

PERSEPSI PERAWAT DAN PASIEN SINDROMA KORONER AKUT TERHADAP KEBUTUHAN SPIRITUAL

Hana Ariyani¹, Suryani², Aan Nuraeni

ABSTRAK

Sindroma koroner akut (SKA) merupakan suatu gangguan dimana jantung mengalami iskemi akibat penurunan aliran darah ke jantung secara tiba-tiba. Pada pasien SKA akan mengalami tidak hanya masalah fisik tetapi juga masalah psikologis dan spiritual. Masalah psikologis dan spiritual ini harus diatasi karena akan berdampak buruk terhadap *outcome* pasien. Salah satu pendekatan untuk mengatasi masalah tersebut yakni dengan pemenuhan kebutuhan spiritual. Perawat sebagai *care provider* harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara holistik, termasuk salah satunya yakni spiritual care. Namun demikian pelaksanaannya belum sesuai dengan yang diharapkan pasien. Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut adalah persepsi. Dari penelusuran literatur ternyata terdapat perbedaan persepsi antara perawat dan pasien SKA terhadap kebutuhan spiritual. Pasien ternyata persepsinya lebih luas dibandingkan dengan persepsi perawat. Sehingga perawat harus mampu mengkaji lebih dalam lagi hal-hal apa saja yang dibutuhkan oleh pasien untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya.

Kata kunci : kebutuhan spiritual, SKA

ABSTRACT

Acute coronary syndrome (ACS) is a disorder in which the heart is ischemic due to decreased blood flow to the heart suddenly. In ACS patients will experience not only physical but also psychological and spiritual problems. Psychological and spiritual issues must be addressed because it will adversely affect patient outcomes. One approach to overcome this problem is by spiritual fulfillment. The nurse as a care provider should be able to provide nursing care in a holistic manner, including one that is spiritual care. However, its implementation has not been as expected by patient. One of the factors that influence such behavior is perception. From the literature findings, there is some perception differences between nurses and ACS patients to spiritual needs. Patient perception turns out to be greater compared with patients' perceptions. So that nurses must be able to assess more seriously what things are needed by patients to meet their spiritual needs.

Keywords : spiritual needs, ACS

PENDAHULUAN

Artikel ini merupakan *literature review* dari beberapa hasil penelitian, baik penelitian kualitatif maupun penelitian kuantitatif yang membahas mengenai persepsi perawat maupun pasien terhadap kebutuhan spiritual. Penulis melakukan pencarian hasil penelitian melalui beberapa jurnal yakni: *PubMed*,

¹ Mahasiswa Program Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran

² Staf Pengajar Program Magister Keperawatan Universitas Padjadjaran

Journal of American College Cardiology, Cleveland Clinic Journal of Medicine, Proquest, Sagepub, Biomed Central. Dari hasil pencarian diperoleh 33 hasil penelitian yang berkaitan dengan persepsi perawat atau pasien terhadap kebutuhan spiritual. Dari sekian hasil penelitian hanya diambil 15 buah yang benar-benar relevan dengan bahasan pada artikel ini. Hasil penelitian dibatasi pada penelitian yang hanya membahas tentang persepsi perawat dan pasien terhadap kebutuhan spiritual. Analisis konten dilakukan dengan membandingkan kesamaan tujuan dan variabel penelitian kemudian dilakukan *review* terhadap semua hasil penelitian pada artikel yang terpilih.

GAMBARAN UMUM SINDROMA KORONER AKUT (SKA)

SKA merupakan kondisi dimana jantung mengalami iskemi akibat penurunan aliran darah ke jantung yang terjadi secara tiba-tiba (Kemenkes RI, 2003 dan Overbaugh, 2009). SKA ini merupakan situasi emergensi karena dapat mengakibatkan kematian otot jantung (miokard) jika intervensi definitif tidak segera dilakukan (Smeltzer et al., 2010). Adapun penyebab terjadinya gangguan perfusi otot jantung ini adalah penyempitan pembuluh darah dan hambatan aliran darah oleh plak aterosklerosis yang terbentuk dari deposit lemak (Mayo Clinic Staf, 2014).

Menurut Cannon dan Braunwald (2008) SKA dibagi menjadi dua bagian, yakni: 1) penyakit arteri koroner yang ditandai dengan angina stabil dan 2) SKA yang ditandai dengan *Acute ST segment Elevation Myocardial Infarction* (STEMI) atau Non STEMI atau angina tidak stabil. Perbedaan keduanya terletak pada plak aterosklerosisnya. Pada penyakit arteri koroner, plak aterosklerosisnya stabil, sedangkan pada SKA plak aterosklerosisnya tidak stabil dan dapat mengalami ruptur sewaktu-waktu sehingga memicu terbentuknya agregasi trombosit kemudian terbentuklah trombus (Morton et al., 2009). Menurut Marhsall (2011) ketidakstabilan plak ini disebabkan oleh adanya inflamasi, stimulasi beta adrenergik, hiperkoagulabilitas darah dan hipereaktifitas platelet.

SKA ini dimulai ketika plak aterosklerosis ruptur yang dapat menstimulasi aktivasi faktor pembekuan darah dan kemudian terjadi agregasi trombosit sehingga terbentuklah trombus. Trombus inilah yang akan menghambat aliran darah yang menuju ke otot jantung, sehingga otot jantung akan mengalami kekurangan oksigen dan Adenosine Triphosphate (ATP). Pada kondisi ini pasien akan mengalami nyeri dada yang bisa menjalar ke leher, punggung, tangan kiri

dan epigastrium. Menurut Rokhaeni et al. (2001) nyeri ini disebabkan oleh karena adanya timbunan asam laktat hasil dari metabolisme anaerob yang terjadi di otot jantung akibat dari kurangnya suplai oksigen dan nutrisi. Nyeri yang paling dominan dirasakan oleh pasien adalah pada bagian di belakang sternum (Overbaugh 2009). Menurut Morton et al. (2009) metabolisme anaerob ini hanya menyediakan 6% dari seluruh energi yang dibutuhkan oleh otot jantung untuk bisa bekerja dengan baik.

Pada pasien SKA, selain masalah fisik, akan muncul juga masalah psikologis. Menurut hasil penelitian Kubzansky, Davidson dan Rozanski (2005) menunjukkan adanya pengaruh kondisi klinis gangguan atau penyakit jantung terhadap status psikologis pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Urden et al. (2010) bahwa dalam kondisi pasien mengalami penyakit akut atau dalam kondisi yang dipersepsikan pasien sebagai kondisi yang penuh stres, maka akan menimbulkan kecemasan. Menurut Kanel et al. (2011) bahwa kecemasan pada pasien SKA ini timbul karena adanya perasaan takut akan datangnya kematian dan merasa tidak berdaya akibat dari nyeri hebat yang dialami.

Masalah psikologis pada pasien SKA ini tidak hanya cemas saja. Menurut Davidson (2008) masalah psikologis yang dapat timbul pada pasien SKA yakni marah, dan stres serta adanya perasaan putus asa dan pesimis (Kubzansky et al., 2005). Bahkan beberapa penelitian menyatakan bahwa pada pasien SKA dapat terjadi depresi. Hal ini diungkapkan oleh hasil penelitian Carney et al. (2008) dan Huffman et al. (2010).

Beberapa masalah tersebut di atas harus segera ditangani karena berdampak buruk bagi pasien. Menurut Smeltzer et al. (2010), Davidson (2008) dan Huffman et al. (2010) masalah-masalah psikologis di atas berhubungan erat dengan *outcome* penyakit kardiovaskular, bahkan dapat menimbulkan kematian karena bisa menimbulkan serangan yang baru. Bahkan menurut Carney et al. (2008) depresi merupakan faktor risiko kematian pasien dalam jangka waktu 5 tahun sejak serangan SKA. Adapun mekanismenya dijelaskan oleh penelitian Serebruany et al. (2003) bahwa depresi berhubungan dengan agregasi trombosit. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pada pasien SKA yang mengalami depresi memiliki kadar biomarker plasma lebih tinggi dibandingkan dengan pasien SKA yang tidak mengalami depresi, sehingga memiliki risiko lebih tinggi untuk bertambah beratnya kondisi atau keluhan pasien. Begitu pun dengan kecemasan, kondisi ini dapat memperburuk *outcome* pasien melalui mekanisme

yang dapat mengakibatkan hiperreaktivitas sistem saraf simpatis, sehingga beban kerja jantung meningkat (Smeltzer et al., 2010).

Masalah lain pada pasien SKA selain masalah fisik dan psikologis, juga dapat mengalami masalah spiritual yakni *spiritual distress*. Menurut Noguchi et al. (2006) *spiritual distress* ini dapat terjadi pada pasien yang kurang memahami makna, nilai dan tujuan hidupnya ketika timbul masalah fisik dan fungsi tubuh yang dialami akibat dari penyakit yang diderita (dalam Rahnama et al., 2012). *Spiritual distress* juga dapat timbul akibat pasien mengalami hospitalisasi, karena biasanya pasien dengan SKA harus mengalami perawatan di unit perawatan intensif. Menurut Carpenito-Moyet (2006) pasien yang dirawat di unit perawatan intensif dapat mengalami *spiritual distress* karena diagnosis penyakit, adanya kelemahan pada fisik, adanya rasa nyeri, prosedur pengobatan dimana pasien diisolasi dari dunia luar, serta ketidakmampuan dalam melakukan ritual keagamaan yang biasanya dilakukan secara mandiri.

KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN SKA

Kondisi gangguan psikologis dan spiritual pasien SKA ini tentunya tidak boleh dibiarkan saja. Terdapat beberapa cara dalam mengatasi masalah psikologis seperti cemas dan depresi. Menurut Huffman et al. (2010) kondisi cemas dan depresi ini dapat diatasi dengan menggunakan antidepresan, Benzodiazepin, program rehabilitasi jantung dan psikoterapi. Berbeda dengan pendapat Huffman et al. (2010), menurut El Noor (2012) pendekatan yang dapat dilakukan selain cara di atas yakni dengan perawatan spiritual/*spiritual care*. Perawatan spiritual ini bermanfaat karena dapat meringankan masalah psikologis pasien SKA dan meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasinya secara emosional (El Noor, 2012). Hal ini sesuai dengan pendapat Smeltzer et al. (2010) bahwa salah satu cara untuk mengurangi kecemasan pasien yakni dengan dukungan spiritual yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien.

Menurut Moeini et al. (2012) dengan dipenuhinya kebutuhan spiritual, maka diharapkan pasien akan mencapai kesejahteraan spiritual. Menurut Omidvari (2008) bahwa jika kesejahteraan spiritual ini tidak tercapai maka dimensi lain seperti kesehatan biologis, psikologis dan sosial tidak dapat berfungsi dengan baik dan tidak dapat mencapai kapasitasnya secara maksimal, akibatnya derajat kualitas kehidupan yang paling tinggi tidak dapat tercapai (dalam Moeini et al., 2012). Pendapat tersebut sesuai dengan pendapat Aston

University's Chaplaincy Team (2014) bahwa kesejahteraan spiritual ini merupakan suatu keutuhan yang meliputi dimensi fisik, emosi, mental dan spiritual. Masih menurut *Aston University's Chaplaincy Team* (2014) bahwa meskipun seseorang sedang sakit, namun apabila dia memiliki kesejahteraan spiritual yang positif, maka akan membantunya untuk mengatasi atau menghadapi masalah fisik tersebut.

Menurut *European Parkinson's Disease Association* (EPDA) tahun 2014, jika spiritual seseorang bagus maka orang tersebut akan menemukan kedamaian di dalam dirinya (*inner peace*) dan kenyamanan. Masih menurut EPDA (2014) bahwa dengan mempraktikkan kegiatan yang berhubungan dengan spiritual maka akan mendatangkan beberapa keuntungan, di antaranya: mempercepat penyembuhan dari kondisi sakit dan berduka, meningkatkan kepercayaan diri dan harga diri, mempererat hubungan, meningkatkan rasa optimis dalam menjalani kehidupan, menimbulkan sifat-sifat yang baik misalnya sabar, jujur, bijaksana, dan kreatif.

Manfaat lain dari praktik spiritual ini diungkapkan oleh Krentzman (2013). Dalam pernyataannya diungkapkan bahwa praktik-praktik spiritual dapat membantu menjadi *buffer* atau penyangga rasa sakit yang dirasakan akibat dari pengalaman yang buruk. Masih menurut Krentzman (2013) bahwa orang dengan spiritual yang baik biasanya lebih sehat karena apa yang dilakukannya berdasarkan ajaran agama di mana seseorang tidak boleh memperlakukan tubuh dengan cara/perilaku yang tidak baik misalnya merokok, makan sembarangan, kurang berolahraga dan lain-lain.

Penelitian lain yang menekankan pentingnya praktik spiritual dilakukan oleh McCullough et al. (2000) bahwa ternyata intervensi yang sifatnya religi memiliki hubungan yang signifikan dengan rendahnya tingkat mortalitas. Hal ini berarti bahwa orang atau pasien yang religiusitasnya baik tampak lebih banyak yang masih hidup pada saat dilakukan *follow up*, dibandingkan dengan orang atau pasien yang religiusitasnya kurang.

Pada dasarnya setiap manusia memiliki dimensi spiritual dan kebutuhan spiritual ini akan lebih direfleksikan pada saat seseorang mengalami sakit atau dalam kondisi krisis. Hal ini terjadi karena pada pasien dengan spiritualitas yang baik, terdapat keyakinan bahwa kepercayaan/spiritualitas seseorang itu akan diuji dengan adanya gangguan kesehatan, sedangkan pada pasien dengan spiritualitas yang kurang, pada saat mengalami gangguan kesehatan maka yang

akan timbul adalah pertanyaan "mengapa saya?" dan hal-hal lain yang berhubungan dengan makna dan tujuan hidup (Kozier et al, 2008).

Spiritualitas merupakan sesuatu tentang harapan dan kekuatan, kepercayaan, makna dan tujuan, pemberian maaf, keyakinan dan kepercayaan pada diri, orang lain dan termasuk keyakinan pada Tuhan atau kekuatan yang lebih besar, nilai seseorang, cinta dan hubungan, moralitas, kreativitas dan ekspresi diri (Royal College of Nursing). Sedangkan menurut Meraviglia (1999) spiritualitas diartikan sebagai pengalaman dan ekspresi spirit seseorang dalam suatu proses yang unik dan dinamis yang menunjukkan kepercayaan pada Tuhan atau yang Maha Tinggi, keterkaitan dengan diri sendiri, alam atau Tuhan dan suatu integrasi dengan semua dimensi manusia.

Pada *review* yang dilakukan oleh Sessanna et al. (2007) terhadap 73 buah referensi keperawatan dan 17 referensi kesehatan lainnya menunjukkan 4 tema dalam memberikan makna spiritualitas yakni: spiritualitas sebagai sistem keagamaan mengenai kepercayaan dan nilai (spiritualitas = agama); spiritualitas sebagai makna hidup, tujuan dan hubungan dengan orang lain; spiritualitas sebagai sistem non keagamaan mengenai kepercayaan dan nilai; spiritualitas sebagai fenomena metafisik atau transedental. Dari berbagai definisi di atas dapat disimpulkan bahwa spiritualitas adalah suatu hal tentang kepercayaan, makna dan tujuan, keyakinan dan kepercayaan pada diri, orang lain dan termasuk keyakinan pada Tuhan atau kekuatan yang lebih besar.

Setiap orang akan mengalami proses perkembangan spiritual sesuai dengan penambahan usianya. Pada kasus SKA mayoritas penderitanya berada pada kategori usia dewasa muda dan dewasa pertengahan. Menurut Fowler (1981) pada usia dewasa muda karakteristik perkembangan spiritualnya ditunjukkan melalui pengembangan makna personal terhadap simbol keagamaan dan keyakinan, sedangkan pada usia dewasa pertengahan karakteristik perkembangan spiritualnya ditunjukkan melalui pencarian makna hidup yang sebenarnya dengan kembali mengingat kehidupan yang telah lalu. Pada usia ini juga lebih memperhatikan suara hati tetapi tetap terbuka terhadap kebenaran yang berasal dari orang lain (dalam Kozier et al., 2010).

Menurut Sulmasy (2002) dan Kozier et al (2008) bahwa perawat sebagai tenaga kesehatan harus mampu memenuhi kebutuhan pasien secara utuh, termasuk dalam hal memenuhi kebutuhan spiritualnya. Masih menurut Sulmasy (2002) bahwa gangguan yang ada pada tubuh manusia dapat mempengaruhi

semua aspek yang ada, termasuk aspek psikososialnya. Untuk dapat mengetahui kebutuhan psikososial pasien, maka perawat harus mengetahui keyakinan pasien melalui pengkajian kebutuhan spiritual pasien (Tzu Lee et al., 2013). Adapun metode pengkajian kebutuhan spiritual dapat menggunakan model FICA yang dikembangkan oleh Puchalsky pada tahun 1996 (Borneman, 2011). Model ini mengkaji empat hal yang tidak hanya terbatas pada aspek agama saja. Empat hal tersebut yakni: *Faith and Belief* (apakah pasien memiliki perhatian terhadap spiritual atau agama), *Importance* (seberapa penting arti keyakinan bagi pasien), *Community* (adanya orang terdekat dan keberadaan komunitas yang dapat meningkatkan spiritualitas), *Address in care* (harapan pasien terhadap pemberi pelayanan dalam memenuhi kebutuhan spiritual selama pasien dirawat).

Pada tahap intervensi, perawat dapat memberikan intervensi perawatan spiritual kepada pasien. Dalam Butcher et al. (2013) bahwa bentuk intervensinya sebagai berikut: menggunakan komunikasi terapeutik, mendorong keterlibatan atau interaksi pasien dengan keluarga atau orang terdekat, memberikan privasi dan waktu untuk menjalankan aktivitas spiritual, memainkan lagu rohani, memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaannya, menyediakan perlengkapan ibadah. Adapun beberapa intervensi yang lain menurut Kociszewski (2004) yakni melakukan doa bersama dengan pasien, selanjutnya menurut Deal et al. (2012) intervensi dapat berupa mendengar, bersikap baik, menghargai pasien, memanggil penasehat atau pemuka agama, berdoa dan membaca kitab suci agama.

Menurut *Aston University's Chaplaincy Team* (2014) bahwa cara untuk memenuhi kebutuhan spiritual adalah sebagai berikut: meluangkan waktu sendiri untuk pasien supaya memperoleh kedamaian di dalam diri (*inner peace*), meluangkan waktu menikmati alam sekitar, mengikuti kegiatan keagamaan di rumah ibadah, bergabung dalam komunitas keagamaan, menemui orang yang dapat memberikan bimbingan spiritual, menikmati kesenian. Menurut Musa (2007) yang melakukan penelitian di unit perawatan jantung intensif, beberapa intervensi tambahan selain intervensi di atas yakni sebagai berikut: meditasi, memegang tangan pasien, menghargai, memberikan kenyamanan dan menenangkan pasien, mempertahankan harapan, makna dan tujuan, tertawa, humor, terapi musik dan menunjukkan sikap yang baik (dalam El Noor, 2012). Intervensi-intervensi di atas sesuai dengan yang disampaikan oleh Edwards et al.

(2010) di dalam penelitiannya bahwa spiritualitas itu lebih luas maknanya daripada hanya keagamaan, karena meliputi juga hubungan antar manusia di mana manusia ingin merasa dihargai dengan cara-cara yang hampir sama dengan yang disampaikan oleh Musa (2007).

PERSEPSI PERAWAT DAN PASIEN SKA TERHADAP KEBUTUHAN SPIRITUAL

Beberapa macam intervensi pemenuhan kebutuhan spiritual di atas, dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut *Cancer Research of United Kingdom* (2014) faktor-faktor tersebut yakni sebagai berikut: usia, agama, kebudayaan dan kepercayaan. Faktor usia di sini berpengaruh terhadap kebutuhan spiritual seseorang sebagaimana yang dijelaskan oleh Fowler (1981) tentang perkembangan spiritual di setiap tahapan usia. Agama dan kebudayaan erat kaitannya dengan spiritual seseorang. Sebagai satu contoh yakni pada suku Sunda. Orang yang berasal dari suku Sunda dikenal religius dan mayoritas beragama Islam (Rahmawati, 2012). Dalam ajaran Islam, seorang manusia wajib hanya mempercayai adanya satu Tuhan yakni Allah Subhanahu Wa Ta'ala (Yayasan Pendidikan Islam AlArsari, 2014). Sehingga bagi orang yang berasal dari suku Sunda spiritualitas itu sangat penting terutama yang berhubungan dengan dimensi Ketuhanan.

Namun demikian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan spiritual, belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat terhadap pasien dengan SKA. Hal ini terdapat dalam penelitian Tzu Lee et al. (2014) dan Edwards et al. (2010) bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual oleh perawat belum dilakukan secara optimal. Jika dikaitkan dengan teori perilaku Green (1980) maka terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual oleh perawat. Faktor-faktor ini meliputi: 1) faktor predisposisi, misalnya: pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, keyakinan, status sosial dan nilai-nilai 2) faktor pendukung, misalnya: fasilitas kesehatan atau sarana-sarana 3) faktor pendorong, misalnya: sikap dan perilaku model terutama dari tenaga kesehatan. Dari sekian faktor tersebut, satu faktor yang akan dibahas di sini adalah persepsi.

Persepsi merupakan proses akhir dari pengamatan suatu objek yang diawali oleh proses penginderaan, kemudian individu memiliki perhatian selanjutnya diteruskan ke otak, lalu individu menyadari tentang sesuatu yang diamati. Dengan persepsi, individu dapat menyadari dan memahami keadaan

lingkungan yang ada di sekitarnya dan hal-hal yang ada dalam diri individu tersebut (Sunaryo, 2010). Menurut *American Psychological Association* (APA) tahun 2014 persepsi adalah suatu proses yang mengorganisir informasi dalam gambaran sensori dan menginterpretasikannya seperti pernah dihasilkan oleh properti suatu objek atau kejadian di lingkungan eksternal, dunia 3 dimensi. Menurut Walgito (2001) bahwa persepsi merupakan sebagai proses pengorganisasian dan penginterpretasian terhadap rangsang yang diterima oleh organisme atau individu sehingga menghasilkan sesuatu yang berarti dan merupakan aktifitas yang terintegrasi dalam diri individu. Persepsi adalah proses di mana individu mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensoris mereka supaya dapat memberikan arti bagi lingkungan mereka. Berdasarkan beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa persepsi adalah suatu proses pemberian makna/interpretasi terhadap sesuatu yang diterima oleh panca indera.

Menurut Sobur (2003) dan Purnawati (2010) bahwa persepsi merupakan inti dari komunikasi dan akan mempengaruhi cara berkomunikasi dan perilaku seseorang. Sobur (2003) menyatakan bahwa semakin tinggi derajat kesamaan persepsi individu maka akan semakin baik pula cara berkomunikasi, dan hal ini akan membentuk suatu perilaku yang diharapkan oleh kedua belah pihak. Peneliti beranggapan bahwa jika persepsi perawat dan pasien tidak sama, maka intervensi yang dilakukan perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien tidak akan sesuai dengan yang diharapkan oleh pasien.

Berdasarkan hasil penelusuran pustaka terdapat beberapa penelitian yang membahas tentang persepsi pasien mengenai kebutuhan spiritualnya. Yang pertama adalah penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Hodge et al. (2011) mengenai persepsi pasien tentang kebutuhan spiritual pasien di setting pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat 6 tema yang berhubungan yakni: makna, tujuan dan harapan; hubungan dengan Tuhan; praktik keagamaan; kewajiban beragama; hubungan interpersonal dan interaksi dengan staf profesional. Penelitian di atas didukung oleh hasil penelitian Nuraeni (2012) yang meneliti tentang makna spiritualitas pada pasien dengan SKA di CICU RSHS. Dari penelitian ini ada satu tema yang tidak ditemukan pada penelitian Hodge et al. (2011), yakni tentang hubungan atau koneksi dengan alam misalnya dalam bentuk menyalurkan hobi.

Selain dua penelitian di atas, ada juga penelitian yang dilakukan Galek et al. (2005) dengan cara melakukan *review* terhadap 22 artikel penelitian tentang

kebutuhan spiritual pasien selama hospitalisasi (yang terdiri dari 12 penelitian kualitatif, 7 penelitian kuantitatif dan 3 artikel teoritis). Hasilnya muncul 29 tema yang diklasifikasikan ke dalam beberapa dimensi yang mencerminkan kebutuhan spiritual pasien selama hospitalisasi, yakni: "cinta/rasa memiliki/penghargaan", "Ketuhanan", "rasa syukur, harapan dan kedamaian", "makna dan tujuan", "moralitas dan etik", "apresiasi terhadap keindahan", "resolusi dan kematian". Hasil *review* yang dilakukan oleh Galek et al. (2005) ini tampaknya lebih luas dalam memaknai atau menunjukkan tema yang berhubungan dengan kebutuhan spiritual pasien.

Persepsi perawat terhadap kebutuhan spiritual pasien ditemukan pada beberapa penelitian kualitatif. Menurut penelitian Kumpula (2011) yang meneliti tentang pengalaman hidup perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual menunjukkan beberapa tema yakni: intuisi akan adanya kepercayaan, kepekaan, dan kesadaran; pemenuhan kebutuhan spiritual pasien melalui *caring* dan memberikan kenyamanan; melakukan pengkajian dan menawarkan dukungan perawatan spiritual; serta mengakomodasi atau memfasilitasi praktik spiritual pasien. Hasil penelitian di atas didukung oleh penelitian Romadona (2012) yang meneliti tentang pemenuhan kebutuhan spiritual perawat di Ruang *General Intensive Care Unit* (GICU) terhadap 10 orang perawat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi perawat tentang cara/bentuk pemenuhan kebutuhan spiritual kepada pasien tidak hanya melalui cara membantu kegiatan ibadah/praktik spiritual pasien saja, tetapi juga dalam bentuk melibatkan keluarga dan tokoh agama, serta memberikan semangat kepada pasien. Hal tersebut sesuai dengan penelitian Kociszewski (2004) yang hasilnya menunjukkan bahwa beberapa cara perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien tidak hanya pengkajian kebutuhan spiritualitas pasien, tetapi juga berdoa bersama pasien dan membuat pasien merasa diberkati. Dari ketiga penelitian di atas tampak bahwa persepsi perawat mengenai cara pemenuhan kebutuhan spiritual pasien hanya terbatas pada hal yang sifatnya Ketuhanan dan agama. Hal ini juga sesuai dengan hasil penelitian Matiè (2004) bahwa sebagian besar perawat memandang bahwa kebutuhan spiritual itu meliputi hal yang berkaitan dengan agama dan Ketuhanan.

SIMPULAN

Dari *review* beberapa penelitian di atas mengenai persepsi pasien dan perawat tentang kebutuhan spiritual masih terdapat *gap* atau perbedaan. Persepsi perawat tentang pemenuhan kebutuhan spiritual pasien terbatas pada kebutuhan hubungan dengan Tuhan, diri sendiri (mencari makna dan tujuan hidup) dan orang terdekat dengan pasien, sedangkan persepsi pasien tentang kebutuhan spiritual lebih luas dari apa yang dipersepsikan oleh perawat. Kebutuhan spiritual pasien tidak hanya tiga hal tersebut tetapi juga moralitas dan etik serta menjalin hubungan dengan alam yakni menikmati keindahan alam dan menyalurkan hobi.

DAFTAR PUSTAKA

- Carney, R. M., Freedland, K. E., Steinmeyer, B., Blumenthal, J. A., Berkman, L. F. 2008. Depression and five year survival following acute myocardial infarction. *Journal of Affect Disorder*, Vol 109(1-2), 133-138. Retrieved 31 Juli 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491401/pdf/nihms55189.pdf>
- Deal, B., Grassley, J. S. 2012. The lived experience of giving spiritual care: A phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. *Nephrology Nursing Journal*, 39 (6), 471-81. Retrieved 12 September 2013, from <http://search.proquest.com/docview/1272095630?accountid=25704>
- El Noor, M. A. 2012. *Spiritual care of the hospitalized patients following admission to the cardiac care units: policy implications*. Disertasi, University of Akron, Palestina.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Vane, A., Galek, R. M. 2005. Assessing a patient's spiritual needs: A comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice*, 19(2):62-69.
- Hodge, D. R., Horvath, V. E. 2011. Spiritual needs in health care settings: a qualitative meta-synthesis of clients' perspectives. *Social Work*, Vol 56(4), 306-316. Retrieved 24 Maret 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22308663>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset kesehatan dasar*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Retrieved 24 Maret 2014, from http://www.litbang.depkes.go.id/sites/download/rkd2013/Laporan_Riskesda_s2013.PDF
- Kumpula, R. 2011. *Patterns Under Construction: Nurses' Lived Experiences Shaping Spiritual Care*. Doctoral dissertation. University of St. Thomas, Minnesota.

- ✓ Matiè, L. 2004. *Spiritual Needs Within Nursing: Spiritual needs as perceived by Slovenian nurses*. Tesis, School of Health Science Blekinge institute of Technology, Karlskrona, Sweden.
- ✓ McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., Thoresen, C. 2000. Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222.
- Moeini, M., Ghasemi, T. M. G., Yousefi, H., Abedi, H. 2012. The effect of spiritual care on spiritual health of patients with cardiac ischemia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17 (3). Retrieved 01 Agustus 2014, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3696210/>
- Nuraeni, A. 2012. Eksplorasi makna spiritualitas pada klien dengan sindrom koroner akut yang menjalani perawatan di ruang intensif jantung RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Tesis, Universitas Padjadjaran, Bandung.
- ✓ Romadona, S. 2012. Pemenuhan kebutuhan spiritual oleh perawat di GICU RSHS Bandung. Tesis, Universitas Padjadjaran, Bandung.
- Serebruany, V. L., Glassman, A. H., Malinin, A., Sane, D. C., Finkel, M. S., et al. 2003. Enhanced platelet/endothelial activation in depressed patients with acute coronary syndromes: evidence from recent clinical trials. *Journals*, 14 (6), 563-567. Retrieved 24 Maret 2014, from http://journals.lww.com/bloodcoagulation/Abstract/2003/09000/Enhanced_platelet_endothelial_activation_in.8.aspx