dalam kehidupan saudara?”, “Apa pengaruh keyakinan terhadap bagaimana saudara melakukan perawatan terhadap diri sendiri?”, “Dapatkah keyakinan saudara mempengaruhi perilaku selama sakit?”

Community, Perawat mengajukan pertanyaan terkait komunitas dan lingkungan kehidupan pasien sehari-hari. “Apakah saudara tergabung dalam sebuah komunitas spiritual atau religius?”, “Apakah komunitas tersebut mendukung saudara dan bagaimana?” “Apakah ada seseorang didalam kelompok tersebut yang benar-benar saudara cintai atau penting bagi saudara?”

Action, Perawat mengajukan pertanyaan dan diskusi dengan pasien terkait permasalahan pasien dan upaya untuk meningkatkan hubungan yang nyaman satu sama lain . “Apa yang bisa saya bantu agar saudara dapat merasa lebih nyaman?”

b. Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual

Diagnosis keperawatan spiritual berdasar kepada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) ialah sebagai berikut :

(Murtiningsih, 2022; Tim PPNI, 2017).

1) Ansietas (D.0080)

Kecemasan ialah kondisi emosional dan persepsi subjektif seseorang terhadap item spesifik dan ambigu sebagai akibat dari mengantisipasi bahaya, yang memungkinkan mereka untuk menanggapi ancaman tersebut.

2) Berduka (D.0081)

Reaksi psikologis klien terhadap kehilangan seseorang, objek, fungsi, posisi, bagian fisik, atau hubungan.

3) *Distres* Spiritual (D.0082)

Ketidakmampuan untuk memahami makna dan tujuan hidup melalui interaksi dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan, atau Tuhan merupakan tanda gangguan keyakinan atau sistem nilai.

4) Keputusasaan (D.0088)

Kondisi seseorang yang percaya bahwa tidak ada cukup atau pilihan lain untuk memecahkan masalah yang mereka hadapi.

5) Risiko *Distress* Spiritual (D.0100)

Dalam hal kekuatan, harapan, dan tujuan hidup, orang atau kelompok berada dalam bahaya mengalami gangguan dalam keyakinan atau nilai-nilai mereka.

Tahapan yang terlibat dalam penegakan diagnosis keperawatan spiritual ialah sebagai berikut: (Patriyani, 2022).

1) Klasifikasi dan Analisa Data

Metode pengklasifikasian data pasien menurut kebutuhan dasar manusia melibatkan penetapan kriteria masalah terhadap kesulitan keperawatan yang dialami pasien. Untuk membuat kesimpulan tentang kesehatan pasien dan masalah keperawatan, seorang perawat harus menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk menghubungkan fakta dengan konsep dan prinsip teoritis yang relevan. Analisis data melibatkan validasinya, meninjaunya kembali, mengklasifikasikannya menurut persyaratan biopsiko-sosio-spiritual, membandingkannya dengan standar, dan membuat kesimpulan tentang setiap kesenjangan yang ditemukan.

2) Interpretasi Data

Langkah selanjutnya ialah mengkonstruksi masalah keperawatan atau masalah kolaboratif setelah data diperiksa dan diberi signifikansi tertentu. Menentukan manfaat pasien, standar kriteria kesehatan, kesulitan pasien dan masalah masa lalu, membuat penilaian, masalah potensial, masalah atau bahaya nyata, dan masalah kolaboratif ialah langkah-langkah dalam proses interpretasi data.

3) Validasi Data

Proses menghubungkan dengan kategorisasi gejala dan indikator, yang selanjutnya mengacu pada keakuratan data, dikenal sebagai validasi data. Kerjasama dengan klien sangat penting untuk

kelengkapan dan keakuratan data karena membangun rasa saling percaya dan memastikan data yang benar.

4) Merumuskan Diagnosis Keperawatan

Kemampuan membuat diagnosis keperawatan diperlukan setelah perawat menyelesaikan sejumlah tugas, seperti memperoleh dan memvalidasi data.

c. Intervensi Keperawatan Spiritual (SIKI,2018) dan Implementasi Keperawatan Spiritual

Perencanaan atau intervensi merupakan proses keperawatan metodelis yang melibatkan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan. Tujuan intervensi keperawatan ialah untuk mencegah, mengurangi, atau menyelesaikan masalah kesehatan bagi klien. Untuk meningkatkan hasil klien, menetapkan prioritas masalah, dan menetapkan kriteria hasil, perawat juga mengembangkan intervensi keperawatan, yang merupakan rencana untuk setiap aktivitas. Berdasarkan penilaian dan pengetahuan klinis, keterampilan berpikir kritis diperlukan bagi perawat untuk merumuskan dan memprioritaskan tantangan (Patriyani, 2022).

5. Konsep Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Syariah

a. Konsep Pelayanan Rumah Sakit Syariah

Dalam rangka menjaga seluruh prakarsa kesehatan Islam di Indonesia maupun rumah sakit Islam, maka dibentuklah Majelis Upaya Kesehatan Islam Indonesia (MUKISI) sebagai amanat. Peningkatan

mutu layanan kesehatan yang profesional dan islami merupakan salah satu cara untuk mencapai tujuan tersebut.

MUKISI mulai mencetuskan konsep rumah sakit Islam, rumah sakit syariah ini merupakan rumah sakit yang operasionalnya berlandaskan pada Maqashid al Syariah al Islamiyah. Menurut Imam Syatibi, hal ini sesuai dengan gagasan maqashid syariah, yakni menegakkan agama (khifdz ad-diin), jiwa (khifdz an-nafs), anak (khifdz an-nasl), akal (khifdz al-aql), dan harta (khifdz al-mal) .

b. Standar Manajemen Rumah Sakit Syariah meliputi :

- 1) Standar Syariah Manajemen Organisasi berisi tentang tanggung jawab dan akuntabilitas pemilik rumah sakit dalam pengelolaan rumah sakit seperti ijin operasional, struktur organisasi yang memuat Dewan Pengawas Syariah dan lain-lain.
- 2) Standar Syariah Modal Insani berisi tentang tata kelola sumber daya manusia.
- 3) Standar Syariah Manajemen Pemasaran berisi tentang tata kelola pemasaran rumah sakit.
- 4) Standar Syariah Manajemen Akuntansi dan Keuangan berisi tentang tata kelola keuangan dan akuntansi rumah sakit berbasis syariah.
- 5) Standar Syariah Manajemen Fasilitas berisi tentang penyediaan fasilitas rumah sakit menerapkan standarisasi fasilitas sesuai kaidah syariah.

6) Standar Syariah Manajemen Mutu berisi tentang kebijakan dan pedoman mutu tentang pemeliharaan akidah, akhlaq dan muamalah melalui aktivitas keagamaan.

c. Standar Pelayanan Rumah Sakit Syariah meliputi :

- 1) Standar Syariah Akses Pelayanan dan Kontinuitas meliputi proses penerimaan, bimbingan, dan pemulangan pasien.
- 2) Standar Syariah Asesmen Pasien meliputi asesmen awal secara komprehensif terhadap kondisi medis spiritual pasien.
- 3) Standar Syariah Pelayanan Pasien meliputi pelayanan psikospiritual untuk berbagai variasi kebutuhan pelayanan kesehatan.
- 4) Standar Syariah Pelayanan Obat meliputi penerapan konsep obat esensial di rumah sakit yang berisi daftar obat, stok obat yang terpilih dan terapi yang digunakan tidak mengandung unsur yang diharamkan.
- 5) Standar Syariah Pelayanan dan Bimbingan Kerohanian meliputi pelayanan pendampingan kerohanian bagi seluruh pasien beragama Islam dan pasien yang memiliki permintaan khusus.
- 6) Standar Syariah Pendidikan Pasien dan Keluarga meliputi kewajiban rumah sakit untuk melakukan pendidikan kepada pasien rawat inap mengenai pelayanan spiritual yang diterima selama perawatan.
- 7) Standar Syariah Pencegahan dan Pengendalian Infeksi meliputi kewajiban rumah sakit memiliki program pencegahan dan pengendalian infeksi.

d. Standar Pelayanan Keperawatan Syariah

1) Karakteristik Perawat Syariah

Karakteristik dasar dari perawat yang bekerja di rumah sakit dengan bersertifikat syariah ialah Aqidah yang bersih (*salimul aqidah*), Ibadah yang benar (*shahihul ibadah*), Akhlak yang kokoh (*matinul khuluq*), Intelek dalam berpikir (*mutsaqoful fikri*), Kekuatan jasmani (*Qowiyul jismi*), Mandiri dalam segi ekonomi (*qodirun alal kasbi*), Teratur dalam segala urusan (*munazhzhmun fii syu'unihi*), Melawan hawa nafsu (*mujahadatun linafsihi*), Pandai menjaga waktu (*haritsun 'ala waqtihi*), bermanfaat bagi orang lain (*nafiun Lighoirihi*) (MUKISI & PPNI, 2019).

2) Siklus Pelayanan Keperawatan Syariah

MUKISI (2019) menjelaskan tentang alur pasien muslim dalam siklus pelayanan keperawatan syariah ialah dimulai dari akses pertama masuk yakni melalui akses penerimaan pasien di rawat jalan dan IGD dengan diawali dengan proses admisi terkait data demografi pasien termasuk agama pasien dan informasi pelayanan keperawatan syariah melalui informasi edukasi umum (*General concent*), penyampaian hak dan kewajiban pasien dalam konteks pelayanan syariah.

Pemberian pelayanan pasien dilanjutkan sesuai dengan implementasi akreditasi rumah sakit melalui kegiatan pelayanan berorientasi kepada pasien/ PCC (*Patient Care Centre*). Pengkajian spiritual dilakukan oleh perawat di akses pertama masuk yang

kemudian dilanjutkan dengan pengkajian ulang di rawat inap jika pasien memerlukan tindak lanjut perawatan di rawat inap termasuk ruang intensif. Diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan atas penilaian di IGD dan di rawat jalan untuk kemudian ditindaklanjuti di rawat inap. Pelayanan syariah diberikan di semua area pelayanan termasuk kamar operasi, unit Hemodialisis (MUKISI & PPNI, 2019).

Rumah Sakit dengan pelayanan berbasis syariah dapat memberi peluang untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dalam sudut pandang fisik, psikis, spiritual serta dalam upaya berdakwah sebagai salah satu kewajiban muslim dalam wadah pengembangan peradaban Islam di Indonesia.

6. Kompetensi Perawat Syariah

Pelayanan keperawatan di rumah sakit syariah tidak terlepas dari kompetensi tenaga keperawatannya. Kompetensi dikembangkan melalui kegiatan pendidikan dan pelatihan yang lebih dikenal dengan *mandatory training* pelayanan syariah, tahapan awal dari kegiatan tersebut ialah identifikasi kompetensi perawat yang diperlukan dalam pelayanan syariah meliputi pengetahuan, skill dan perilaku perawat (MUKISI & PPNI, 2019).

a. Karakter Dasar Perawat Syariah .

- 1) Aqidah yang bersih (*Salimul aqidah*)
- 2) Ibadah yang benar (*Shahihul ibadah*)
- 3) Akhlak yang kokoh (*Matinul khuluq*)
- 4) Intelek dalam berfikir (*Mutsaqoful fikri*)

- 5) Kekuatan jasmani (*Qowiyul Jismi*)
- 6) Mandiri dalam segi ekonomi (*Qodirun alal kasbi*)
- 7) Teratur dalam segala urusan (*Munazhhamun fii syu'unihi*)
- 8) Melawan hawa nafsu (*Mujahadatun linafsihi*)
- 9) Pandai menjaga waktu (*Haritsun 'ala waqtihi*)
- 10) Bermanfaat bagi orang lain (*nafiun lighoirihi*)"

b. Kompetensi Fiqih Perawat Syariah

Keberadaan perawat sebagai PPA (Profesional Pemberi Asuhan) yang 24 jam bersama pasien dalam masa pengobatan dan perawatannya, dalam memberikan asuhan secara holistik termasuk pemenuhan kebutuhan spiritual dan ibadah pasien seorang perawat memerlukan perawat dengan kompetensi fikih dan pengetahuan terkait hal – hal yang terkait dengan intervensi keperawatan syariah.

الْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتْمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِي وَرَضِيتُ لَكُمُ الْإِسْلَامَ دِينًا
 فَمَنِ اضْطُرَّ فِي مَخْمَصَةٍ غَيْرِ مُتَجَانِفٍ لِإِيمَانِهِ فَإِنَّ اللَّهَ عَفُورٌ رَّحِيمٌ ﴿٣﴾

"Pada hari ini telah Kusempurnakan untuk kamu agamamu, dan telah Kucukupkan kepadamu nikmatKu, dan telah ku ridhai Islam itu menjadi agama bagimu, Maka barang siapa terpaksa karena kelaparan tanpa sengaja berbuat dosa, sesungguhnya Allah Maha Pengampun lagi Maha Penyayang" (Q.S Al – Ma'idah : 3)

Kompetensi Fiqih perawat syariah terdiri dari : (MUKISI & PPNI, 2019)

- 1) Bimbingan sholat untuk pasien
- 2) Do'a sebelum pasien menjalani operasi / tindakan medis
- 3) Pemenuhan thoharoh pasien (wudhlu/tayamum)

- 4) Penjagaan aurat pasien dengan edukasi pemakaian hijab bagi pasien muslimah
- 5) Fiqih terkait kesehatan reproduksi wanita (fiqih darah wanita)
- 6) Bimbingan spiritual pasien dalam kondisi kritis (talqin)
- 7) Pemulasaraan jenazah secara syariah Islam"

7. Tata Kelola Keperawatan Syariah (MUKISI & PPNI, 2019)

a. Rekrutmen Perawat Syariah

Kegiatan penerimaan perawat di rumah sakit syariah diawali dengan kegiatan penelaahan dokumen akademik perawat termasuk legalitas profesi yakni STR , ijazah kelulusan serta bukti-bukti perawat telah mengikuti pelatihan – pelatihan dasar yang diperlukan seperti pelatihan BTCLS (*Basic Trauma & Cardiac Life Support*). Identifikasi pengetahuan terkait pelayanan syariah dan kemampuan spiritual perawat dilakukan melalui proses ujian tulis dan wawancara yang dilakukan oleh tim spiritual rumah sakit dengan berorientasi kepada 10 karakter dasar perawat syariah.

b. Orientasi Perawat Syariah

Pengenalan pelayanan rumah sakit dan keperawatan syariah diberikan kepada perawat melalui kegiatan orientasi umum dan khusus yang diselenggarakan oleh Komite Keperawatan bersama-sama bagian SDM dan Diklat Rumah sakit. Pada orientasi khusus diberikan materi terkait pelayanan keperawatan syariah yang dikenal dengan *Mandatory Syariah*.

c. Jenjang Karir Perawat Syariah

PMK No. 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karier Profesional Perawat Klinis memberikan penjelasan tentang jenjang profesi keperawatan. Perawat klinis (PK), manajer perawat (PM), pendidik perawat (PP), dan peneliti/perawat peneliti (PR) merupakan empat tugas utama yang menyusun pertumbuhan karier profesional perawat (KemenKes RI, 2017) .

Asuhan keperawatan langsung diberikan kepada pasien sebagai individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat oleh perawat klinis (PK). Perawat Manajer (PM) merupakan perawat yang mengawasi pelayanan keperawatan di fasilitas kesehatan dalam berbagai peran, termasuk manajer lini depan, manajer madya, dan manajer puncak. Perawat yang mengajar mahasiswa di lembaga pendidikan keperawatan dikenal sebagai pendidik perawat (PP). Perawat yang bekerja di bidang keperawatan atau penelitian kesehatan dikenal sebagai Peneliti/Perawat Peneliti (PR). Sama halnya dengan jenjang karier di bidang keperawatan syariah, berikut ini ialah persyaratan jenjang karier keperawatan syariah bagi perawat : (MUKISI & PPNI, 2019).

1) Perawat Syariah I

- a) Mempunyai sertifikat Perawat Syariah I
- b) Mampu melakukan asuhan keperawatan dengan kemampuan syariah dasar (iman yang benar , ibadah yang benar bagi pasien, menjaga aurat pasien, mendo'akan pasien)

- c) Mampu menjalankan asuhan keperawatan analisis dan nasihat Perawat Syariah II
 - d) Kompetensi fikih syariah
- 2) Perawat Klinik Syariah II
- a) Merupakan perawat yang berada di atas level Perawat Syariah I dan mempunyai kemampuan Perawat Syariah II
 - b) Mempunyai sertifikat Perawat Syariah II
 - c) Mampu membuat diagnosis keperawatan spiritual , rencana, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan syariah
 - d) Mampu mendelegasikan rencana asuhan keperawatan kepada Perawat Syariah I
 - e) Mampu mentalqin pasien yang sakaratul maut
 - f) Memandikan dan mengkafani jenazah
- 3) Perawat Syariah III
- a) Merupakan perawat yang berada di atas level Perawat Syariah II dan mempunyai kemampuan Perawat Syariah I dan II
 - b) Mempunyai Sertifikat Syariah III
 - c) Mampu menjadi kepala ruangan
 - d) Mampu membuat perencanaan pelayanan keperawatan syariah di ruangan yang dipimpinnya
 - e) Mampu memberikan nasehat tentang pelayanan keperawatan syariah kepada pasien dan keluarganya
 - f) Mampu menganalisis masalah spiritual pasien sesuai syariah

4) Perawat Syariah IV

- a) Merupakan perawat yang berada di atas level Perawat Syariah III dan mempunyai kemampan Perawat Syariah III
- b) Mampu memberikan bimbingan kepada calon perawat syariah sebagai instruktur atau pembimbing
- c) Mempunyai sertifikat Perawat Syariah IV
- d) Memiliki ilmu syariah lebih memadai
- e) Mampu menganalisis masalah spesifik spiritual pasien dan keluarga secara syariah

5) Perawat Syariah V

- a) Merupakan perawat yang berada di atas level Perawat Syariah IV dan mempunyai kemampuan Perawat Syariah IV
- b) Mempunyai sertifikat Perawat Syariah V
- c) Mampu melakukan penelitian tentang keperawatan syariah
- d) Mampu membuat perencanaan pelayanan keperawatan syariah semua ruangan yang berada di suatu pelayanan rumah sakit
- e) Mampu membimbing Perawat Syariah I, II , III dan IV
- f) Mampu menterjemahkan hasil rekomendasi atau masukan ulama terkait pelayanan keperawatan syariah

8. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Rumah Sakit Syariah

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPA di area pelayanan klinik dipengaruhi oleh beberapa faktor baik internal maupun eksternal demikian juga dengan Pelayanan syariah di rumah sakit. Adapun faktor-

faktor yang berpengaruh kepada pelayanan syariah di rumah sakit ialah sebagai berikut:

a. Faktor Internal

- 1) Kemampuan/ kompetensi tenaga kesehatan yang berperan dalam proses pemberian asuhan melalui *PCC (Patient Care Centre)* dengan mengedepankan *Patient Safety*, terutama dalam pemberian pelayanan/ *Caring* yang holistik yakni kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan spiritual pada aspek *knowledge, Skill* dan *Attitude (Akhlakul Karimah)* PPA termasuk perawat.
- 2) Fasilitas pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga juga dapat mempengaruhi penerapan pelayanan pasien seperti pengadaan sarana ibadah termasuk alat ibadah (tayamum pad), adanya ruangan untuk beribadah bagi keluarga pasien (mushola / masjid), sarana yang mendukung dalam penjagaan aurat seperti hijab menyusui, hijab pasien operasi untuk muslimah dan lain – lain.
- 3) Tingkat Spiritualitas PPA (Profesional Pemberi Asuhan) sangat berpengaruh kepada inti dari pemberian pelayanan syariah serta sinergitas seluruh PPA yang berperan dalam proses penyembuhan pasien.
- 4) Optimalisasi Edukasi islami yang diberikan oleh PPA kepada pasien dan keluarga sehingga motivasi secara internal individu pasien dan keluarga untuk menjalankan kegiatan pemenuhan kebutuhan spiritual tetap terpenuhi meskipun pasien dalam kondisi sakit. Edukasi dapat

diberikan oleh seluruh PPA yang telah mendapatkan *Mandatory Training* tentang Pelayanan Rumah Sakit Syariah termasuk tim Kerohanian.

5) Kebijakan/regulasi / Tata Tertib yang diterapkan di rumah sakit seperti adanya kewajiban pasien dan keluarga untuk senantiasa menjaga aurat, ketentuan penunggu pasien diwajibkan ialah muhrim dari pasiennya. Manajemen keuangan yang terhindar dari riba dan riswah serta akad – akad transaksi dalam pelayanan administrasi pasien dijalankan secara syariah.

6) Infrastruktur ruang perawatan

Mekanisme pengaturan pelayanan pasien didasarkan kepada *gender* diaplikasikan secara nyata yakni adanya ketentuan terkait penempatan pasien dengan *gender* yang sama dalam satu ruangan dan ketentuan *gender* pasien terdiri dari pasien laki-laki dan perempuan sesuai identitas kependudukan pasien, setiap tempat tidur dipisahkan dengan pemasangan *sketsell/gorden*, setiap kamar perawatan dilengkapi dengan tanda kiblat, pengaturan tata letak fasilitas toilet yang sesuai dengan syariah seperti posisi kloset yang tidak menghadap ke arah kiblat.

b. Faktor Eksternal

1) Ketersediaan barang/produk dari *stake holder* pendukung pelayanan yang terbebas dari hal-hal yang tidak halal seperti penyediaan obat-obatan dan penyediaan *chemical* yang dipergunakan oleh *cleaning*

service dalam upaya pembersihan area pelayanan terbebas dari unsur-unsur yang diharamkan dalam agama islam, pelayanan gizi yang serta pelayanan laundry telah tersertifikasi halal.

- 2) Segala transaksi terkait dengan finansial dan perbankan ialah dengan syariat islam seperti transaksi perbankan ialah dengan bank – bank yang berlabel syariah termasuk sistem penggajian karyawan .
- 3) Semua bentuk kerjasama dengan pihak luar untuk mendukung keberlangsungan pelayanan pasien ialah sesuai syariah islam seperti perjanjian kerjasama disepakati dengan mufakat kedua belah pihak.

B. Konsep Mentoring Dalam Pembelajaran Asuhan Keperawatan Syariah

1. Pengertian Mentoring

Mentoring didefinisikan oleh Peraturan LAN Nomor 10 Tahun 2018 sebagai saran untuk meningkatkan kinerja dengan berbagi informasi, keahlian, dan kemampuan dari orang lain yang memiliki pengalaman lebih besar di sektor yang sama. Tahap pengembangan potensi merupakan waktu krusial lainnya bagi mentor, dengan menggunakan perangkat yang telah dibuat sebelumnya, mentor mengevaluasi dan melakukan proses mentoring sambil memetakan sikap perilaku kepemimpinan peserta, strategi pengembangan potensi diri, dan implementasi pengembangan potensi diri. Pemahaman konsep mentoring memerlukan pemahaman tentang hubungan baik antara mentor dan mentee, bagian ini memberikan definisi istilah-istilah kunci yang berkaitan dengan pendampingan (Rizky, 2023) .

Mentoring ialah hubungan profesional di mana orang yang lebih berpengalaman (*mentor*) secara sukarela berbagi pengetahuan, wawasan, dan kebijaksanaan dengan orang yang kurang berpengalaman (*mentee*) yang ingin mendapatkan manfaat dari pertukaran tersebut, sebagai media hubungan pembelajaran jangka panjang yang didasarkan pada rasa hormat, kejujuran, kepercayaan, dan tujuan bersama. Pendampingan secara umum berfokus pada empat bidang pengembangan jangka panjang, yakni: Pengembangan kepemimpinan; Pengembangan profesional ; Pengembangan karir ; Pengembangan pribadi (Rizky, 2023).

Mentor ialah orang yang berpengalaman, terpercaya, tertarik dan bersedia memberikan bimbingan dalam hal kepemimpinan, karier, profesional , dan pengembangan pribadi. Seorang mentor memotivasi, mendorong, dan mendukung *mentee* dengan kemampuan terbaiknya. Mentor memberdayakan pesertanya untuk menemukan jawaban dengan berbagi pengetahuan dan pengalaman dengan mereka. Seorang yang didampingi (atau rekanan, anak didik, peserta magang) biasanya digambarkan sebagai individu yang lebih junior dengan sedikit pengalaman yang memiliki motivasi tinggi untuk belajar, berkembang, dan tumbuh secara profesional. Seorang yang didampingi mencari dan menerima umpan balik serta menyambut tantangan baru dan tanggung jawab baru. *Coaching* ialah hubungan jangka pendek di mana satu orang (*coach*) fokus pada pengembangan dan peningkatan kinerja, keterampilan, efektivitas, dan potensi orang lain (*coachee*). Seorang coach

lebih fokus pada pekerjaan dalam mengarahkan seseorang untuk mencapai hasil akhir tertentu (Lagacé-Roy, 2007).

“...The terms mentoring and coaching have come to be used interchangeably and the meanings are often confused. Whatever developmental tool used (be it mentoring or coaching), it is important to understand the unique mentee needs and the suitable action to be taken.” (Lagacé-Roy, 2007)

The chart below highlights some of the major distinctions between mentoring and coaching (Lagacé-Roy, 2007)

MENTORING	COACHING
Long-term relationship usually lasting for a few years to several years.	Short-term relationship lasting until the individual acquires the skills and behaviours sought out.
Mentoring is an integral part of leadership.	Coaching is an integral part of mentoring.
Holistic: Focused on empowering the individual to build insights, self-awareness and unique ways of handling issues.	Focused on helping the individual develop specific skills or behaviours.
Mentors provide guidance in terms of leadership, career, professional and personal development.	Coaches observe the individual doing a specific task and provide objective feedback and encouragement.
<i>Mentors are sought when individuals:</i> Are keen to increase the pace of their learning; Recognize the need for constructive challenges; Want to build and follow through personal learning plans; Want to explore a wide range of issues as they emerge and become important.	<i>Coaches are sought when individuals:</i> Are concerned about some aspect of their performance; Want to make some specific changes in behaviour; Want to acquire some specific skills.

Gambar 2.8. Perbedaan Antara Mentoring dan Coaching (Lagacé-Roy, 2007)

2. Mekanisme Mentoring

Menurut Lagace (2007) menjelaskan tentang hubungan dalam pendampingan antara mentor dengan *mentee* dalam sebuah kegiatan mentoring ialah menjadi kunci keberhasilan sebuah mentoring dengan output sesuai yang diharapkan. Jenis hubungan mentoring tergantung kepada kebutuhan dan tujuan yang ingin dicapai oleh pihak – pihak yang terlibat dan berperan dalam kegiatan mentoring.

“How a mentor and a mentee develop a mentoring relationship is a key aspect of mentoring. This initial phase will determine how the relationship will evolve and which functions (e.g., teacher, guide...) the mentor will undertake. The more suitable type of mentoring relationship depends on the needs and goals to achieve by the parties involved.....” (Lagacé-Roy, 2007)

<p>FORMAL MENTORING</p>	<p>Formal mentoring is a structured and managed relationship usually based on organizational needs and goals. There is a formal mentoring program coordinator and funds are allocated. There are some pressures to participate. Mentors and mentees are paired based on compatibility and competencies required for development. Mentoring training is usually provided for both parties. The mentee, mentor and the organization alike all benefit directly from this type of relationship. The outcomes are measured to ensure efficiency of the program and continued funding.</p>
<p>SEMI-FORMAL MENTORING</p>	<p>Semi-formal mentoring includes many of the attributes of a formal program with the exception of matching mentors and mentees. It is more flexible but available to all personnel as part of the organization's developmental programs. There may be a program coordinator assigned and there may be funding.</p>
<p>INFORMAL MENTORING</p>	<p>Informal mentoring happens spontaneously, <i>ad hoc</i>. There is a self-selection process between a person who believes in someone's potential, and an individual who views someone as a role model. The organization benefits indirectly.</p>

Gambar 2.9. Tipe Hubungan Kegiatan Mentoring (Lagacé-Roy, 2007)

3. Proses Mentoring

Mentoring sebagai sebuah proses pendampingan yang memiliki hubungan antara mentor dan *mentee*, dalam proses pendampingan dan bimbingan melalui tahapan tahapan yaitu sebagai berikut : (Lagacé-Roy, 2007)

a. *Initiation* / Inisiasi

Pada proses ini adalah adanya penentuan tujuan, sasaran, proses dan waktu yang diperlukan.

b. *Cultivation* / Penanaman

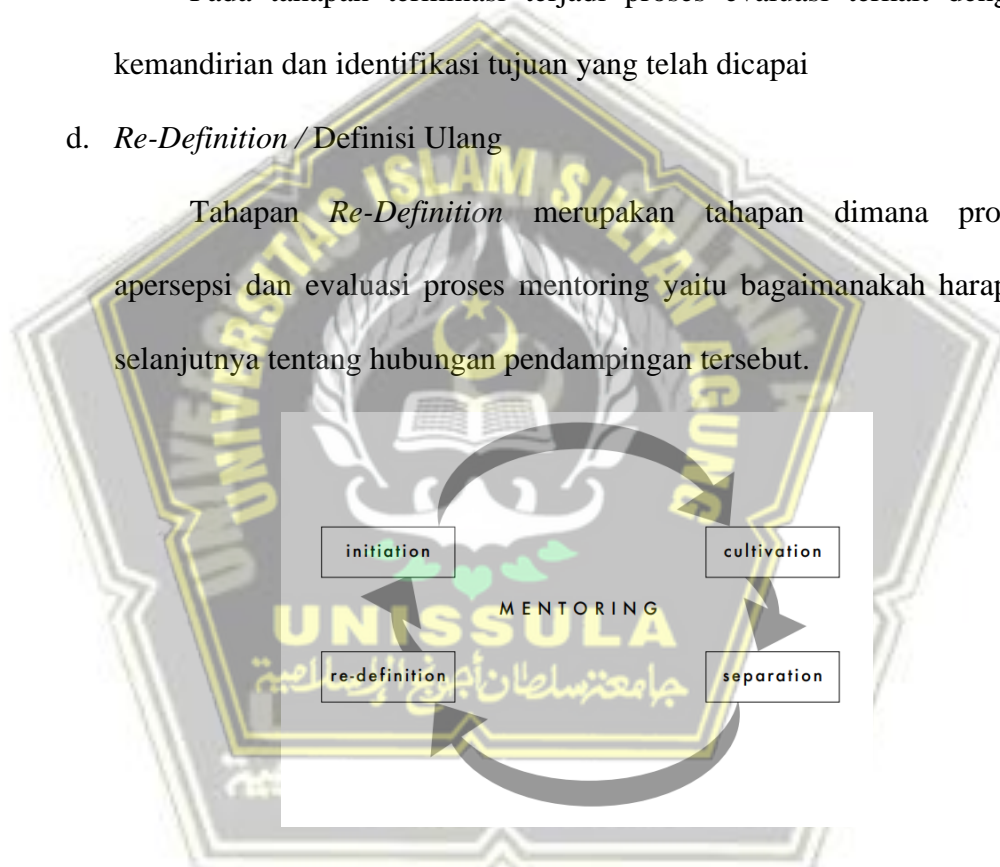
Hubungan antara Mentor dengan *mentee* mulai terbentuk pada tahapan ini dan merupakan proses yang sebenarnya secara definisi mentoring.

c. *Separation* / Terminasi

Pada tahapan terminasi terjadi proses evaluasi terkait dengan kemandirian dan identifikasi tujuan yang telah dicapai

d. *Re-Definition* / Definisi Ulang

Tahapan *Re-Definition* merupakan tahapan dimana proses persepsi dan evaluasi proses mentoring yaitu bagaimanakah harapan selanjutnya tentang hubungan pendampingan tersebut.



Gambar 2.10. Konseptual Mentoring (Kram,Kathy :2007)

C. Konsep Teori Tentang Pengetahuan

1. Pengertian Pengetahuan

Definisikan pengetahuan adalah sebagai pemahaman atau informasi tentang suatu subjek yang diperoleh melalui studi atau pengalaman dan secara umum diketahui oleh satu orang atau orang lain (Swarjana, 2022).

“Understanding of or information about a subject that you get by experience or study, either known by one person or by people generally” (Cambridge, 2020).

Notoatmodjo (2018) menjelaskan bahwa pengetahuan ialah hasil dari mengetahui, yang terjadi setelah orang merasakan suatu hal tertentu. Pengetahuan ialah hasil dari mengingat kembali pengalaman, baik yang disengaja maupun tidak, setelah mengamati suatu hal yang dapat memiliki peran penting dalam membentuk perilaku individu. Pendidikan, instruksi, seminar, dan pelatihan merupakan sumber pengetahuan, dan kebenaran pengalaman tersebut telah ditetapkan. Menurut wawancara responden, pengetahuan mereka diperoleh melalui gelar sarjana mereka serta melalui pelatihan atau pengalaman yang mereka terima saat bekerja sebagai perawat. Akibatnya, perilaku perawat akan dipengaruhi oleh tingkat keahlian mereka. Pengetahuan berawal dari rasa ingin tahu seseorang terhadap suatu objek dan penggunaan inderanya (Hidayat, 2018) .

Karena setiap orang memiliki persepsi yang berbeda terhadap suatu hal, maka setiap orang memiliki pengetahuan yang beragam, tingkatan pengetahuan dalam ranah pengetahuan/kognitif yang dijelaskan oleh Taksonomi Bloom. Tingkatan-tingkatan tersebut ialah sebagai berikut : (Sudarma, 2021) .

a. Tahu (*Know*)

Pengetahuan yang paling rendah ini hanya dapat mengingat kembali konsep-konsep yang telah diajarkan sebelumnya seperti mendefinisikan, mengungkapkan, mencatat, dan mendeskripsikan.

b. Memahami (*Comprehension*)

Pada tahap ini, pengetahuan digunakan sebagai keterampilan untuk menjelaskan sesuatu atau objek secara akurat. Seseorang memiliki kemampuan untuk memahami, menjelaskan, dan menarik kesimpulan tentang objek atau konsep yang telah dipahami sebelumnya.

c. Aplikasi (*Application*)

Setelah sebelumnya dipahami dan dijadikan materi, objek kemudian digunakan atau diimplementasikan dalam kehidupan nyata.

d. Analisis (*Analysis*)

Menyusun dan menyusun suatu objek menjadi komponen-komponen yang dapat dideskripsikan, dikontraskan, atau dibedakan dan saling terhubung.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Menyusun dan memindahkan elemen-elemen pengetahuan ke dalam suatu pola yang baru dan menyeluruh.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan proses perencanaan, pengumpulan, dan penyediaan data untuk menghasilkan keputusan alternatif.

2. Pengukuran Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2018) Kuisisioner yang menanyakan kepada subjek penelitian atau responden tentang materi yang akan diukur atau wawancara merupakan dua metode pengukuran pengetahuan (Hidayat, 2018).

Menurut Arikunto, (2016) menjelaskan bahwa pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yakni:

- 1) Baik: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 76% - 100% dari seluruh pertanyaan
- 2) Cukup: Bila subyek mampu menjawab dengan benar 56% - 75% dari seluruh pertanyaan
- 3) Kurang: Bila subyek mampu menjawab dengan benar \leq 55% dari seluruh pertanyaan"

Pada penelitian tentang pengetahuan dikenal dengan *Bloom's Cut off Point*. Bloom membagi tingkatan pengetahuan menjadi tiga yakni Pengetahuan baik (*good knowledge*), Pengetahuan cukup /sedang (*Fair/moderate knowledge*) dan pengetahuan kurang (*poor knowledge*) dengan klasifikasi ialah sebagai berikut : (Arikunto, 2016)

- a. Pengetahuan baik jika skor 80 – 100%
- b. Pengetahuan cukup jika skor 60 79 %
- c. Pengetahuan rendah jika skor dibawah 60%

3. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang ialah terdiri dari faktor internal yakni usia dan jenis kelamin serta faktor eksternal meliputi pendidikan , pekerjaan , pengalaman , minat , sumber informasi , lingkungan dan sosial budaya , faktor yang lain yaitu ingatan , kecurigaan, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran , logika , Bahasa dan kebutuhan manusia (Darsini et al., 2019; Rachmawati C, 2019).

D. Teori Perubahan Perilaku

Perilaku manusia didefinisikan sebagai setiap aktivitas individu yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung, dalam bukunya Rachmawati (2019) menjelaskan terkait perilaku dapat didefinisikan sebagai reaksi seseorang terhadap rangsangan dari luar oleh karena itu, perilaku dapat dibagi menjadi dua kategori yaitu perilaku terbuka dan perilaku tertutup.

Menurut Lawrence Green (1980), ada tiga jenis elemen yang mempengaruhi dan menentukan perilaku individu: pengaruh predisposisi, pendorong, dan penguat. Variabel yang berperan meliputi informasi, sikap, keyakinan, nilai, norma sosial, budaya, dan elemen sosio demografi lainnya yang dapat membantu membentuk perilaku. Lingkungan fisik, fasilitas medis, dan sumber daya merupakan contoh kekuatan pendorong yang memungkinkan perubahan perilaku individu. Variabel penguat ialah variabel yang, melalui penghargaan, dapat meningkatkan sikap dan tindakan orang, profesional kesehatan, pemimpin masyarakat, dan organisasi. Berikut ini ialah rumusan teori Lawrence: (Rachmawati C, 2019).

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Keterangan :

B = Behavior

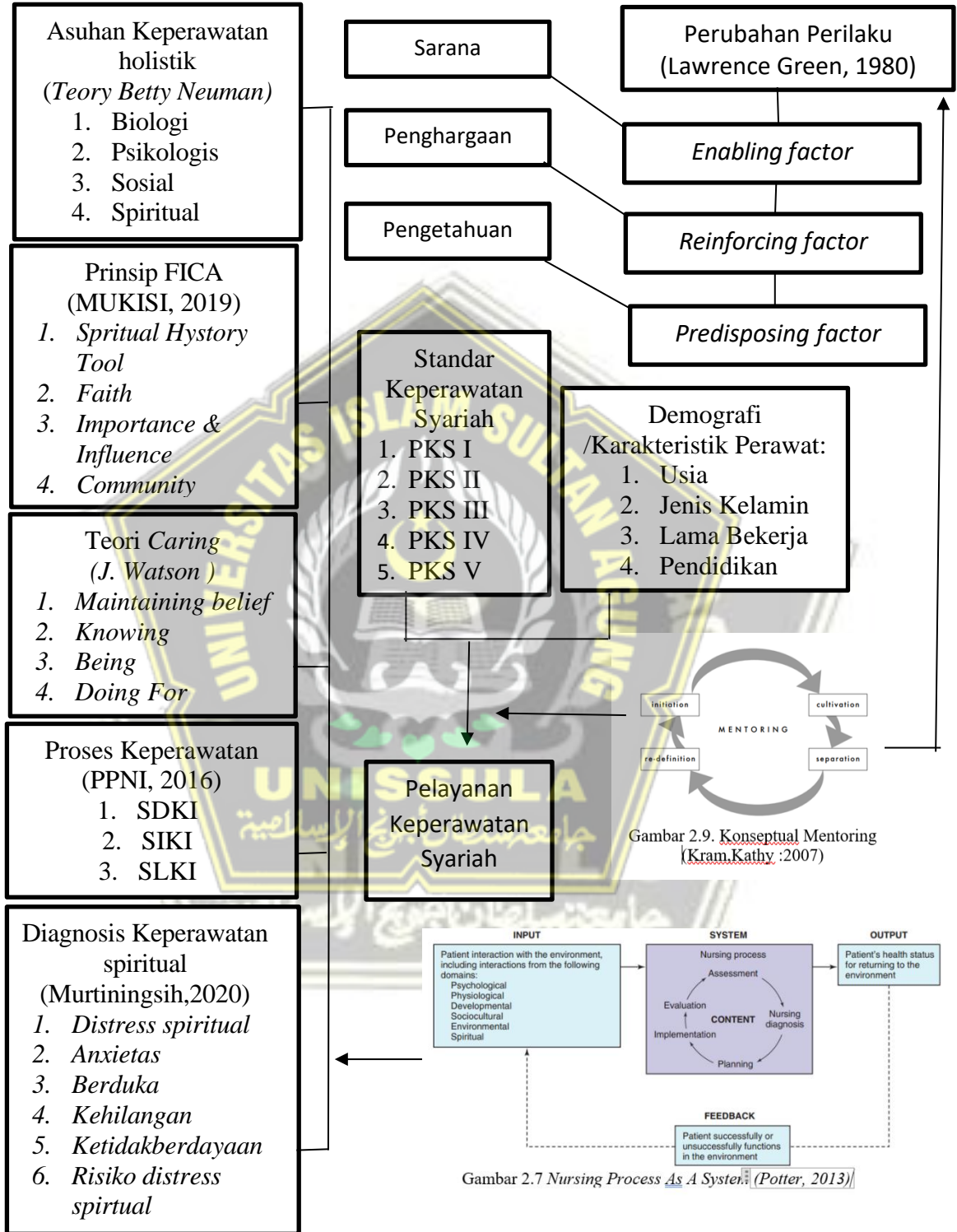
F = Fungsi

PF = Predisposing Factors (Faktor Predisposisi)

EF = Enabling Factors (Faktor Pendorong)

RF = Reinforcing Factors (Faktor Penguat)

E. Kerangka Teori



Bagan 2.1. Kerangka Teori Penelitian Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual

F. Hipotesis

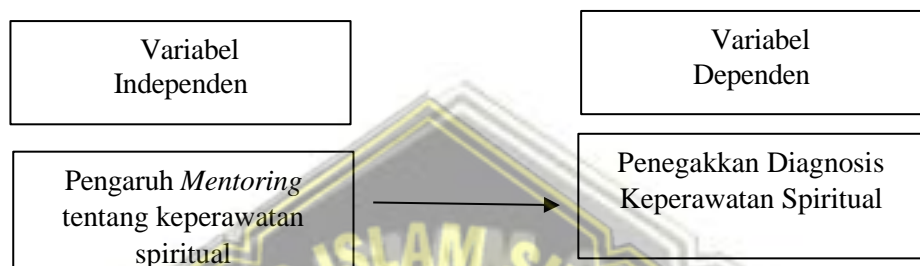
1. H_a : Ada Pengaruh Antara Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Dengan Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual Di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat
2. H_0 : Tidak Ada Pengaruh Antara Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Dengan Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual Di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh *Mentoring* Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual

B. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku atau ciri yang memberikan nilai yang berbeda terhadap sesuatu seperti benda, manusia dan lain – lain, dalam penelitian ini ialah memiliki 2 variabel yakni variabel digambarkan sebagai derajat, jumlah dan perbedaan (Nursalam, 2020).

Berdasarkan sifatnya variabel dapat dikategorikan kepada variabel yang kontinu yaitu variabel yang dapat ditentukan nilainya dengan jarak seperti berat badan, tinggi badan. Variabel lain yaitu variabel deskriptif (kategori) yaitu nilai variabel tidak dapat dinilai dengan angka/ pecahan seperti variabel pendidikan, jenis kelamin, status perkawinan (Arikunto, 2016; Jasmin et al).

Hidayat (2018) memaparkan tentang variabel yang menurut FN Kerlinger yang dikutip Suharsimi Arikunto (2010) bahwa variabel adalah sebuah konsep yang diklasifikasikan menjadi yang bersifat kualitatif dan kuantitatif, kategori variabel yang lain adalah sebagai berikut :(Hidayat, 2018; Nursalam, 2020)

1. Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel yang menjadi penyebab perubahan, lebih sering disebut sebagai variabel bebas yang berarti tidak terikat dalam mempengaruhi variabel yang lain, dapat disebut juga adalah sebagai variabel yang menyebabkan variabel dependen muncul. Variabel independen pada penelitian ini adalah Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual .

2. Variabel Dependen

Variabel dependen atau variabel tidak bebas / terikat dengan maknanya variabel yang dipengaruhi, atau adalah variabel yang menjadi akibat dari variabel dependen. Variabel dependen pada penelitian ini adalah Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual.

C. Jenis dan Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2020) dalam bukunya menjelaskan bahwa penelitian eksperimen adalah suatu bentuk rancangan penelitian dengan mencari sebab akibat, rancangan penelitian eksperimen terdiri dari *Pre Experiment*, eksperimen semu / *Quasie Experiment* dan *True Experiment*.

Metodologi penelitian kuantitatif dengan desain penelitian yang digunakan ialah penelitian eksperimen dengan rancangan *causal* yang bertujuan untuk menguji pengaruh variable independen terhadap variable *dependen*, jenis yang dipergunakan ialah *pre experiment* yakni desain penelitian dengan kelompok eksperimen tanpa kelompok kontrol dengan mengikuti sertakan kelompok eksperimen untuk *pre test* kemudian diberikan intervensi/*threatment* pada kelompok eksperimen, kemudian dilakukan pengujian akhir berupa *post test*.

Tabel 3.1 Rancangan *Pre-experiment one group Pre Test & Post Test Design*

Mentor /Peneliti	<i>Pre Test</i>	Intervensi (I)	<i>Post test</i>
Responden	<i>O1- A</i>	X	<i>O1- B</i>

Keterangan :

I : Intervensi *Mentoring* tentang Keperawatan Spiritual

O1-A : Penilaian *Pre test* pada Responden

O1-B : Penilaian *Post Test* pada Responden

Jenis penelitian Pengaruh *Mentoring* Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat adalah jenis penelitian Kuantitatif dengan desain penelitiannya adalah *Pre Experiment one group Pre And Post Design*.

D. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian ialah perawat Rumah Sakit Sari Asih Ciputat dengan level jenjang karir ialah Perawat Syariah II dan Perawat Syariah

III yang telah mendapat pelatihan atau *mandatory Training* tentang Pelayanan Rumah Sakit Syariah serta telah mengikuti proses kredensial syariah dengan level sebagai Perawat Syariah II dan Perawat Syariah III. Jumlah perawat/responden dengan level Perawat Syariah adalah sebanyak 72 orang / responden.

Tabel 3.2. Distribusi Jumlah Perawat Syariah PK II & PK III

Ruangan / Level	Perawat Syariah II	Perawat Syariah III	<i>Mandatory Training</i>
RPU Lantai 5	3 orang	3 orang	Sudah
RPU Lantai 4	4 orang	3 orang	Sudah
RPU Basemen	3 orang	1 orang	Sudah
RPA Lantai 4	2 orang	1 orang	Sudah
Kebidanan	1 orang	6 orang	Sudah
ICU	4 orang	12 orang	Sudah
HD	4 orang	3 orang	Sudah
IGD	4 orang	6 orang	Sudah
Poliklinik	5 orang	7 orang	Sudah
Sub Total	30 orang	42 orang	
Total	72 orang		

Sumber : Komite Keperawatan RS Sari Asih Ciputat Desember 2025

2. Sampel

Sampel penelitian dikategorikan didasarkan kepada kriteria inklusi dan eksklusi yang diperlukan dalam upaya mengendalikan variabel penelitian yang tidak diteliti, kriteria tersebut ialah sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Menjelaskan bahwa kriteria inklusi ialah karakteristik yang umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diperlakukan sebagai subjek penelitian dengan pertimbangan ilmiah . Kriteria inklusi pada penelitian ini ialah sebagai berikut :

- 1) Responden beragama Islam
- 2) Responden kooperatif selama penelitian

b. Kriteria Ekslusi

- 1) Responden dalam kondisi sakit
- 2) Responden dalam kondisi cuti
- 3) Responden belum mengikuti *mandatory training*
- 4) Responden tidak dapat melanjutkan penelitian karena beberapa pertimbangan seperti harus menjalani tugas luar

3. Penentuan Besaran Sampel

Penentuan besaran sampel yang sesuai ialah kunci utama dalam proses pengumpulan data, elemen penting yang harus dipertimbangkan oleh peneliti dalam menentukan populasi dan sampel yakni ukuran populasi, populasi target/sasaran, jumlah sampel dan metoda pengambilan sampel (Wardhana & Iba, 2023).

Rumus Slovin adalah dibawah ini :

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Keterangan :

n = Besar Sampel / *Sample Size*

N = Besar Populasi

e^2 = Batas *error* (1%;5%;10%)

$$n = \frac{76}{1 + (76 \times 0,0025)}$$

$$n = 64$$

Besaran sampel yang diperlukan dengan batas *error* yang dipakai adalah 5% (0,05) dan diperoleh sampel akhir adalah 64 responden ditambah dengan faktor drop out 10% dari 64 responden menjadi 70,4 disetarakan dengan 70 responden. Tehnik sampling pada penelitian ini adalah *Probabilitiy* dengan *Total sampling* yang bermakna seluruh responden sebanyak 72 perawat mendapat kesempatan untuk menjadi responden penelitian .

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

Penelitian bertempat di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat beralamat di jalan Otista no 3 Ciputat Kecamatan Ciputat Kota Tangerang Selatan dengan jangka waktu 30 hari dimulai pada tanggal 7 April 2025 sampai dengan tanggal 10 Mei 2025.

F. Definisi Operasional

Tabel 3.3. Definisi operasional penelitian pengaruh mentoring keperawatan spiritual terhadap penengakkan diagnosis keperawatan spiritual

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Instrumen	Kategori	Skala Ukur
Mentoring tentang Keperawatan Spiritual	ialah kegiatan pendampingan perawat sebagai mentee dalam asuhan keperawatan spiritual pasien oleh mentor	Lembar observasi	Mentee melakukan kegiatan sesuai dengan lembar observasi 1. Tidak 2. Ya	Nominal

Lanjutan

Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Instrumen	Kategori	Skala Ukur
Penegakkan diagnosis Keperawatan spiritual	ialah kemampuan perawat terkait keperawatan spiritual yakni menegakkan diagnosis keperawatan spiritual (distress spiritual, Ansietas, Berduka, Risiko distress spiritual, Kehilangan) yang ditunjukkan pada saat observasi	Lembar observasi sikap perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan	Responden /menegakkan diagnosis keperawatan spiritual berdasarkan nilai dari 1 - 20 (75% dari hasil perbandingan nilai mean dengan skor maksimal disetarakan dengan optimal) 1. Tidak optimal ($\leq 74\%$) 2. Optimal ($\geq 75\%$)	Nominal
Variabel Karakteristik Usia	Umur hidup responden , sejak lahir sampai dengan saat penelitian dalam ukuran tahun	Kuisisioner Pertanyaan demografi nomor 2	1. < 25 tahun 2. ≥ 25 tahun	ordinal
Jenis Kelamin	Identitas kelahiran responden yang kemudian menjadi ciri <i>gender</i> yaitu laki – laki atau perempuan	Kuisisioner pertanyaan no 3	1 = Laki – laki 2 = Perempuan	Nominal
Pendidikan	Jawaban responden terhadap isian data tentang jenis pendidikan formal keperawatan yang telah dicapai	Kuisisioner Pertanyaan demografi nomor 4	1 = Sedang (D III) 2 = Tinggi (S1/ Ners)	Ordinal
Lama bekerja	Masa bekerja sebagai perawat terhitung sejak pertama kali bekerja di RS Sari Asih Ciputat (tahun)	Kuisisioner Pertanyaan demografi nomor 5	1 = ≥ 3 thn – 6 thn 2 = ≥ 6 thn	Ordinal

Sumber : Murtiningsih (2020) diolah kembali

G. Instrumen / Alat Pengumpul Data

1. Penyusunan Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini adalah soal tes, instrumen lain yaitu lembar observasi . Instrumen tersebut merupakan paparan dari variabel yang

tercantum dalam tujuan penelitian dan hipotesis (Arikunto, 2016).

a. Instrumen Pengetahuan Soal *Pre* dan *Post Test*

Soal *Pre* dan *Post test* pilihan adalah untuk menilai kemampuan *Knowledge/kognitif* responden sebelum dan setelah dilakukan kegiatan mentoring tentang keperawatan spiritual dalam konsep pelayanan rumah sakit syariah disusun dari teori-teori dari literatur yang mendukung konsep penelitian ini. Teori tentang spiritualitas dan konsep dasar keperawatan spiritual serta konsep pelayanan rumah sakit syariah adalah sebagai konsep dasar dari penyusunan soal tes pada penelitian yang berjumlah 15 soal *multiple choice*, kisi – kisi soal tersebut adalah sebagai berikut :

Tabel 3.4. Instrumen Penelitian Pengetahuan Soal *Pre* dan *Post Test*

No	Sub Teori	Pertanyaan	Jumlah
1.	Konsep Spiritualitas	1,2,4,5,6	5
2.	Konsep Keperawatan Spiritual	3,7,8,9,10,11,12,13, 14, 15	10

Sumber : Data Primer ,2025

b. Observasi

Lembar observasi yang berkaitan dengan penerapan asuhan keperawatan spiritual, dimulai dengan penilaian untuk menetapkan diagnosis keperawatan spiritual, digunakan sebagai alat observasi dalam observasi partisipatif, yakni jenis observasi di mana peneliti berpartisipasi aktif dalam aktivitas harian responden atau sumber data (Sugiyono, 2013).

Pada penelitian ini lembar observasi penegakkan diagnosis keperawatan spiritual dipergunakan untuk menilai psikomotor responden dalam melakukan pengkajian keperawatan spiritual hingga perumusan diagnosis keperawatan spiritual dengan tindak lanjut pengisian di Rekam Medis pasien. Lembar observasi berisi 10 pernyataan terkait kegiatan yang dilakukan oleh perawat selama melakukan asuhan keperawatan dengan pengukuran dengan skala nominal Ya diberi nilai 2 dan pernyataan Tidak diberi nilai 1 dengan skor tertinggi adalah 20, kisi-kisi pernyataan dalam instrumen lembar observasi adalah sebagai berikut:

Tabel 3.5. Instrumen Penelitian Lembar Observasi Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual

No	Pernyataan / Kegiatan	Pertanyaan	Jumlah
1.	Pengkajian Keperawatan	2	1
2.	Diagnosis Keperawatan Spiritual	1,3,4,5,6,7,8,9,	8
3.	Dokumentasi Keperawatan	10	1

Sumber : Data Primer 2025

Instrumen penelitian lembar observasi yang lain adalah obsevasi terkait proses mentoring / pendampingan responden oleh peneliti selama 30 hari, lembar observasi berisi pernyataan ya atau tidak untuk keempat proses yaitu *initiation*, *cultivation*, terminasi dan *re definition*

Tabel 3.6. Instrumen Penelitian Lembar Observasi Mentoring

No	Proses Mentoring	Pernyataan Ya	Pernyataan Tidak
1.	<i>initiation</i>		
2.	<i>cultivation</i>		
3.	Terminasi		
4.	<i>Re-definition</i>		

Sumber : Data Primer, 2025

c. Kuisisioner

Kuisisioner dipergunakan sebagai instrumen untuk mengumpulkan data terkait karakteristik responden yakni berisi Usia responden, jenis kelamin, pendidikan dan lama bekerja responden sebagai perawat di RS Sari Asih Ciputat.

2. Uji Validitas dan Reliabilitas Penelitian

a. Uji Validitas

Uji Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur adalah mengukur suatu data yang diukur, sementara yang dimaksud dengan uji reliabilitas adalah indeks yang menggambarkan sejauh mana suatu pengukur dapat diandalkan yang maknanya bahwa hasil pengukuran tetap konsisten atau stabil bila dilakukan pengukuran selanjutnya dengan menggunakan alat ukur yang sama (Arikunto, 2016).

Menurut Wardhana (2021) menjelaskan bahwa uji validitas merupakan tahapan yang penting dalam sebuah penelitian dimana instrumen yang dipergunakan adalah akurat dan dan valid. Beberapa metode uji validitas dipaparkan dan diantaranya adalah metode uji validitas konvergen (*Convergent Validity*) dengan rumus yang paling sering digunakan adalah rumus koefisien korelasi atau korelasi item dengan skor total dan dikenal dengan rumus koefisien korelasi *Person*, adapun rumus tersebut adalah sebagai berikut :

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

Pada rumus tersebut :

r = Koefisien korelasi Pearson antara variabel X dan Y

\bar{x} = Rerata / *mean* dari variabel x

\bar{y} = Rerata (*mean*) dari variabel y

n = Jumlah responden

Nilai – nilai antara 0 hingga + 1 menunjukkan hubungan positif

Nilai-nilai antara 0 hingga -1 menunjukkan hubungan negatif

Semakin dekat r ke +1 atau -1 adalah semakin kuat hubungannya dan semakin mendekati ke 0 semakin lemah hubungannya

Menurut Hidayat (2017) menjelaskan setelah pengukuran dengan rumus *Pearson* kemudian dilanjutkan dengan pengujian dengan rumus Uji t, dengan rumus sebagai berikut :

$$t = \frac{r \sqrt{(n - 2)}}{\sqrt{(1 - r^2)}}$$

Keterangan :

t = nilai t hitung

r = koefisien korelasi hasil r hitung

n = jumlah Responden

Untuk tabel $t \alpha = 0,05$, jika nilai $t_{hitung} > t$ tabel berarti valid dan demikian sebaliknya nilai $t_{hitung} < t$ tabel maka hasilnya

adalah tidak valid. Uji validitas dan realibilitas penelitian ini dilakukan di RS Sari Asih Cabang Ciledug dengan jumlah responden yang diperlukan adalah 30% total responden sehingga 30% dari 76 responden yaitu 25 orang responden dengan kriteria yang sama yaitu Perawat dengan level PKS II . Uji validitas menghasilkan 13 soal dari 15 soal adalah valid dengan $R_{tabel} > 309$ dengan $\alpha = 5\%$.

b. Uji Reliabilitas

Wardhana (2021) menyatakan bahwa uji reliabilitas adalah pengukuran instrumen sejauh mana dapat memperoleh hasil yang sama jika digunakan secara berulang pada populasi penelitian yang lain yang sama . Beberapa metode yang digunakan untuk pengujian realibilitas instrumen yang diantaranya adalah dengan rumus *Cronbach's Alpha* sebagai berikut :

$$r_t = \frac{k}{(k-1)} \left\{ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right\}$$

Keterangan :

r_t = Koefisien reliabilitas tes

k = Jumlah item pernyataan

S_t^2 = varians skor total

$\sum S_i^2$ = varians skor butir pertanyaan

Perhitungan uji reliabilitas diterima jika hasil r_{hitung} adalah lebih dari r_{table} sebanyak 5%. Uji reliabilitas pada penelitian ini adalah

dengan memanfaatkan aplikasi dan teknologi IBM *Statistic SPSS 29*. Tabel berikut adalah indeks korelasi (r) jika instrumen penelitian valid, pengujian reliabilitas menghasilkan angka 0.809 yang menunjukkan bahwa instrumen reliabel dan dapat dipergunakan untuk penelitian.

Tabel 3.7. Indeks Korelasi Validitas Instrumen Penelitian Menurut Cronbach's Alpha

Nilai	Interpretasi Korelasi
0,800 – 1,000	Sangat tinggi
0,600 – 0,799	Tinggi
0,400 – 0,599	Cukup Tinggi
0,200 – 0,399	Rendah
0,000 – 0,199	Sangat Rendah (tidak valid)

Sumber : Hidayat (2017)

H. Metode Pengumpulan Data

Untuk mengukur nilai variabel penelitian, pengumpulan data merupakan langkah penting dalam kegiatan ini. Tahap persiapan dan tahap pelaksanaan ialah dua fase yang menjadi dasar langkah-langkah dalam proses pengumpulan data. Sebelum memulai pengumpulan data, ada sejumlah aspek yang perlu dipersiapkan, termasuk komponen administratif, teknologi, dan konseptual, dalam penelitian kuantitatif sumber data primer digunakan untuk mengumpulkan data dalam lingkungan atau konteks alamiah. Berikut ini ialah langkah-langkah yang digunakan dalam penelitian ini:

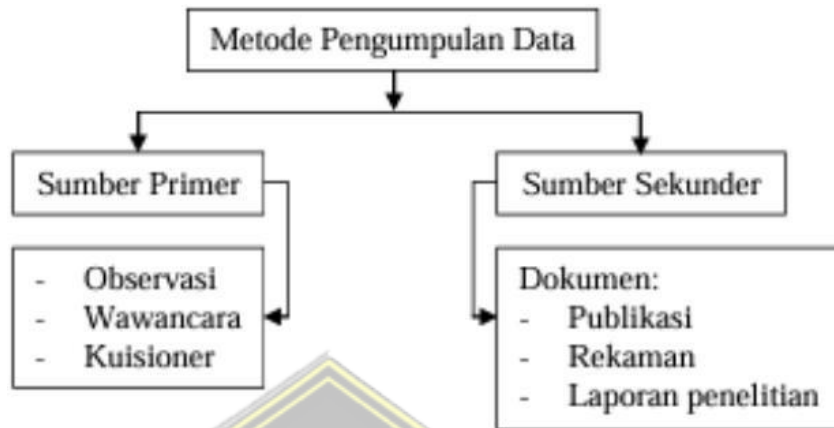
1. Tahap Persiapan Pengumpulan Data

Pada tahap ini peneliti melakukan identifikasi variabel yang akan diukur, penentuan instrumen yang akan digunakan serta identifikasi

sumber dan jenis data. Persiapan administratif dipersiapkan oleh peneliti sebelum memulai proses pengumpulan data yakni dengan mengajukan ijin penelitian ke pihak rumah sakit tempat penelitian dilakukan . Rincian kegiatan pada tahap persiapan adalah sebagai berikut :

- a. Prosedur administrasi penelitian secara Etik dan Legal yang diuji oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dengan hasil bahwa Penelitian adalah Lolos Uji Etik dengan nomor surat 132/A.1-KEPK/FIK-SA/II/2025
- b. Prosedur administrasi perijinan uji validitas dan reliabilitas penelitian dari FIK Universitas Islam Sultan Agung dengan nomor surat 91/F.S2/FIK-SA/I/2025 disampaikan kepada Manajemen Rumah Sakit Sari Asih Ciledug , uji validitas dan reliabilitas diselenggarakan pada tanggal 12 Februari 2025 berdasarkan surat nomor 066/DIR/RSSAC/II/2025 sebagai jawaban permohonan ijin uji validitas.
- c. Prosedur administrasi perijinan penelitian dari FIK Universitas Islam Sultan Agung dengan surat permohonan ijin penelitian nomor 92/F.S2/FIK-SA/I/2025 disampaikan kepada Manajemen Rumah Sakit Sari Asih Ciputat tempat penelitian diselenggarakan dengan surat nomor 020/RSSA_CPT/EXT/DIR/II/2025 sebagai jawaban atas permohonan tersebut.

2. Tahap Pelaksanaan



Bagan 3.3. Metoda Pengumpulan Data Penelitian (Arikunto, 2016)

Metode pengumpulan data pada penelitian ini mempergunakan observasi berperan serta (*participation observation*), pengisian soal test tertulis (*Pre Test dan Post Test*) tentang pengetahuan keperawatan spiritual dan pengisian kuisisioner terkait karakteristik responden. Penelusuran data secara administratif terkait jenjang karir perawat dan level perawat syariah sebagai hasil kredensialing syariah, data diperoleh dari bagian Sumber Daya Manusia dan Komite keperawatan syariah Rumah Sakit Sari Asih Ciputat sebagai data sekunder. Uraian kegiatan pada tahapan pelaksanaan penelitian adalah sebagai berikut :

a. Sosialisasi Tentang Penelitian

Kegiatan sosialisasi diselenggarakan pada tanggal 25 Februari 2025 bertempat di Auditorium Mesjid Baiturrahman RS Sari Asih Ciputat yang dihadiri oleh 76 orang Perawat dengan level PK II dan PK III yang telah mengikuti *Mandatory Training* tentang Pelayanan Keperawatan Syariah. Materi inti sosialisasi tersebut adalah

pemaparan maksud, tujuan dan manfaat penelitian , serta segala kegiatan yang berkaitan dengan intervensi yang dilakukan termasuk jadwal kegiatan , etika penelitian dan persetujuan / *inform consent* dari perawat sebagai responden penelitian .

b. Pelaksanaan *Pre Test*

Kegiatan *Pre Test* diselenggarakan pada tanggal 13 Maret 2025 dengan menggunakan metoda digital berupa *Google Form* melalui link <https://forms.gle/7qCbhFJFJmHG5sdh7> . Soal - soal berupa pilihan ganda yang telah melalui proses uji validitas dan reliabilitas dengan hasil berjumlah 13 soal dari 15 soal adalah valid sehingga total skor tertinggi adalah 52 dari total skor awal 60.

c. Pelaksanaan Intervensi / Pendampingan /Mentoring

Intervensi penelitian diselenggarakan selama 30 hari yaitu berupa kegiatan pendampingan oleh Peneliti dan dibantu oleh Kepala Ruangan , pendampingan diberikan pada saat perawat / responden menerima pasien baru di area pelayanan keperawatan yang dimulai dengan pengkajian / *asesmen* awal sampai dengan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual dan mendokumentasikannya dalam *ERM* dan pada lembar asesmen awal spiritual . Instrumen yang dipergunakan adalah lembar observasi , target pencapaian adalah setiap responden mendapatkan pendampingan sebanyak 3 kali selama bekerja sesuai dengan jadwal dinas pada shift pagi dan shift sore .

Tabel 3.8. Distribusi Frekuensi Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual (N=72)

Variabel	Kategori	Sesi 1	Sesi 2	Sesi 3	Total
Mentoring Keperawatan Spiritual	Ya	72	72	72	100%
	Tidak	0	0	0	0

Sumber : Data Primer , 2025

d. Pelaksanaan *Post Test*

Setelah mendapat pendampingan , responden mengisi soal – soal *Post Test* secara digital melalui *Google Form* pada link <https://forms.gle/cbwSewebRuzct9SS7> . Soal - soal berupa pilihan ganda yang telah melalui proses uji validitas dan reliabilitas dengan hasil berjumlah 13 soal dari 15 soal adalah valid sehingga total skor tertinggi adalah 52 dari total skor awal 60, *Post test* diselenggarakan pada tanggal 17 Mei 2025.

3. Tahap Pengolahan Data

Pada tahap pengolahan data ini meliputi kegiatan *Editing*, *Coding*, *Processing* dan *Cleaning* . Kegiatan dilaksanakan pada tanggal bulan Februari 2025 setelah uji validitas dilakukan , pengolahan data hasil penelitian dilaksanakan selama 4 minggu pada bulan Mei 2025 hingga bulan Juni 2025 .

a. *Editing*

Pengolahan data dilakukan bertahap dimulai dari data yang diperoleh dari hasil uji validitas dan reliabilitas , dengan hasil 13 soal adalah valid dan 2 soal adalah tidak valid setelah dilakukan uji dengan *SPSS 29* , pertanyaan yang dinyatakan tidak valid adalah pertanyaan

nomor 1 dan nomor 11 dengan nilai r kurang dari r Tabel (kurang dari 0.3961) dengan tingkat signifikansi 0.05 . Sehingga format soal yang diberikan kepada responden di RS Sari Asih Ciputat adalah 13 soal dan nomor 1 dan 11 tidak diperhitungkan/dihapus dari daftar soal . Proses *editing* dilakukan setelah data primer diperoleh yaitu memeriksa ulang kelengkapan kuesioner, respons tertulis responden, kejelasannya, relevansi dengan pertanyaan, dan konsistensinya. Hasil *editing* menunjukkan semua kuisisioner dan lembar observasi terisi sesuai dengan jumlah target responden .

b. *Coding*

Proses *coding* adalah mengubah data berbasis huruf menjadi data numerik atau grafik atau pengkodean terhadap data yang sudah melalui proses pengeditan, penulisan kode untuk memudahkan memasukkan data ke dalam komputer dan menganalisis data tersebut. Kode yang dipergunakan adalah berupa angka 1 dan 2 , pada lembar jawaban soal *post test* responden diberikan angka 2 jika jawabannya adalah benar dan nilai 1 diberikan jika jawabannya salah. Pada lembar observasi kegiatan yang dilakukan responden diberikan angka 2 jika kegiatan dilakukan dan angka 1 jika tidak dilakukan .

c. *Processing*

Setelah kuesioner diisi dengan akurat dan lengkap serta berhasil menyelesaikan fase pembuatan kode, data kemudian diproses untuk dievaluasi. Proses entri data dengan cara input data secara sistem ke

dalam perangkat computer melalui microsof excel / tabel dan aplikasi SPSS 29 untuk data yang memerlukan pengujian .

d. *Cleaning*

Kesalahan masih mungkin dapat terjadi saat peneliti memasukkan data ke dalam komputer, *Cleaning* dikenal sebagai proses pembersihan data yaitu proses memeriksa ulang data yang di input sebelumnya, untuk menentukan adakah kesalahan atau memeriksa kembali terkait akurasi data tersebut. Hasil proses *cleaning* menunjukkan bahwa semua data telah bersih dan tidak ditemukan kekeliruan / kesalahan.

I. Analisis Data Penelitian

Proses analisis data penelitian ini bersifat induktif, proses penelitian kuantitatif melibatkan beberapa langkah dari identifikasi permasalahan pengumpulan data dan pengembangan teori. Tahap analisis data pada penelitian ini yakni membahas tentang analisis univariat dan bivariat .

a. Analisis Univariat (Analisis Deskriptif)

Analisis univariat berusaha untuk memvisualisasikan setiap variabel yang sedang diselidiki. Tabel distribusi frekuensi dan persentase digunakan dalam format penyajian data penelitian ini untuk data kategorik, khususnya jenis kelamin perawat dan pendidikan. Usia, lama masa kerja, dan pengetahuan keperawatan spiritual termasuk di antara data numerik yang disajikan. Nilai rata-rata, median, simpangan baku (Standar deviasi), varians

dan nilai minimum-maksimum (modus) dihitung dan disajikan dengan mempergunakan rumus dan atau dengan menggunakan aplikasi *Statistical Package for The Social Sciences SPSS* (Hidayat, 2018).

Pada penelitian Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan, pengujian data statistic yang diperoleh adalah dengan mempergunakan IBM *Statistic SPSS 29*.

b. Analisis Bivariat (Analisis Analitik)

Notoatmojo (2020) mengutarakan tentang analisis bivariat dilakukan untuk 2 variabel yang diperkirakan adanya hubungan atau pengaruh satu sama lain, analisa bivariat dilakukan dengan beberapa tahap yaitu analisis proporsi atau presentase dengan membandingkan distribusi silang antara kedua variabel kemudian analisis dari uji statistik yang akan menghasilkan kesimpulan hubungan atau pengaruh kedua variabel adalah bermakna atau tidak bermakna.

Uji statistik Penelitian Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual adalah data yang diperoleh dari *Pre test* dengan *Post test* jika normal maka mempergunakan *paired t test* dengan penghitungan dampak secara Cohen's d Test dan jika tidak normal maka yang dipergunakan adalah uji *Wilcoxon*, dengan pengukuran dampak / R (*Effect Size*) dengan menghitung nilai statitis Z dari output nilai *Wilcoxon* apabila nilai p value > 0.05 menunjukkan tidak ada pengaruh mentoring tentang keperawatan spiritual terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual, apabila nilai p value

< 0.05 maka ada pengaruh, nilai dampak 0.1 – 0.3 adalah berpengaruh kecil (*Small effect*), nilai 0.3 – 0.5 nilai sedang (*Medium Effect*) dan nilai lebih dari 0.5 sebagai nilai dampak yang besar (*Large Effect*).

J. Etika Penelitian

Penelitian dilaksanakan setelah proses administrasi perijinan termasuk pertimbangan lolos uji secara etik dari komite etik penelitian kesehatan yaitu dari Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Penelitian Pengaruh Mentoring tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual dilakukan dengan memperhatikan prinsip – prinsip etik penelitian.

Menurut Sembiring (2023) terkait prinsip etika penelitian adalah seperangkat nilai dan norma perilaku yang menjadi pedoman bagi peneliti. Pada pelaksanaan kegiatan penelitian, peneliti mempertimbangkan prinsip etik tersebut adalah sebagai berikut :

1. *Beneficence* (prinsip kemanfaatan)

Pada penelitian ini prinsip *beneficence* diterapkan dengan menjamin keamanan dari potensi bahaya dan ketidaknyaman baik secara fisik maupun mental (*benefit ratio*), peneliti menjamin kerahasiaan dan informasi data responden hanya untuk kepentingan penelitian serta identitas pemilik data tidak dicantumkan nama responden atau hanya initial (*anonimity*), Responden berhak bebas memilih jawaban mereka dengan jujur (*privacy*) tanpa pengaruh dari manapun dan peneliti menjamin keterlibatan mereka dalam penelitian tetap rahasia (*confidentiality*), manfaat penelitian

disampaikan yaitu untuk dapat meningkatkan kompetensi responden dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara holistik .

2. *Respect for person* (prinsip menghormati dan menghargai martabat manusia)

Prinsip etik ini diterapkan pada penelitian adalah dengan memberikan penjelasan tentang prosedur , maksud dan tujuan serta manfaat penelitian melalui kegiatan sosialisasi disertai memberikan lembar persetujuan (*inform consent*) yang diselenggarakan pada hari Rabu 12 Februari 2025 di Ruang Rapat Lantai 6 RS Sari Asih Ciledug dan pada hari Selasa 25 Februari 2025 di Auditorium Mesjid Baiturrahmah RS Sari Asih Ciputat. Responden diberikan kebebasan untuk menentukan kesediaannya sebagai responden penelitian responden (*right to self determination*). Responden juga berhak dan bebas untuk menarik diri dari penelitian kapan saja tanpa merasa tertekan untuk menyelesaikan kuesioner.

3. *Justice* (prinsip keadilan)

Responden diberikan kesempatan memberikan *feedback* dan bertanya tentang penelitian yang akan dilakukan , peneliti memperlakukan responden dengan baik secara wajar, adil serta merata. Observasi dan pendampingan oleh peneliti selama penelitian tidak membebani diluar batas tanggung jawabnya sebagai perawat atau tidak ada kecenderungan mengeksploitasi perawat sebagai responden .

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan di RS Sari Asih Ciputat Tangerang Selatan dengan desain penelitian *Quasy Eksperimental Pre dan post test one group* , tujuan penelitian untuk mengetahui pengaruh mentoring atau pendampingan tentang keperawatan spiritual terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual pasien di area klinik keperawatan. Responden penelitian adalah perawat dengan level Perawat Klinik II dan Perawat Klinik III sebanyak 72 perawat (*Total sampling*). Hasil penelitian adalah berupa data hasil analisa univariat dan bivariat , analisa univariat terdiri dari data demografi (usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama bekerja) dan analisis data variabel penelitian (variabel mentoring dan variabel penegakkan diagnosis keperawatan spiritual) sedangkan analisis bivariat adalah analisa pengaruh kedua variabel dengan menganalisis data berpasangan hasil *pre test* dan *post test* melalui uji statistik *Wilcoxon* .

A. Analisis Univariat

Analisis data yang disajikan adalah menggambarkan data karakteristik perawat sebagai responden meliputi usia, jenis kelamin , pendidikan dan lama bekerja sebagai berikut :

Tabel 4.1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia (N=72)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia	< 25 tahun	3	4.17
	> 25 tahun	69	95.83
Jenis Kelamin	Laki-laki	21	29.16
	Perempuan	51	70.84
Pendidikan	Sedang	54	75
	Tinggi	18	25
Lama Bekerja	< 3 tahun	8	5.55
	3 - 6 tahun	21	29.16
	> 6 tahun	43	65.29
Total		72	100

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan tabel di atas diperoleh data responden berjumlah 72 orang dengan hasil analisis berdasarkan usia adalah sebagian besar di atas 25 tahun yaitu sebanyak 69 orang (95.83%) yang bermakna adalah responden berada pada rentang usia yang produktif dan termasuk kategori usia Dewasa awal. Berdasarkan jenis kelamin adalah lebih dari setengahnya merupakan perawat perempuan yaitu sebanyak 51 orang (70.84%) . Data pendidikan responden yang digambarkan dengan skala ordinal yaitu tingkat pendidikan sedang untuk Diploma Keperawatan dan tinggi untuk Ners atau Sarjana Keperawatan. Hasil analisis latar belakang pendidikan, perawat berpendidikan sedang lebih dari setengah dari total responden yaitu sebanyak 54 orang (75%) . Sedangkan Analisis lama bekerja diperoleh kesimpulan bahwa perawat yang telah bekerja lebih dari 6 tahun adalah lebih dari setengah yaitu 65.29% .

Data penegakkan diagnosis keperawatan spiritual pasien diperoleh dengan cara observasi oleh peneliti selama pendampingan kepada responden selama memberikan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahapan pengkajian hingga evaluasi asuhan termasuk penegakkan diagnosis keperawatan spiritual pada pasien baru yang ditemukan masalah spiritual atau yang berisiko mempunyai masalah spiritual. Setelah proses pengumpulan data penegakkan diagnosis keperawatan spiritual sebelum dan sesudah diberikan pendampingan / mentoring kemudian dianalisis dan memberikan gambaran sebagai berikut :

Tabel 4.2. Gambaran Hasil Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual (N=72)

Variabel	Waktu	Kategori	Jumlah (f)	%
Penegakkan Diagnosis Keperawatan	Sebelum Mentoring	Optimal	39	54.2
		Tidak optimal	33	45.8
	Setelah Mentoring	Optimal	60	83.4
		Tidak optimal	12	17.6
Total			72	100

Sumber : Data Primer , 2025

Berdasarkan data pada tabel di atas dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual yang optimal setelah pendampingan dilakukan yaitu dari 54.2% sebelum pendampingan menjadi 83.4% setelah pendampingan. Sementara penegakkan yang tidak optimal adalah 45.8% sebelum pendampingan dan tidak optimal sebanyak 17.6% setelah menjalani pendampingan.

B. Analisis Bivariat

Data penelitian yang dianalisis adalah nilai pre test dan post test terkait dengan pengetahuan perawat sebagai responden yang diperoleh sebelum dilakukan pendampingan / mentoring dan setelah pendampingan / mentoring , pengujian data statistik adalah dengan mempergunakan *Wilcoxon test* yaitu sebagai berikut :

Tabel 4.3. Pengaruh Mentoring terhadap Tingkat Pengetahuan Berdasarkan *Pre Test* dan *Post Test* (N=72)

Variabel	N	Minimum	Maximum	Mean	<i>p</i>	Standar Deviasi
<i>Pre Test</i>	72	7.69	92.31	54.46		22.25
<i>Post Tes</i>	72	38.46	92.31	67.63	<0.001	16.97

Sumber : Data primer , 2025

Hasil analisis dan pengujian statisik berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa terdapat peningkatan yang signifikan pada tingkat pengetahuan perawat setelah mendapat pendampingan keperawatan spiritual ($p = 0.001$ $\alpha = 0.05$) dengan penghitungan dampak (R) menghasilkan angka 0.815 ($Z= 6.914$) yang bermakna pendampingan berdampak besar (*Large Effect*) terhadap penegakkan diagnosis keperawatan karena nilai lebih dari atau sama dengan 0.50.

BAB V

PEMBAHASAN

Pada Bab Pembahasan hasil penelitian yang diperoleh kemudian dianalisis berdasarkan kajian literatur secara teori bersifat keilmuan dan hasil-hasil penelitian sebelumnya secara komprehensif dari segi variabel yang diteliti atau kemungkinan faktor lain yang mungkin hipotesanya berbeda dengan hasil penelitian yang peneliti lakukan. Pada akhir bab implikasi penelitian terhadap mutu asuhan keperawatan yang holistik dan pengembangan ilmu serta teknologi dalam keperawatan bidang penelitian berbasis bukti akan yang dipaparkan oleh peneliti.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pendampingan / *mentoring* tentang keperawatan spiritual terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual di RS Sari Asih Ciputat. Perawat yang berperan sebagai responden pada penelitian adalah perawat dengan level Perawat Klinik II dan Perawat Klinik III yang telah mendapat *Mandatory Training* tentang pelayanan keperawatan syariah, pendampingan sebagai intervensi penelitian dilakukan di seluruh area klinik keperawatan selama 30 hari.

A. Analisa Univariat

1. Analisis Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan analisis data responden berdasarkan karakteristik usia responden adalah sebagian besar atau merupakan mayoritas usia di atas 25 tahun, usia tersebut merupakan rentang usia produktif dan termasuk

kategori usia dewasa awal. Menurut Hurlock (2017) menyampaikan bahwa individu dengan rentang usia di fase dewasa awal mempunyai karakteristik kematangan secara fisik dan psikologis sehingga kondisi psikologis responden yang telah matang memungkinkan untuk dapat melakukan pengkajian dengan penuh kesabaran .

Nursalam, (2020) dalam bukunya menjelaskan secara fisiologi pertumbuhan dapat digambarkan dengan penambahan usia dan diharapkan dengan penambahan usia terjadi peningkatan kemampuan motorik sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya. Usia adalah rentang kehidupan yang dihitung sejak dilahirkan dan diukur dengan tahun . Kategori rentang usia terdiri dari masa dewasa awal adalah usia 18 tahun sampai 40 tahun, dewasa madya 41 tahun sampai 60 tahun dan dewasa lanjut yaitu lebih dari 60 tahun. Usia merupakan salah satu faktor sosial yang mempengaruhi intensi, usia yang lebih tua umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti dibanding usia yang lebih muda karena berkaitan dengan tingkat kedewasaan / kematangan secara teknis dalam menjalankan tugas.

Penelitian Nurmalia et al., (2013) tentang pengaruh mentoring terhadap penerapan budaya keselamatan pasien dengan hasil penelitian terdapat perbedaan yang bermakna sebelum dan sesudah intervensi dengan responden rata-rata berada pada usia dewasa muda (20 – 40 tahun) . Penelitian lain adalah yang dilakukan oleh Paul Joae Brett Nito et al., (2020) yang membahas tentang pengaruh program mentoring

terhadap peningkatan kemampuan berfikir kritis , dalam penelitiannya menjelaskan bahwa *range* usia responden adalah mayoritas di usia 20 – 22 tahun dengan hasil penelitian bahwa program mentoring berpengaruh positif terhadap peningkatan kemampuan berfikir kritis. Hagrass et al., (2023) pada penelitian berjudul *Effect of an Educational program about mentorship competencies on nurse mentors; perfomance* memaparkan bahwa program mentoring dapat meningkatkan kinerja perawat secara signifikan dengan respondennya adalah perawat dengan rentang usia 25 – 29 tahun yaitu sebanyak 50% . Penelitian Esar . et al., (2025) tentang hubungan peran mentoring kepala ruangan terhadap kinerja perawat memaparkan bahwa responden mayoritas usia dibawah 30 tahun sebanyak 52%, hasil penelitian disimpulkan bahwa usia tersebut memiliki tingkat energi dan motivasi kerja yang tinggi sehingga berpengaruh kepada kinerja. Furroidah. et al.(2023) dalam penelitiannya menyampaikan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan melakukan dokumentasi keperawatan dengan faktor usia dan usia dewasa muda rentang usia 31 tahun – 40 tahun.

Berdasarkan uraian di atas peneliti dapat menyimpulkan bahwa usia responden penelitian adalah mayoritas termasuk ke dalam kategori usia dewasa awal yaitu usia di atas 25 tahun dan faktor usia responden berpengaruh terhadap hasil penelitian pengaruh mentoring tentang keperawatan spiritual terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual karena usia dewasa awal yang merupakan kategori usia

produktif yang memiliki energi dan motivasi dalam upaya meningkatkan kinerja serta cenderung menunjukkan kedewasaan / kematangan dalam melaksanakan tugas. Responden dengan usia tersebut memungkinkan pengkajian keperawatan termasuk penegakkan diagnosis keperawatan spiritual dapat dilakukan dengan penuh kesabaran karena secara fisik dan psikologis responden sangat mendukung.

b. Berdasarkan karakteristik jenis kelamin

Nursalam, (2020) menjelaskan pengertian jenis kelamin merupakan penyiratan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis yang melekat pada jenis kelamin tertentu, dalam bukunya karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin merupakan variabel demografi esensial yang harus dicatat, dianalisis dan dibahas dalam hasil penelitian untuk memahami secara komprehensif.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa perawat level Perawat Klinik II dan III sebagai responden penelitian adalah mayoritas atau lebih dari setengah adalah berjenis kelamin perempuan, hal tersebut merupakan potensi yang besar untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang holistik termasuk penegakkan diagnosis keperawatan spiritual. hal tersebut sejalan dengan penelitian sebelumnya yaitu menurut Furroidah, et.al (2023) menyampaikan bahwa pada pelaksanaannya perawat perempuan memiliki ketelitian dan tanggung jawab yang lebih dibandingkan dengan perawat laki-laki, pada penelitiannya diperoleh data proporsi perawat perempuan adalah 63,6% dan patuh pada

pendokumentasian asuhan keperawatan sementara perawat laki-laki berjumlah 11 orang (61.1%) dan tidak patuh dalam menerapkan dokumen asuhan keperawatan, hasil uji *chi square* menunjukkan *p value* sebesar 0.067 atau > 0.05 sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin perawat terhadap kepatuhan penerapan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Esar et al., (2025) menyatakan adanya pengaruh positif dan signifikan antara program mentoring terhadap kemampuan berfikir kritis penggunaan *Standardized Nursing Language* dan responden penelitian adalah mayoritas berjenis kelamin perempuan sebanyak 73 orang (76,5%) dari total 95 orang responden dengan hasil penelitian nilai *sig2 tailed* sebesar $0,000 < 0,05$.

Penelitian Nurmalia et al., (2013) memberikan gambaran tentang responden yang didominasi jenis kelamin perempuan baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi, hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan proporsi penerapan budaya keselamatan pasien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol ($p= 0.056$; $\chi^2 4.5$; $\alpha 0.1$), hasil analisis diperoleh nilai $RR = 2.5$ dengan makna bahwa kelompok yang tidak mendapat program mentoring keperawatan akan berisiko mengalami penurunan dalam penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 2.5 kali lebih besar dibandingkan kelompok yang mendapatkan program mentoring.

Berdasarkan uraian di atas , peneliti dapat menyimpulkan bahwa karakteristik jenis kelamin responden yang merupakan data demografi esensial dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian, mayoritas jenis kelamin responden perempuan merupakan potensi yang besar dalam mewujudkan asuhan keperawatan yang holistik berdasar kepada tingkat ketelitian dan kesabaran lebih tinggi dibandingkan dengan responden jenis kelamin laki-laki .

c. Berdasarkan karakteristik pendidikan

Nursalam, (2020) menjelaskan latar belakang pendidikan seseorang akan mempengaruhi kemampuan kebutuhan yang akhirnya mempengaruhi motivasi kerja seseorang, dengan kesimpulan bahwa pekerja dengan latar belakang pendidikan tinggi akan mewujudkan motivasi kerja yang berbeda dengan latar belakang dibawahnya. Sementara menurut Notoatmojo (2020) latar belakang pendidikan seseorang akan dapat meningkatkan kematangan intelektual , berfikir rasional sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak dan menunjukkan kualitas kerja yang baik .

Hasil analisis latar belakang pendidikan perawat sebagai responden dalam penelitian adalah bahwa mayoritas perawat berpendidikan sedang yaitu latar belakang dengan level pendidikan Diploma Keperawatan . Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Esar .et al., (2025) yang menunjukkan responden penelitian memiliki latar belakang yang mayoritas adalah pendidikan tinggi sebanyak 61.9%

dengan hasil uji statistik menunjukkan nilai p value sebesar 0,0002 dengan nilai α dengan makna adanya hubungan peran mentoring terhadap kinerja yang lebih baik .

Latar belakang tingkat pendidikan responden pada penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurmalia et al., (2013) yang menyebutkan mayoritas responden dalam penelitiannya adalah sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan D III keperawatan yaitu sebesar 88.9% dari total responden sebanyak 90 orang dan mayoritas belum mengikuti pelatihan tentang keselamatan pasien adalah sebanyak 66 orang perawat.

Penelitian berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Hagrass et al., (2023) dalam penelitiannya *Effect of an educational program about mentorship competencies on nurse mentor's* . Peneliti menyebutkan latar belakang responden adalah mayoritas berlatar belakang *bachelor of nursing* yaitu 56.7% dan belum pernah mengikuti pelatihan tentang mentorship.

Pada penelitian Furroidah et al., (2023) hasil penelitian menunjukkan responden dengan latar belakang pendidikan D III sebanyak 22 orang (51.20%) yang tidak patuh dalam menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan dan tingkat pendidikan Sarjana Keperawatan sebanyak 12 orang (70.60%) adalah patuh , melalui uji *chi square* menunjukkan *p value sebesar 0.268* atau > 0.05 sehingga kesimpulannya adalah bahwa tidak ada hubungan antara tingkat

pendidikan dengan kepatuhan dalam menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan di IRNA 1 RSUD dr Saiful Anwar Malang.

Berdasarkan uraian di atas , peneliti dapat menyimpulkan bahwa latar belakang pendidikan berpengaruh kepada program mentoring keperawatan secara signifikan dikarenakan latar pendidikan yang lebih tinggi mempunyai potensi dalam perubahan perilaku dan pengetahuan serta dapat menunjukkan kematangan intelektual dalam mengambil keputusan dan bertindak sehingga menjadi motivasi dalam meningkatkan kinerja tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik .

d. Berdasarkan karakteristik lama bekerja

Pengalaman bekerja diselaraskan dengan lamanya bekerja seorang perawat , analisis lama bekerja pada penelitian ini diperoleh kesimpulan bahwa perawat yang telah bekerja lebih dari 6 tahun adalah mayoritas yaitu 65.29% dari 72 responden, penelitian selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Inggriane , et.al (2020) hasil pengukuran kontingensi karakteristik dengan dokumentasi keperawatan spiritual islami menunjukkan nilai signifikansi $p = 0.000$ dengan korelasi 0.499, hubungan positif antara lama kerja dengan pelaksanaan asuhan spiritual islami menunjukkan semakin lama perawat memiliki masa kerja maka pelaksanaan spiritual care islami dapat dilaksanakan.

Furroidah et al., (2023) dalam penelitiannya diperoleh data 12 orang (80.00%) responden dengan masa kerja 11 – 20 tahun yaitu patuh

dan 14 orang (56.00%) dengan masa kerja 6 – 10 tahun tidak patuh dalam penerapan dokumentasi keperawatan di IRNA 1 RSUD dr Saiful Anwar Malang , Uji *Chi square* diperoleh nilai *p value* sebesar 0.172 atau > 0.05 sehingga dapat disimpulkan bahwa lama masa bekerja tidak ada hubungannya dengan kepatuhan dalam menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan .

Pada penelitian Esar et al., (2025) menyebutkan bahwa mayoritas responden memiliki masa kerja kurang dari 10 tahun yaitu sebanyak 66.6 % dan responden dengan masa kerja lebih dari 10 tahun adalah 33.3% , sehingga dapat disimpulkan bahwa responden masih berada pada tahap awal hingga menengah pada perjalanan karir pekerjaannya sehingga kemungkinan besar masih mempunyai semangat dan antusiasme yang tinggi untuk mengembangkan ketrampilan secara profesional.

Kesimpulan peneliti lamanya bekerja atau pengalaman pekerjaan dari responden dapat berpengaruh terhadap penerapan asuhan keperawatan secara holistik dikarenakan berkaitan dengan tingginya motivasi dan antusiasme dalam mengembangkan profesionalisme dan performance kinerja secara individual terutama di rumah sakit swasta dengan penilaian kinerja mutu asuhan sebagai salah satu indikator pencapaian jenjang karir dan promosi .

2. Dokumentasi Keperawatan Sebelum Dilakukan Mentoring Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan spiritual pada pasien sebelum dilakukan pendampingan hanya lebih dari separuh dari responden yang melakukan secara optimal dan berdasarkan observasi peneliti, pada format pengkajian awal pasien masuk baik ke IGD, rawat jalan / poliklinik maupun masuk rawat inap item pengkajian yang berkaitan dengan spiritualitas pasien telah dicantumkan namun penegakkan diagnosis spiritual belum didokumentasikan secara optimal, melalui kegiatan pendampingan diharapkan dokumentasi asuhan keperawatan spiritual dapat optimal.

Penelitian didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh dengan Felisitas, et.al (2020) tentang pengaruh *in house training* akurasi dokumentasi keperawatan, desain penelitian adalah *quasy experiment with one group post test design*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan akurasi dokumentasi keperawatan setelah dilakukan pelatihan sehingga kesimpulan dari penelitian adalah terdapat hubungan antara *in house training* dengan akurasi dokumentasi keperawatan dengan $t.p \text{ value} = 0.000 (<0.05)$.

Penelitian pun sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ahmed, et. al (2022) dengan judul *The Effect of Training Program on Knowledge and Practice of Nurses Regarding Nursing Documentation at Omdurman Military Hospital*, penelitian menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan perawat tentang rekam medis keperawatan setelah dilakukan program pelatihan sehingga kesimpulan penelitian adalah bahwa terdapat hubungan yang

signifikan antara program pelatihan tentang dokumentasi keperawatan dengan kualitas dokumentasi keperawatan ($\text{sig}=0.000$).

Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputra et al. (2020) tentang pengaruh mentoring kepala ruangan terhadap kepatuhan pendokumentasian asuhan keperawatan, dimana hasil pengolahan data diperoleh bahwa peran mentoring kepala ruangan sudah baik namun angka ketidakpatuhan 96.15%, sehingga kesimpulan penelitian menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara mentoring kepala ruangan dengan kepatuhan pendokumentasian asuhan keperawatan ($p=0.413$).

Berdasarkan uraian di atas peneliti mengambil kesimpulan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan terutama asuhan keperawatan spiritual dapat berjalan dengan optimal melalui kegiatan yang mendukung diantaranya adalah program kegiatan pendampingan / mentoring yang dilakukan oleh mentor kepada *mentee* / responden. Kegiatan tersebut senantiasa dilakukan berkesinambungan karena berpengaruh secara signifikan dalam meningkatkan persepsi perawat terhadap kinerjanya dan kegiatan tersebut sarat dengan transfer keilmuan keperawatan sebagai kegiatan refreshing dari ilmu yang pernah diperoleh di dunia kampus sebelum perawat bekerja termasuk peningkatan skill perawat dalam melakukan asuhan keperawatan holistik .

3. Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual Setelah Intervensi

Konsep spiritualitas menurut Potter & Perry (2009) memberikan pengertian akan hubungan intrapersonal (diri sendiri) interpersonal (orang lain) dan transpersonal yang tidak terlihat dan Tuhan, adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa meliputi aspek berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian dalam kehidupan, menemukan arti dan tujuan hidup, menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber kekuatan dalam diri sendiri, mempunyai perasaan keterkaitan dengan diri sendiri dengan Yang Maha Tinggi.

Berdasarkan hasil pengolahan data observasi yang dilakukan peneliti selama pendampingan responden, dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual yang optimal setelah pendampingan dilakukan yaitu dari 54.2% sebelum pendampingan menjadi 83.4% setelah pendampingan dengan selisih responden adalah sebanyak 21 orang yaitu sebelum pendampingan sebanyak 39 orang yang melakukan asuhan keperawatan spiritual hingga menegakkan diagnosis keperawatan dan sebanyak 60 orang setelah mendapatkan pendampingan.

Penelitian selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Inggriane et al. (2020) yang menunjukkan kemampuan pengetahuan perawat dalam menentukan diagnosis keperawatan spiritual yang berhubungan dengan perubahan pola hidup akibat penyakit, namun masih banyak ($\geq 50\%$) yang belum mampu membedakan antara diagnosis spiritual seperti risiko distress

spiritual, distress spiritual , berduka , ansietas kematian, berduka . Penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan berhubungan dalam penentuan diagnosis keperawatan spiritual dengan tingkat pendidikan dan pelatihan spiritual care dengan nilai signifikansi <0.0001 dan koefisien korelasi 1.00 pada derajat kepercayaan 95%, secara keseluruhan responden berada pada rentang cukup (42%)

Sementara penelitian Novita, et.all (2016) memaparkan hasil penelitian terkait dengan pelaksanaan keseluruhan asuhan keperawatan adalah kurang baik yaitu 59.7% dengan perincian Pengkajian keperawatan spiritual kategori baik yaitu sebanyak 56.5% , penengakkan diagnosis keperawatan spiritual kurang baik dengan nilai 69.4%, Perencanaan keperawatan spiritual kurang baik (64.5%) , Implementasi keperawatan spiritual baik sebanyak 67.7% dan evaluasi keperawatan spiritual bernilai baik dan kurang adalah sama yaitu 50% .

Penelitian Masri et all., (2023) menjelaskan terkait kesehatan spiritual berkaitan dengan tujuan hidup , kesetiaan , keterkaitan dan dimensi esensial dari makhluk holistik , dimana kesehatan spiritual memiliki pengaruh yang positif dengan sikap perawat terhadap pemberian perawatan spiritual , kesimpulan dari penelitiannya adalah terdapat hubungan yang signifikan antara kesehatan perawat dengan kompetensi perawatan spiritual dengan nilai r sebesar 0.716 dengan arah korelasi positif (+) yang bermakna semakin tinggi kesehatan spiritual perawat maka akan semakin tinggi kompetensi spiritual perawat.

Berdasarkan uraian di atas peneliti dapat menyimpulkan bahwa variabel penegakkan diagnosis keperawatan spiritual berkaitan erat dengan spiritualitas perawat sebagai responden serta spiritualitas pasien sebagai klien dalam asuhan keperawatan spiritual, semakin baik spiritualitas perawat dapat meningkatkan kompetensi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang holistik termasuk keperawatan spiritual, kondisi spiritualitas yang abstrak menyebabkan tingkat kesulitan dalam proses penegakkan diagnosis keperawatan spiritual serta memerlukan waktu yang lebih lama dalam proses eksplorasi kondisi spiritualitas klien.

B. Perbedaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Spiritual Sebelum dan Sesudah Intervensi

Pendokumentasian asuhan keperawatan spiritual khususnya penegakkan diagnosis keperawatan spiritual setelah diberikan pendampingan menunjukkan peningkatan optimalisasi yang signifikan dengan menghasilkan nilai optimal sebanyak 29.2% jika dibandingkan dengan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual sebelum diberikan pendampingan yaitu meningkat dari 54.2% menjadi 83.4% atau sebanyak 21 orang dari 39 orang menjadi sebanyak 60 orang responden, sebelum penelitian penegakkan diagnosis keperawatan spiritual sangat terbatas dan diagnosis keperawatan fisiologis /non spiritual lebih banyak ditegakkan. Penelitian yang dilakukan oleh Inggriane et al., (2020) memberikan gambaran yang identik dengan penelitian ini, berdasarkan observasi selama penelitiannya diperoleh kesimpulan bahwa hanya sebagian kecil dari aspek pengkajian dan diagnosis keperawatan spiritual yang

terdokumentasikan , terlebih untuk perencanaan , implementasi dan evaluasi tidak tercatat dalam catatan pasien dikarenakan perawat seringkali lebih fokus kepada asuhan yang bersifat rutinitas seperti kebutuhan fisik pasien selain format asuhan spiritual islami belum terintegrasi ke dalam catatan pasien sehingga memerlukan waktu yang lebih dalam melakukan pendokumentasian.

Tingkat pengetahuan responden pada penelitian ini berdasarkan analisis pengujian statistik berdasarkan *Wilcoxon test* , hasil *pre* dan *post test* setelah mendapatkan pendampingan di lahan klinis menunjukkan terdapat peningkatan yang signifikan pada tingkat pengetahuan perawat tentang keperawatan spiritual yaitu peningkatan nilai rata-rata mean sebanyak 13.17 , penurunan standar deviasi sebanyak 5.28 dengan perolehan nilai *asymptotic sig (2 side test) = 0.001* ($p = 0.001$ $\alpha = 0.05$) , penghitungan dampak (R) dengan populasi (N=72) dan nilai $Z = 6.914$ (*Standardized Test Statistic*) menghasilkan angka 0.815 dengan interpretasi R dampak adalah positif yang bermakna pendampingan berdampak besar terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual karena nilai lebih dari 0.50 dengan kesimpulan uji hipotesis adalah *reject null hypothesis* .

Penelitian sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Paul Joae Brett Nito et al., (2020) menjelaskan bahwa asuhan keperawatan memerlukan kemampuan berfikir kritis melalui kegiatan mentoring dan melalui uji statistik *paired sample t-test* menyatakan bahwa program mentoring berpengaruh positif terhadap kemampuan berfikir kritis penggunaan *standardized nursing language* dengan nilai *sig2tailed* sebesar $0.000 < 0.05$.

Penelitian yang dilakukan oleh Moon et al., (2024) selaras dengan penelitian ini , Penelitian Moon menjelaskan bahwa pengetahuan perawat tentang dokumentasi asuhan meningkat setelah program mentoring dilakukan untuk perawat baru dengan menerapkan metode *Stress-Appraisal-Coping Model* yang membantu dalam adaptasi dan transisi di lahan klinis menuju profesionalitas perawat baru , hasil penelitian menunjukkan evaluasi setelah program bahwa adaptasi kelompok intervensi meningkat signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol . ($t = 2.45$ $p = 0.017$). Penelitian juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yusandra, et.all, (2022) , hasil penelitian menjelaskan bahwa program mentoring dianggap mampu memfasilitasi transisi perawat baru sehingga meningkatkan upaya retensi dan kepuasan kerja perawat ($p = 0.0012$).

Penelitian lain adalah yang dilakukan oleh Esar et al., (2025) yang menunjukkan hasil adanya kecenderungan bahwa kualitas mentoring yang baik dari kepala ruangan berkontribusi terhadap peningkatan kinerja perawat , hasil uji statistik menunjukkan nilai p value = 0.002 dengan tingkat signifikansi $\alpha = 0.05$, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peran mentoring kepala ruangan dengan kinerja perawat di ruang rawat inap.

Penelitian selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Ahmed . et.all. (2022) , penelitian dengan populasi perawat berjumlah 512 orang di *Omdurman Military Hospital* dengan desain penelitian adalah *Quasy Experiment* memberikan penjelasan tentang pengaruh mentoring terhadap pengetahuan dan praktik perawat mengenai dokumentasi keperawatan dengan hasil penelitian

menunjukkan terdapat hubungan positif yang signifikan antara pengetahuan tentang mutu asuhan keperawatan dengan karakter dokumentasi yang baik ($sig=0.000$).

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti mengambil kesimpulan bahwa mentoring keperawatan spiritual mempunyai pengaruh yang positif dan signifikan terhadap kualitas dokumentasi keperawatan terutama asuhan keperawatan spiritual, melalui pendampingan oleh mentor dapat meningkatkan pemikiran kritis perawat sehingga asuhan keperawatan kepada pasien bersifat menyeluruh dan melalui tahapan proses keperawatan secara berkesinambungan. Mentoring keperawatan spiritual memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual dengan hasil analisis dan pengujian statistik adalah $p = 0.001$ $\alpha = 0.05$ disertai dampak pengaruh yang bermakna besar (*Large Effect*) karena mempunyai nilai 0.815 ($Z= 6.914$) . karena nilai lebih dari atau sama dengan 0.50 sehingga hipotesa penelitian adalah H_a dan H_0 ditolak .

C. Keterbatasan Peneliti

Penelitian Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual dari aspek administrasi , peneliti tidak mendapat kendala yang signifikan , pada perjalanan dimulainya intervensi penelitian beberapa keterbatasan ditemukan sehingga peneliti mengalami kendala , yaitu sebagai berikut :

1. Aspek Perawat sebagai Responden

Responden berjumlah 72 orang dengan penyebaran di beberapa unit dan ruangan pada saat dilakukan intervensi menyebabkan peneliti tidak dapat mendampingi secara konsisten sehingga peneliti dibantu oleh kepala ruangan dimana responden bertugas yang sekaligus menjadi responden penelitian . Sistem jam kerja responden yang adalah *shifting* merupakan kendala dalam kegiatan intervensi sehingga peneliti dibantu oleh Duty Manager ketika responden berdinis shift sore dan malam .

2. Aspek Peneliti sebagai observer

Peneliti mengalami kendala pengaturan waktu dalam melakukan intervensi penelitian terkait dengan jam kerja dan aktifitas peneliti yang juga merupakan karyawan di tempat penelitian yang memiliki tanggung jawab di area manajemen sehingga peneliti dibantu oleh kepala ruangan dalam melakukan observasi intervensi penelitian di area pelayanan keperawatan dimana responden bertugas .

3. Aspek Pasien sebagai Klien dalam Asuhan keperawatan yang holistik

Pasien sebagai klien yang mendapat asuhan keperawatan di unit atau di ruangan perawatan tidak mudah untuk memberikan respon yang positif terkait asesmen / pengkajian terkait spiritual yang dilakukan oleh perawat atau mengungkapkan data yang bersifat subjektif terkait dengan kemungkinan diagnosis keperawatan spiritual sehingga masalah atau data terkait spiritualitas pasien tidak selalu dapat ditemukan pada pertemuan pertama perawat dengan pasien sehingga peneliti memberikan target

pengkajian pasien baru hanya sebanyak 3 orang dan kegiatan observasi hanya 3 kali selama pendampingan .

D. Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian pengaruh mentoring keperawatan spiritual terhadap penegakkan diagnosis keperawatan dapat dipergunakan sebagai data dasar dari metode peningkatan kualitas asuhan keperawatan yang holistik terutama keperawatan spiritual dalam konteks pelayanan keperawatan syariah serta penerapan SDKI dalam asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien di RS Sari Asih Ciputat Tangerang Selatan . Data yang diperoleh dari penelitian dapat dijadikan sebagai bahan untuk monitoring dan evaluasi dari peran Komite Keperawatan dan Komite Keperawatan Syariah RS Sari Asih Ciputat dalam berupaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan . Data hasil penelitian dapat dipergunakan dalam program pengembangan rekam medik elektronik yang merupakan implementasi dari Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) sehingga pengembangan program adalah berbasis bukti yang praktis di area klinis di Rumah Sakit Sari Asih Ciputat Tangerang Selatan .

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Penelitian Pengaruh Mentoring Tentang Keperawatan Spiritual Terhadap Penegakkan Diagnosis Keperawatan Spiritual yang telah diselenggarakan selama 30 hari dengan responden 72 orang di RS Sari Asih Ciputat menunjukkan hasil bahwa terdapat pengaruh yang signifikan. Kesimpulan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Karakteristik responden pada penelitian ini adalah perawat dengan level sebagai perawat klinis II dan III dengan kategori usia produktif dan termasuk kedalam kategori usia dewasa muda dengan pengalaman kerja sebagian besar adalah lebih dari 6 tahun dan memiliki level pendidikan diploma keperawatan (D III) serta sebagian besar adalah perawat perempuan ,
2. Semua Responden mendapat pendampingan dari peneliti yang terdiri dari empat proses mentoring yaitu proses inisiasi, penanaman / *cultivation*, terminasi dan *re definition* , pada proses pendampingan dibantu oleh Kepala Ruang/ Kepala unit , setiap responden mendapat pendampingan sebanyak tiga kali pertemuan .
3. Penegakkan diagnosis keperawatan spiritual menunjukkan hasil yang optimal setelah mendapat pendampingan yang ditunjukkan dengan hasil 83.4% yang menunjukkan peningkatan sebanyak 29.2% dari sebelum pendampingan yaitu sebanyak 54.2

4. Mentoring tentang keperawatan berpengaruh besar kepada penegakkan diagnosis keperawatan spiritual secara signifikan yang ditunjukkan dengan hasil nilai r adalah 0.815 yang bermakna nilai r lebih dari 0.5 sehingga hipotesa penelitian H_a adalah di terima dan H_0 ditolak .
5. Kesimpulan dari Penelitian adalah bahwa Terdapat pengaruh dari mentoring keperawatan spiritual terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual

B. Saran

1. Bagi profesi keperawatan di lingkungan *Civitas Hospitalia*

Hasil penelitian dapat dipergunakan sebagai data dasar dalam perumusan strategi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan syariah yang berorientasi kepada keselamatan pasien (*Patient Safety*) , oleh karena itu Peneliti menyampaikan saran untuk khususnya Komite keperawatan dan Komite Mutu Rumah Sakit untuk dapat melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap mutu asuhan keperawatan terutama keperawatan spiritual bersinergi dengan PPA (Profesional Pemberi Asuhan) lain sebagai tim dalam asuhan pasien berdasarkan PCC (*Patient Care Centre*).

Upaya peningkatan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual dapat dilakukan melalui kegiatan mentoring dengan beberapa strategi yaitu diantaranya adalah dengan menjadikan kegiatan mentoring sebagai salah satu program kerja Komite Keperawatan Sub Komite Mutu dan sub Komite Kredensial . Program Kerja tersebut direncanakan dan dilaksanakan secara berkesinambungan baik terjadwal atau insidental sebagai contoh pada saat menjelang kenaikan jenjang karir dari Perawat Klinik I menjadi Perawat

Klinik II dan Perawat Syariah II , pencapaian penegakkan diagnosis keperawatan spiritual menjadi salah satu triger target pencapaian dari aspek pemberian asuhan yang didokumentasikan dalam portofolio perawat. Strategi lain adalah menjadikan penegakkan diagnosis keperawatan spiritual sebagai salah satu item yang di analisis dalam kegiatan review rekam medis.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Melalui kegiatan penelitian pengaruh mentoring keperawatan spiritual terhadap penegakkan diagnosis keperawatan spiritual , diharapkan peneliti selanjutnya baik di lingkungan pelayanan maupun di lingkungan kampus dapat menganalisa mutu asuhan di lahan klinis serta dapat menemukan faktor-faktor lain yang berpengaruh kepada optimalisasi mutu asuhan yang komprehensif .

3. Bagi masyarakat sebagai klien pada proses asuhan keperawatan

Individu klien sebagai sasaran asuhan keperawatan yang terkecil di lingkungan pelayanan rumah sakit mendapat kepuasan terhadap pelayanan yang diberikan karena telah mendapat pelayanan yang menyeluruh selain pemenuhan kebutuhan secara fisiologis saja tetapi mendapat pelayanan secara psikologis dan spiritual selama proses asuhan terutama yang berkaitan dengan keperawatan spiritual dalam konteks pelayanan rumah sakit syariah , sehingga peneliti mengharapkan peran serta pasien dan keluarga dalam upaya pemenuhan kebutuhan spiritual pasien untuk menunjang proses kesembuhan dan peningkatan status kesehatannya.

DAFTAR PUSTAKA

- A.A.AHidayat, (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan Dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Abbasiah, (2011). *Pengaruh Pelatihan Keperawatan Spiritual Terhadap Pengetahuan dan Keterampilan Keperawatan Spiritual Perawat Pelaksana di Rumah Sakit H. Abdul Manap Kota Jambi* . Jambi : FKUI . Diakses tanggal 25 Oktober 2024
<https://lib.ui.ac.id/detail?id=20280107&lokasi=lokal>
- Ahmed, et al. (2022) . *The Effect of Training Program on Knowledge and Practice of Nurses Regarding Nursing Documentation at Omdurman Military Hospital 2019 – Sudan*. Saudi Journal of Nursing and Health Care. Diakses pada 18 November 2025.
https://saudijournals.com/media/articles/SJNHC_55_114-119_fxeQbvE.pdf
- Ardian, Iwan. (2016). *Konsep Spiritual Dan Religiusitas (Spiritual and Religion) Dalam Konteks Keperawatan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2* . Nurscope. Diakses tanggal 12 Oktober 2024
- Arikunto, Suharsimi.Prof.DR. (2016). *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta
- Arikunto, Suharsimi.Prof.DR. (2019). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta
- Arham, Afif. (2018). *Pengaruh Penerapan Modul Spiritual Care Terhadap Tindakan Perawat Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan Spiritual Di Rumah Sakit Islam Jombang*. Diakses pada tanggal 12 Oktober 2024
<http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/28315>.
- Belindiani, Meza A. (2018). *Persepsi Mahasiswa Tentang Perawatan Spiritual (Spiritual Care)*.*Journal Of Nursing Care & Biomolecular* .Vol 3 no 2 .2018. Diakses pada tanggal 12 Oktober 2024
- Budiono, dkk. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*.Jakarta : Bumi Medika
- Dahlan, M.Sopiyudin. (2020). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan* . Jakarta: MSD
- Donsu, Jenita (2019). *Psikologi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru
- _____ (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan* .Yogyakarta : Pustaka Baru
- DSN, MUI (2016). *Standar & Instrumen Sertifikasi Rumah Sakit Syariah*.MUKISI: 2017
- Dwi Ristianingsih (2014). *Gambaran Motivasi Dan Tindakan Keperawatan Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang ICU PKU Muhammadiyah Gombong*. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan, Volume 10, No 2. Juni 2014. Diakses pada tanggal 12 Oktober 2024

- Esar Alkausar, et.all (2023). *Hubungan Peran Mentoring Kepala Ruangan Terhadap Kinerja Perawat di Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara* . Jurnal Kesehatan, teknologi dan Sains, Volume 4 nomor 2 September 2025. E-ISSN: 29964-4054. Diakses pada tanggal 3 November 2025
<https://jkts.unbp.ac.id/index.php/JKTS/article/view/86>
- Fadillah,Hanif.dkk (2019) *Pedoman Standar Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Syariah*.MUKISI;PPNI
- Felisitas, Et.all (2020). *The Influence of In House Training Toward The Accuracy of Nursing Care Documentation* . Strada Jurnal Ilmiah Kesehatan . Volume 9 nomor 2 . Diakses pada 18 November 2025 .
<https://sjik.org/index.php/sjik/article/view/330>
- Furoidah,F.Malda,dkk(2023). *Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Tingkat Kepatuhan Dalam Menerapkan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan* . Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada. Volume 12 nomor 1 April 2023. Diakses tanggal 12 Oktober 2025
<https://ojs.widyagamahusada.ac.id>
- Galuh, Adityani . Dkk (2020) *Tingkat Pengetahuan Perawat dan Pelayanan Syariah dalam Bidang Keperawatan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. Bima Nursing Journal. Vol. 1 No. 2 Mei 2020 e-ISSN 2715-6834 Diakses pada tanggal 12 Oktober 2024
<http://jkp.poltekkes-mataram.ac.id/index.php/bnj/index>
- Grosvenor. (2020). *Teaching Spiritual Care For Nurses*. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* . Diakses pada Tanggal 25 Oktober 2024
<https://www.researchgate.net/publication/14502386>
- Hasrul, Rini Muin. (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Terhadap Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Spiritual Di Ruang Perawatan Rumah Sakit Nene Mallomo Kabupaten Sidenreng Rappang* . Jurnal Keperawatan Muhammadiyah. Diakses pada tanggal 12 Oktober 2024.
<https://www.researchgate.net/publication/322928848>
- Hagrass , et.all (2023) .. *Effect of an educational program about mentorship competencies on nurse mentors' performance : a quasi – experimental study*.Research . 22 BMC Nursing. Article num 429 . Diakses pada tanggal 3 November 2025
<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01597-y>
- Hidayat, Aziz Alimul. (2020). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika . Diakses pada tanggal 25 Oktober 2024
<http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/28315>.
- Induniasih, dkk (2017) *Promosi Kesehatan Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan* .Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Inggriane Puspita. (2009). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Spiritual Muslim Di R. Firdaus Iii Rs. Al-Islam Bandung* Volume 11 No. XX Maret 2009 – September 2009 Hal 62. Diakses pada tanggal 12 Oktober 2024

- _____, (2020). *Analisis Pengetahuan Perawat Dalam Menentukan Diagnosis Keperawatan Spiritual Islami di Rumah Sakit Syariah* . Jurnal Ilmiah Keperawatan volume 4 no 1 .2020 ISSN 2580-3077. Diakses pada tanggal 3 November 2025.
<http://jurnal.umt.ac.id/index.php/jik/index>
- Kozier, Barbara, et al. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Alih Bahasa : Pamilih Eko Karyuni, et al. Jakarta : EGC.
- Liana, Imeda. Dkk (2020). *Konsep Dasar Keperawatan* . Sleman : Deepublish
- Moon.Sun, et al. (2024). *Exploring the impact of the mentoring new nurses for transition and empowerment program led by clinical nurse educators in South Korea: A mixed-methods study* ,Riset Penelitian . Elsevier Nurse Educatio. Volume 140 . September 2024 .106251 . Diakses tanggal 24 November 2025 .
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106251>
- Murdiyanti , Dewi Prihatin. (2017). *Pengantar Riset Keperawatan Konsep Dan Aplikasi Riset Dalam Keperawatan*. Jogjakarta : Pustaka Baru .
- Murtiningsih.SKp.M.Kep.(2022) . *Keperawatan Spiritual Islam* . Jakarta : Deepublish
- _____(2020). *Pengembangan Modul Dan Pelatihan Keperawatan Spiritual dalam Upaya Peningkatan Pengetahuan dan Psikomotor Perawat*. Jurnal Abdimas Kesehatan .Vol.2 Juni 2020 : Diakses tanggal 12 Oktober 2024
<https://www.researchgate.net/publication/342217077>
- Notoatmodjo,Prof.Dr. S.K.M.M.Com.H (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan* .Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo,Prof.Dr. S.K.M.M.Com.H (2018). *Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan* .Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho, Purwo S,S.KM.M.Epd. (2020). *Analisis Data Penelitian Bidang Kesehatan* . Yogyakarta : Goysen Publishing
- Nurmala, dkk. (2021) . *Pengaruh Tingkat Pengetahuan dan Sikap Spiritual Perawat Terhadap Spiritual Cara Pasien*. Window of Nursing Journal.Vol 02 no 02 (Desember 2021) 130-138 . Diakses pada tanggal 12 Oktober 2025.
<https://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/won/article/view/934>
- Nurmalia, et. All (2014) . *Pengaruh Program Mentoring Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien* . Jurnal Managemen Keperawatan , vol 2 no 1 Mei 2014. Diakses pada tanggal 3 November 2025
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JMK/article/view/1002/0>
- Nursalam (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendidikan Praktis*.Jakarta : Salemba Medika
- Patriyani, DKK (2022). *Konsep Dasar Keperawatan* . Klaten : Tahta Media
- Paul Joae, et.all (2020). *Pengaruh Program Mentoring Terhadap Peningkatan Kemampuan Berfikir Kritis Penggunaan Standardizer Nursing Language*

- Mahasiswa Keperawatan Sebagai Metode Pembelajaran* . *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Vol 11 no 2 Desember 2020. ISSN 2086-3454 EISSN: 2549-4058 .Diakses pada tanggal 3 November 2025 <https://ojs.dinamikakesehatan.unism.ac.id/index.php/dksm/article/view/628>
- Putri , Dewi M.P .M.Kep,Ns.Sp.Kep.M.B. (2019). *Pengantar Riset Keperawatan Konsep dan Aplikasi Riset Dalam Keperawata*. Yogyakarta : Pustaka Baru
- Potter, P.A, Perry (2009) *Fundamental Keperawatan* , Jakarta : Salemba Medika
- PPNI, (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : DPP PPNI
- _____, (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : DPP PPNI
- _____, (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* . Jakarta : DPP PPNI
- Rahayu, Anik P.(2022). *Penerapan Konsep Caring Spiritualitas Dalam Membangun Karakter Diri Pada Mahasiswa Prodi D III Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman*. *Jurnal Pendas Mahakam*. Vol 7. 140-148 Desember 2022. Diakses pada tanggal 12 Oktober 2024 <https://doi.org/10.24903/pm.v7i2.1115>
- Rizka, Siti, dkk. (2023). *Gambaran Peran Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam dan Bedah RSUD Madani Palu*. *Jurnal Kolaboratif Sains*. Volume 6 issue 12 Desember 2023. Diakses pada tanggal 12 Oktober 2025 <https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/JKS/article/view/4568>
- Samsualam, Nurhidayah (2022). *Asuhan Keperawatan Spiritual Didasarkan atas Perspektif Islam Teori Dan Praktik*. Makasar : Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas
- Sinanto, Rendi A. (2023). *Pendampingan Spiritual dalam Asuhan Keperawatan Sebagai Upaya Penyembuhan Pasien* . *Jurnal Informasi dan Promosi Kesehatan* : Mei 2023 , Diakses tanggal 12 Oktober 2024 <http://dx.doi.org/10.58439/ipk.v2i1.84>
- Slevin, Oliver & Basford, Lynn (2006) . *Teori Dan Praktik Keperawatan Pendekatan Integral Pada Asuhan Pasien* . Jakarta : EGC
- Sudarma, Dkk (2021) . *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Denpasar : Yayasan Kita Menulis
- Sureskiarti, dkk (2017) . *Pengaruh Penerapan Spiritaul Leadershif Terhadap Kinerja Perawat Dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Aisiyah Samarinda*. *Jurnal Ilmu Kesehatan* Vol. 5 . Juni 2017. Diakses Pada tanggal 12 Oktober 2024

- Swarjana, Ketut (2022). *Konsep Pengetahuan Sikap Perilaku Stess, Kecemasan , Nyeri , Kepatuhan , Motivasi , Kepuasan* . Yogyakarta : Andi . Diakses pada tanggal 26 Oktober 2024
https://books.google.co.id/googlebooks/images/kennedy/insert_link.png
- Tove Giske , et.all (2012) . *Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students*. Diakses pada tanggal 25 Oktober 2024.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.04054.x>
- Yuliana, Nila (2021). *Pengaruh Mentoring Terhadap Peningkatan Pengetahuan Mahasiswa D3 Keperawatan Dalam Pembuatan Tugas Asuhan Keperawatan*. Jurnal Kesehatan Samawa . Diakses pada tanggal 2 Januari 2025
<https://doi.org/10.58406/jks.v6i1>.
- Yusandra, Eva, et.all (2022) . *Effect of an educational program about mentorship competencies on nurse mentors' performance : a quasi -experimental study*. The Malaysian Journal of Nursing. 14(02), 38-45 . Diakses tanggal 25 November 2025
<https://doi.org/10.31674/mjn.2022.v14i02.007>
- Yusuf, Ah. Dkk. (2016). *Kebutuhan Spiritual Konsep Dan Aplikasi Dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta : Mitra Wacana Media
- Zulfita, Nia. (2020). *Hubungan Tingkat Kecerdasan Emosional Dan Spiritual Terhadap Perilaku Caring Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak*, diakses pada tanggal 25 Oktober 2024
<https://www.researchgate.net/publication/351025681>