

# TESIS

## FAKTOR PENDUKUNG PENINGKATAN KOMPETENSI PERAWAT DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DENGAN PERAWATAN PALIATIF: A *SCOPING REVIEW*



HASNA TUNNY  
R012191014

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022

**FAKTOR PENDUKUNG PENINGKATAN KOMPETENSI PERAWAT  
DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DENGAN  
PERAWATAN PALIATIF: A *SCOPING REVIEW***

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Keperawatan  
Fakultas keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



**HASNA TUNNY**  
**R012191014**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2022**

**TESIS**

**FAKTOR PENDUKUNG PENINGKATAN KOMPETENSI PERAWAT DALAM  
PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN DENGAN PERAWATAN  
PALIATIF: A SCOPING REVIEW**

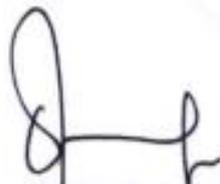
Disusun dan diajukan oleh

**HASNA TUNNY  
R012191014**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 09 Maret 2022  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

**Menyetujui**

**Komisi Penasihat,**



**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si**  
NIP. 19680421 200112 2 002



**Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns, MN, PhD**  
NIP. 19800717 200812 2 003

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,



**Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.**  
NIP. 19740422199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin,



**Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si**  
NIP. 19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya

Nama : Hasna Tunny  
NIM : R012191014  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan  
Judul : Faktor pendukung untuk meningkatkan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan perawatan paliatif: *A scoping review*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Unhas dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Maret 2022

Yang menyatakan,

A 10,000 Indonesian postage stamp is placed over the signature. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text '10000', 'METERAI TEMPEL', and the serial number '20614A.JX658110161'. The signature is in black ink and is written over the stamp.

HASNA TUNNY

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, kami ucapkan atas kehadiran Allah SWT yang atas karuniaNya yang dilimpahkan kepada penulis, sehingga menyelesaikan penyusunan tesis ini dengan judul “*Faktor Pendukung Peningkatan Kompetensi Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Paien Dengan Perawatan Paliatif; A Scoping Review* “. Tujuan penyusunan tesis ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam penyelesaian studi pada Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari dalam penyusunan tesis ini, banyak menghadapi berbagai hambatan, namun berkat kesabaran, bantuan dan kerjasama berbagai pihak baik keluarga, pembimbing, maupun sesama rekan mahasiswa, tesis ini dapat terselesaikan sesuai dengan target yang direncanakan. Untuk itu, peneliti menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada **Dr. Ariyanti Saleh., S.Kp, M.Si** selaku pembimbing I dan kepada pembimbing II, **Ns. Rini Rachmawaty., S.Kep, MN,Ph.D** yang dengan tulus telah memberikan bimbingan dan masukan sejak awal hingga terselesaikannya tesis ini. Selain itu, teruntuk suami, anak-anak dan orang tua yang merupakan salah satu motivasi peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini.

Peneliti menyadari sepenuhnya, bahwa tesis ini jauh dari kata sempurna sehingga kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan untuk menyempurnakan kekurangan dari tesis ini. Akhir kata semoga tesis ini dapat bermanfaat dalam pengembangan pelayanan kesehatan masyarakat kedepannya.

Makassar, Maret 2022  
Penulis



Hasna Tunny

## ABSTRAK

**HASNA TUNNY.** Faktor Pendukung Peningkatan Kompetensi Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Dengan Perawatan Paliatif: *A Scoping Review* (dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Rini Rachmawaty)

Tinjauan review ini bertujuan melihat factor pendukung untuk meningkatkan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan perawatan paliatif yang meliputi pendidikan atau pelatihan spiritual, kesejahteraan spiritual, kecerdasan spiritual dan *self-efficacy*.

Metode yang digunakan adalah pendekatan *scoping review* berdasarkan panduan *The Joanna Briggs Institute* dan menggunakan PRISMA ScR dengan menggunakan empat database yaitu *PubMed*, *ProQuest*, *Ebsco Host*, *ScienceDirect*, dan *Garuda*, artikel yang dipilih adalah artikel yang diterbitkan pada tahun 2015-2021, dengan berbahasa Inggris dan Indonesia, *full text*, serta judul dan abstrak sesuai dengan pertanyaan penelitian, sehingga ditemukan 12 artikel yang relevan.

Hasilnya 6 artikel membahas tentang pendidikan atau pelatihan, 3 artikel membahas kesejahteraan spiritual, 2 artikel membahas kecerdasan spiritual dan 1 artikel membahas *self-efficacy*. Pendidikan atau pelatihan perawatan spiritual dapat meningkatkan kompetensi kesehatan spiritual dan perawatan spiritual perawat. kesejahteraan spiritual dan kecerdasan spiritual yang tinggi pada perawat mempengaruhi sikapnya terhadap spiritualitas dan meningkatkan kemampuannya dalam memberikan asuhan spiritual pada pasien. Sementara *self-efficacy* merupakan faktor yang sangat terkait dengan kompetensi perawatan spiritual. Perawat dengan tingkat efikasi diri yang lebih tinggi lebih cenderung merasakan tingkat kompetensi yang lebih tinggi dalam perawatan spiritual.

Kata Kunci : Faktor Pendukung, Kompetensi Perawat, Perawatan Spiritual, Perawatan Paliatif



## ABSTRACT

**HASNA TUNNY.** Supporting factors for increasing the competence of Nurses in fulfilling the spiritual needs of palliative care patients: A Scoping Review (supervised by Ariyanti Saleh and Rini Rachmawaty)

This review aims to look at strategies to improve the competence of nurses in meeting the spiritual needs of patients with palliative care which includes spiritual education or training, spiritual well-being, spiritual intelligence and self-efficacy.

The method used is a scoping review approach based on the guidelines of The Joanna Briggs Institute and using PRISMA ScR using four databases, it's PubMed, ProQuest, Ebsco Host, ScienceDirect, and Garuda, the selected articles are articles published in 2015-2021, in English and Indonesian, full text, as well as titles and abstracts according to research questions, so that 10 relevant articles are obtained.

The result is 6 articles discussing education or training, 3 articles discussing spiritual well-being, 2 article discussing spiritual intelligence and 1 article discussing self-efficacy. Education or spiritual care training can improve the competence of spiritual health and spiritual care of nurses. The spiritual well-being and high spiritual intelligence of nurses affect their attitude towards spirituality and increase their ability to provide spiritual care to patients. Temporary self-efficacy is a factor that is strongly related to spiritual care competence. Nurses with higher levels of self-efficacy are more likely to perceive higher levels of competence in spiritual care.

Keywords: Supporting Factors, Nursing Competence, Spiritual Care, Palliative Care



## DAFTAR ISI

|   |      |
|---|------|
| JUDUL .....   | i    |
| LEMBAR PENGAJUAN .....  | ii   |
| LEMBAR PENGESAHAN .....   | iii  |
| PERNYATAAN KEASIAN .....  | iv   |
| KATA PENGANTAR .....  | v    |
| ABSTRAK .....   | vi   |
| ABSTRACT .....  | vii  |
| DAFTAR ISI .....  | viii |
| DAFTAR GAMBAR .....   | ix   |
| DAFTAR TABEL .....  | x    |
| DAFTAR SINGKATAN .....  | xi   |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b>  |      |
| 1. Latar Belakang .....   | 1    |
| 2. Rumusan Masalah .....  | 6    |
| 3. Tujuan Penelitian .....  | 6    |
| 4. Pernyataan Originalitas Penelitian .....                                     | 7    |
| <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>  |      |
| 1. Tinjauan Literatur Tentang Kebutuhan Spiritual .....                         | 8    |
| 2. Tinjauan Literatur Tentang <i>Palliative Care</i> .....                      | 18   |
| 3. Tinjauan Literatur Tentang Kompetensi Perawat Pada Perawatan Spiritual ..... | 22   |
| 4. Kerangka Teori .....   | 26   |
| 5. Tinjauan Literatur Tentang <i>Scoping Review</i> .....                       | 27   |
| <b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>  |      |
| 1. Desain Penelitian .....  | 34   |
| 2. Kerangka Kerja .....   | 34   |
| 3. Tahapan Penelitian .....   | 35   |
| 4. Pertimbangan Etik Penelitian .....   | 43   |
| <b>BAB IV HASIL</b>   |      |
| 1. Mengidentifikasi Sumber-Sumber Yang Relevan .....                            | 44   |
| 2. Karakteristik Studi .....  | 45   |
| 3. Faktor Pendukung Peningkatan Kompetensi .....                                | 49   |
| <b>BAB V DISKUSI</b>  |      |
| 1. Ringkasan Bukti .....  | 57   |
| 2. Implikasi Dalam Keperawatan .....  | 64   |
| 3. Keterbatasan .....   | 66   |
| <b>BAB VI KESIMPULAN &amp; SARAN</b>  |      |
| 1. Kesimpulan .....   | 68   |
| 2. Saran .....  | 69   |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>   |      |
| <b>LAMPIRAN</b>   |      |

## DAFTAR GAMBAR

| Gambar |   | Halaman |
|--------|---|---------|
| 2.1    | Kerangka Teori .....                            | 26      |
| 4.1    | PRISMA Flow Diagram <i>Scoping Review</i> ..... | 44      |

## DAFTAR TABEL

| Tabel |  | Halaman |
|-------|--|---------|
| 2.1   | Perbedaan <i>Scoping Review</i> dan <i>Sytematic Review</i> .... | 27      |
| 3.1   | Elemen PCC .....   | 35      |
| 3.2   | Database dan Kata Kunci Pencarian Artikel .....                  | 38      |
| 4.1   | Karakteristik Studi .....  | 45      |
| 4.2   | Faktor Ekternal .....  | 49      |
| 4.3   | Faktor Internal .....  | 55      |

## DAFTAR SINGKATAN

|              |   |
|--------------|---|
| CF           | <i>Compassion Fatigue</i>   |
| COVID        | <i>Corona Virus Disease</i>   |
| C-SCCS       | <i>chinese version of the spiritual care competency scale</i>                               |
| GSES         | <i>General Self-Efficacy Scale</i>  |
| HPCTs        | <i>Hospice Palliative Care Teams</i>  |
| McSCTP-HPCTs | <i>Meaning-Centered, Spiritual Care Training Program-<br/>Hospice Palliative Care Teams</i> |
| PPT          | <i>Power Point</i>  |
| RSIPAS       | <i>Religious/spiritual Integrated Practice Assessment Scale</i>                             |
| SANCSC       | <i>Scale For Assessment Of The Nurse's Competence In<br/>Spiritual Care</i>                 |
| SC           | <i>Spiritual Care</i>   |
| SCC          | <i>Spiritual Care Competencies</i>  |
| SCT          | <i>Spiritual Care Therapeutics</i>  |
| SSCRS        | <i>Spirituality and Spiritual Care Rating Scale.</i>  |
| SWBS         | <i>Spiritual Well-Being Scale</i>   |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### 1. Latar Belakang

Perawat adalah orang yang paling dekat dalam perawatan pasien (Kim et al., 2017). Perawat memiliki kesempatan lebih untuk memimplementasikan asuhan keperawatan secara menyeluruh dengan memenuhi kebutuhan dasar pasien secara holistik yaitu bio-psiko-sosial dan spiritual (Selby et al., 2016).

Sementara itu, pasien di unit perawatan kritis membutuhkan lebih banyak pertimbangan mental dan spiritual karena di satu sisi, pasien ini dihadapkan pada beberapa situasi kritis seperti rasa mendekati kematian, penderitaan, isolasi, ketakutan, kerentanan dan ketergantungan penuh dan pada sisi lain, pendekatan modern saat ini yang berfokus pada penyakit, telah menggantikan pendekatan yang berfokus pada pasien di perawatan kritis yaitu perawatan spiritual (Timmins, Murphy, et al., 2015).

Keperawatann spiritual semakin diakui sebagai komponen penting dalam mengimplementasikan keperawatan holistik kepada pasien. Studi ini memberikan data empiris untuk kebutuhan perawatan spiritual pasien rawat inap, serta pengetahuan perawat untuk memenuhi kebutuhan ini (Wu & Koo, 2016). Perawat menangani penyediaan lingkungan spiritual dan perawatan spiritual sebagai komponen vital untuk asuhan keperawatan dan tanggung jawab perawat (Labrague et al., 2016). Aspek spiritual diyakini bermanfaat terhadap penyembuhan pasien, meskipun demikian dimensi spiritual sering tertinggal oleh perawat (dimensi spiritual meliputi arti dan tujuan hidup, hubungan dengan tuhan, dll) (Kim et al., 2017).

Pentingnya mengenali spiritualitas sebagai strategi untuk menangani dan mengidentifikasi kebutuhan pasien adalah membantu kesehatan profesional, terutama profesional keperawatan, untuk merencanakan kualitas mendukung dan memberikan perawatan integral kepada pasien (Evangelista et al., 2016).

Kebutuhan spiritual merupakan bagian penting dalam hidup untuk menemukan makna dan tujuan hidup, serta menambah harapan dalam hidup

(Jafari et al., 2013). Jika individu dalam keadaan sakit, maka hubungan dengan Tuhan akan bertambah dekat, ia tidak berdaya dalam segala hal, tidak memiliki kemampuan membangkitkannya dari penderitaan, kecuali Yang Maha Kuasa (Murray & Dunn, 2017). Banyak pasien menyatakan bahwa spiritualitas berperan penting dalam kehidupan mereka dan mereka percaya perhatian terhadap spiritual harus diperhitungkan sebagai bagian dari asuhan keperawatan (Kostak & Celikkalp, 2016). Hal ini seperti penelitian yang dilakukan oleh Kim *et al* (2017), menunjukkan bahwa 50% hingga 87% dari pasien yang mengalami penyakit serius melaporkan keinginan mereka untuk membahas masalah spiritual dengan tim medis, namun hanya 6% hingga 26% dari pasien yang dilaporkan mendapat dukungan spiritual dari tim medis. Menurut Kim dkk, dalam sebuah survei *online* internasional menilai 4.054 persepsi perawat tentang perawatan spiritual, hanya 5,3% (216 perawat) merasa mereka mampu memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Selain itu, perawat mungkin merasa tidak memenuhi syarat untuk melakukan perawatan spiritual atau tidak punya waktu untuk melakukannya. Meskipun perawat sangat penting dalam proses perawatan spiritual, namun perawatan spiritual sekarang dipandang sebagai tanggung jawab anggota penting lainnya dari tim perawatan kesehatan seperti ahli agama (pendeta, dll) (Kim et al., 2017).

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas merupakan hal yang tidak bisa diabaikan (Moeini et al., 2015). Pada saat pasien menghadapi penyakitnya, terbukti kebutuhan spiritualitas dapat memberikan kekuatan (L. Wu & Koo, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Malone (2003) dalam Labrague, menyatakan bahwa spiritualitas tidak hanya penting dalam mengatasi penyakit, tetapi juga memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas hidup, meredakan gejala kecemasan, dan memberikan tingkat kepuasan pasien yang tinggi (Labrague et al., 2016). *Spiritual care* meliputi tindakan seperti merangkul, menghormati, menawarkan kenyamanan, mendengarkan pasien, menanamkan harapan, doa, dan memegang tangan pasien (Tan et al., 2019).

Dalam implementasi asuhan keperawatan, memberikan spiritual *care* pada pasien merupakan bagian dari tugas dan fungsi perawat. Oleh sebab itu dibutuhkan strategi ilmiah untuk menyelesaikan masalah keperawatan, yang

dilakukan secara sistematis yaitu dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi (Kozier et al., 2018). Perawat dapat melakukan beberapa hal yang dapat membantu kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pasien, misalnya: Menciptakan rasa kekeluargaan dengan klien, berupaya memahami kehendak pasien, selalu merespon terhadap ekspresi non verbal, berusaha mendorong untuk mengungkapkan perasaannya, berupaya mengenal dan menghargai pasien (Potter et al., 2016).

Pelayanan kesehatan, perawat sebagai salah satu orang yang bertugas dalam memenuhi kebutuhan spiritual yang merupakan peran utamanya (Delgado, 2015). Walaupun sejumlah besar perawat merasa kurang kompeten dalam memenuhi kebutuhan spiritual dan cenderung tidak mampu menunjukkan diri sebagai pemberi asuhan keperawatan spiritual yang terampil (Carr, 2010). Penelitian lain menunjukkan adanya hambatan bahasa, kurang percaya diri, perawat merasa tidak dapat berkomunikasi atau ketika pasien tidak dapat mengomunikasikan kebutuhan spiritual mereka, kurangnya kontak pasien sebagai alasan untuk tidak memenuhi kebutuhan spiritual pasien (Austin et al., 2017). Tan et al (2019), dalam penelitiannya menunjukkan, bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pasien sangat rendah hal ini disebabkan perawat tidak mendapat ilmu tentang kebutuhan spiritual selama masa pendidikan.

*American Nurses Association*, Asosiasi Kesehatan Katolik dari Kanada dan Asosiasi Nurse Filipina, menyadari kebutuhan spiritual dianggap sebagai aspek penting dalam asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan spiritual akan berjalan dengan baik, bila perawat memiliki pemahaman yang mendalam tentang spiritualitas mereka sendiri. Bentuk asuhan keperawatan spiritual tidak selalu dipahami dengan baik oleh perawat dan bagi sebagian orang karena merasa kompleks dan sulit, meskipun mereka berkomitmen untuk menyediakan perawatan spiritual (Labrague et al., 2016 & Selby et al., 2016). Penelitian oleh Adib-Hajbaghery et al (2017), yang dilakukan pada 239 perawat profesional di Iran menunjukkan hasil kompetensi perawat yang buruk dalam melakukan asuhan keperawatan spiritual 23% (55 perawat), kompetensi sedang 51% (121 perawat), dan 26% (63 perawat) dengan kompetensi yang

baik dalam melakukan asuhan keperawatan spiritual. Azarsa et al., (2015), dengan hasil penelitian menunjukkan korelasi antara spiritual perawat dengan perawatan spiritual. Chiang et al (2015), dengan hasil penelitian menunjukkan perawat yang positif terhadap spiritual akan peduli terhadap spiritual pasien, yang artinya semakin baik spiritual perawat semakin baik pula perawat kompeten dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Kompetensi profesional perawatan kesehatan memiliki dampak yang signifikan pada perawatan pasien akhir hidup (Harris et al., 2014) dan kompetensi perawat sangat diperlukan untuk perawatan yang tepat dan berkualitas (Strautmann *et al.*, 2020).

Kurangnya perawat mempraktikkan asuhan spiritual tersebut salah satunya disebabkan oleh minimnya pengetahuan tentang asuhan keperawatan spiritual (Aksoy & Coban, 2017). Perawat juga kurang *training* ketika dalam masa pendidikan atau pada saat telah bekerja (Murray & Dunn, 2017). Hal ini dibahas dalam penelitian Selby et al (2016) , bahwa pendidikan dan pelatihan keterampilan tentang asuhan keperawatan spiritual akan mengarah pada peningkatan kenyamanan, kepercayaan diri, dan kemampuan untuk melakukan asuhan keperawatan spiritual. Penelitian lain menunjukkan bahwa perawat perlu mempertahankan spiritual mereka (rasa terima kasih, ketulusan, dan kesabaran) untuk memberikan perawatan yang sangat baik dengan mempertahankan spiritualitas perawat dengan memberikan pelatihan spiritual kepada perawat secara teratur (Bakar et al., 2017). Toker dengan hasil penelitiannya menunjukkan bahwa 45,7% dari profesional kesehatan adalah dilatih dalam perawatan spiritual, tetapi mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan spiritual pasien mereka karena lingkungan kerja yang intensif dan kekurangan personel (Toker & Çınar, 2018).

Asuhan keperawatan spiritual akan terealisasi jika perawat dibekali keterampilan mengenali dan mendalami aspek spiritual, dan dengan cara apa akidah spiritual dapat memotivasi kehidupan setiap individu (Kostak & Celikkalp, 2016). Hambatan paling penting dalam pemenuhan kebutuhan spiritual adalah perawat (Moeini et al., 2015). Penelitian lain, menunjukkan bahwa untuk lebih baik memberikan asuhan keperawatan spiritual, perawat

harus *care* terhadap diri sendiri melalui kesadaran diri, refleksi diri, dan pengembangan rasa kepuasan. Pada gilirannya, perawat akan bisa menghubungkan diri mereka dengan orang lain, dengan Yang Maha tinggi, dengan lingkungan, dan akhirnya ke pasien melalui kebutuhan spiritual (Labrague et al., 2016).

Menurut Sharma *et al*, 2012 dalam Hubbell et al (2017), jika kebutuhan spiritual tidak terpenuhi berdampak pada lebih rendah kualitas hidup dan kepuasan dengan perawatan mereka. Klien tidak dapat memecahkan masalah kesehatannya dan menahan persoalan kesehatan yang baru, bahkan memperlambat proses pemulihan klien (Wardah, 2017). Kondisi ini dapat berakibat munculnya kecemasan, depresi (psikologis yang lebih buruk), dan *post traumatic syndrome* (Sutrisno, Swasti, and Mulyono 2019, O'Brien et al. 2019)

Hambatan utama yang menyebabkan perawat tidak mampu dalam memenuhi kebutuhan spiritual antara lain kurang waktu, karena beban kerja yang berlebihan, beranggapan bahwa kebutuhan spiritual bukan tugasnya perawat, kurang pendidikan atau pelatihan, kurang jelas atau sulit membangun hubungan spiritual dengan orang lain, dan kesalahan persepsi tentang kebutuhan spiritual (Vlasblom et al., 2015). Persepsi negatif tentang kebutuhan spiritual menyebabkan perawat kurang mampu memenuhi kebutuhan spiritual antara lain perawat merasa tidak memadai dalam pemenuhan kebutuhan tersebut dan menjadi bingung tentang peran mereka dalam menyediakan perawatan spiritual (Aksoy & Coban, 2017). Selain itu dibutuhkan pentingnya peran kepemimpinan dan manajemen mengenai implementasi kebutuhan spiritual (René Van Leeuwen & Schep-akkerman, 2015). Sehingga dalam ulasan review ini bertujuan untuk melihat faktor pendukung peningkatan kemampuan perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan perawatan paliatif.

## 2. Rumusan Masalah

Pemenuhan perawatan spiritual adalah hal yang tidak bisa diabaikan (Moeini et al., 2015). Pada saat pasien menghadapi penyakitnya, terbukti kebutuhan spiritualitas dapat memberikan kekuatan (L. Wu & Koo, 2016).

Banyak pasien menyatakan bahwa spiritualitas berperan penting dalam kehidupan mereka dan mereka percaya perhatian terhadap spiritual harus diperhitungkan sebagai bagian dari asuhan keperawatan (Kostak & Celikkalp, 2016). 50% hingga 87% dari pasien yang mengalami penyakit serius melaporkan keinginan mereka untuk membahas masalah spiritual dengan tim medis, namun hanya 6% hingga 26% dari pasien yang dilaporkan mendapat dukungan spiritual dari tim medis. dalam sebuah survei online internasional menilai 4.054 persepsi perawat tentang perawatan spiritual, hanya 5,3% (216 perawat) merasa mereka mampu memenuhi kebutuhan spiritual pasien (Kim *et al.*, 2017). Sejumlah besar perawat merasa kurang kompeten dalam memenuhi kebutuhan spiritual dan cenderung tidak mampu menunjukkan diri sebagai pemberi asuhan keperawatan spiritual yang terampil (Carr, 2010). Kompetensi profesional perawatan kesehatan memiliki dampak yang signifikan pada perawatan pasien akhir hidup (Harris *et al* dalam Haavisto *et al.*, 2020) dan kompetensi perawat sangat diperlukan untuk perawatan yang tepat dan berkualitas (Connolly *et al.*, 2018; Strautmann *et al.*, 2020). 239 Perawat profesional di Iran menunjukkan hasil kompetensi perawat yang buruk dalam melakukan asuhan keperawatan spiritual 23% (55 Perawat), kompetensi sedang 51% (121 Perawat), dan 26% (63 perawat) dengan kompetensi yang baik dalam melakukan asuhan keperawatan spiritual (Adib-Hajbaghery *et al.*, 2015). Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah “faktor pendukung apakah yang dapat meningkatkan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien perawatan paliatif ?”

### 3. Tujuan Penelitian

Identifikasi faktor pendukung peningkatan kompetensi perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan perawatan paliatif.

### 4. Originalitas Penelitian

*Review* yang dilakukan oleh Batstone *et al.*, (2020), tentang bagaimana pemahaman perawat dalam memberikan perawatan spiritual pada pasien akhir hidup (kualitatif). *Review* tentang perawatan paliatif pada pasien bedah (Lilley

et al., 2016), pasien gagal jantung (Diop et al., 2017), dengan multikomponen dalam penyakit kronis (Phongtankuel et al., 2018), perencanaan perawatan lanjutan dengan pasien kanker (Kuusisto et al., 2020), pengalaman perawatan paliatif untuk lansia (He et al., 2021) praktik dan sikap perawat tentang sedative paliatif (Heino et al., 2021). Sementara ada juga spiritual *care* dalam perawatan paliatif (Gijssberts et al., 2019), untuk kompetensi perawat di perawatan paliatif (Hökkä et al., 2020), dan penyediaan perawatan spiritual untuk perawatan akhir hidup (Batstone et al., 2020), perspektif spiritual tentang nyeri pada kanker payudara (Flanigan et al., 2019), ada juga tentang perawatan diri spiritual perawat (Ausar et al., 2021), namun belum ada yang membahas tentang faktor pendukung apa saja untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam pemenuhan kebutuhan pasien dengan perawatan paliatif. Pada saat pasien menghadapi penyakitnya, terbukti kebutuhan spiritualitas dapat memberikan kekuatan (Wu & Koo, 2016). Namun terdapat banyak hambatan dalam melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual disebabkan oleh kurangnya kompetensi perawat oleh karena beban kerja yang berlebihan, perawat beranggapan bahwa kebutuhan spiritual bukan tugasnya perawat, kurang pendidikan atau pelatihan, kurang jelas atau sulit membangun hubungan spiritual dengan orang lain, dan kesalahan persepsi tentang kebutuhan spiritual (Vlasblom et al., 2015). Oleh sebab itu dalam *scoping review*, peneliti ingin mereview faktor pendukung peningkatan kemampuan perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dengan perawatan paliatif.

## BAB II

### TINJAUAN TEORITIS

#### 1. Tinjauan Literatur Tentang Kebutuhan Spiritual

##### a. Definisi Spiritual

Spirituali adalah hal yang sangat penting dalam hajat manusia. Spiritual berasal dari bahasa latin spiritus yang berarti nafas (Potter et al., 2016). Makna ini berarti “sesuatu yang memberi kehidupan” atau “hal yang sangat penting bagi kehidupan manusia”. Menurut asal katanya, spiritualitas adalah bagian yang sangat penting dari manusia (Yusuf et al., 2016).

Pandangan lain berpendapat bahwa spiritualitas dan agama adalah dua hal yang berlainan. Secara umum diyakini spiritualitas adalah konsep yang meluas. Spiritualitas adalah hal pribadi dan umum sedangkan "agama beranjak pada adat kebiasaan dan masyarakat" (*society*) (Lim & Yi, 2009).

Spiritualitas merupakan kehidupan manusia yang dimensi dinamis, yang berkaitan dengan individu dan komunitas yang mengalami, mengekspresikan, dan/atau mencari makna, tujuan dan transendensi, dan cara mereka berhubungan dengan. satu sama lain di masa sekarang, untuk diri, orang lain, alam, dan yang penting dan atau suci (Ross et al., 2016).

Menurut Florence Nightingale, lingkungan tidak membahayakan pasien. Dalam hal ini, perawat dan profesional kesehatan lainnya menyediakan lingkungan, termasuk staf bangsal dan administrator yang berusaha menyediakan perawatan holistik. Keselamatan pasien dapat dicapai melalui perawatan psikiatri individual, memberikan asuhan berdasarkan kebutuhan biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual pasien (D. Baldacchino, 2015).

##### b. Konsep - konsep yang berhubungan dengan Spiritualitas

Spiritualitas adalah sebuah konsepsi terkait dengan kekuatan (Tuhan) yang lebih tinggi yang diyakini orang yang menciptakan kebutuhan dan cinta akan keberadaan Tuhan, meminta maaf atas semua kesalahannya (Hidayat & Uliyah, 2015).

Menurut Mauk & Schmidt (2004), spiritualitas adalah suatu gambaran menurut keahlian internal (*inner experience*) yang menerangkan menurut personal, maka spiritualitas menjelaskan menurut banyak aspek pada diri individu, meliputi agama, anutan atau keimanan, kesakitan, keinginan, pemaafan & transedensi yang akan dibahas menjadi berikut:

#### 1) Agama

Spiritualitas dan agama mempunyai kecenderungan pada sejumlah aspek serta mempunyai konsepsi yang saling bertumpukan. Pengalaman umum, spiritual dan agama meliputi transedensi, kebertalian, & pencarian makna & arah kehidupan manusia. Namun kedua istilah ini mempunyai disparitas yang tajam (Young & Koopsen, 2007 dalam Winarti, 2016). Agama sering dipahami sebagai pengungkapan praktik spiritualitas: keyakinan agama, interaksi dengan Tuhan, & praktik keagamaan, misalnya berdoa beserta pasien & memfasilitasi praktik yang religious (Musa, 2016).

Agama adalah sebagian implementasi spiritualitas yang dimiliki individu. Agama adalah wujud nyata berdasarkan spiritualitas yang menunjukkan tahapan mengutarakan spiritual menggunakan pedoman bagi yang mempercayainya (Young & Koopsen, 2007 dalam Winarti, 2016).

#### 2) Keyakinan atau keimanan

Menurut Koziar et al (2018), bahwa keimanan merupakan kepercayaan atau keyakinan pada individu. Keimanan bisa terdapat pada individu yang beragama, maupun tidak. Keimanan memberikan arti hidup, kemampuan saat seseorang menemui masalah kehidupannya. Keimanan sangat dibutuhkan seseorang saat sedang sakit, setiap anggota tim kesehatan, atau keduanya, bisa menghadirkan pengaruh dan impian.

Pasien yang memiliki akidah atau anutan yang terdapat dalam diri, membantu mempersempatkan ketahanan saat menghadapi penyakitnya. Penelitian yang dilakukan oleh Lengacher pada penderita kanker, menyatakan spiritual dan religius mungkin terkait dengan tujuan bertahan hidup, dan setelah ditetapkan diagnosis hal ini

merupakan strategi koping untuk penyesuaian psikososial (Winarti, 2016).

### 3) Penderitaan

Menurut O'Brien 1999 dalam Mauk & Schmidt (2004), penderitaan merupakan keadaan stress yang terus berlanjut yang mempengaruhi perasaan sejahtera seseorang, umumnya bersifat fisik, emosional, sosial dan spiritual. Penderitaan merupakan kehidupan nyata insan dan sangat sulit untuk buat dipahami. Perawat merawat pasien yang kesakitan, sebab itu misi perawat yakni berada bersama pasien yang menderita serta memberi makna dalam realitas penderitaan.

### 4) Harapan

Suatu emosi sangat berpengaruh membantu orang menanggung penderitaan merupakan harapan. Harapan merupakan perasaan kehendak yang optimal. Harapan adalah bagian dari konsep spiritualitas. Harapan adalah inti pada kehidupan dan sudut pandang hakiki menhadapi kesuksesan dan melewati penderitaan dan kematian. Harapan sebagai suatu proses antisipasi yang melibatkan hubungan ide, aksi, reaksi dan relasi, yang menunjuk ke era yang akan tiba untuk pemenuhan akan karakter yang padat arti. Klien yang tidak memiliki asa serta tidak ada yang membagikan asa, hal ini dapat menyebabkan keadaan pasien menurun lebih cepat serta lebih gawat (Mauk & Schmidt, 2004).

### 5) Transendensi

Transendensi adalah ide yang menempatkan pengertian individu bahwa terdapat hal lainnya yang lebih akbar (unggul, berkuasa, dahsyat) dari pada diri sendiri dan memandang serta mengukur yang lebih akbar atau yang maha kuasa, apakah kemampuan atau nilainya. Transendensi merupakan pandangan seseorang tentang diri sendiri yang menjadi bagian berdasarkan hal yang unggul dan lebih luas berdasarkan keberadaannya. Transendensi adalah kemampuan seseorang untuk keluar dari dirinya sendiri. Individu yang mempunyai transendensi akan menghadapi dirinya sebagai bagian dari sesuatu yang lebih tinggi, lebih akbar dan dahsyat yang berada diluar dirinya sendiri (Potter et al., 2016).

## 6) Ampunan

Rasa bersalah akan dosa dahulu kala terkadang menciptakan seorang memerlukan wahana untuk pemaafan. Konsep ampunan (*forgiveness*) membutuhkan minat meningkat menurut para profesional tim kesehatan. Umumnya klien menghadapi penderitaan atau kealpaan berhubungan dengan rasa memalukan dan rasa berdosa. Masalah kesehatan diterjemahkan menjadi azab atas dosa dahulu kala. Pasien yang sedang berhadapan kematian bisa mengejar atau berharap pemaafan yang lain termasuk Tuhan. Mickley & Cowles dalam Kozier et al (2018), penelitiannya menyarankan perawat yang memiliki peran krusial dapat menolong pasien untuk mendalami proses pemaafan dan melayani keperluan spiritualitas pasien melalui pengampunan ini.

### c. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Spiritual

Faktor penting yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang menurut Taylor & Hirnle dalam Hamid, (2009) :

#### a. Tahap perkembangan

Spiritual berafiliasi menggunakan dominasi non material, individu harus mempunyai Sebagian ketrampilan berfikir abstrak awal mulai memahami spiritual dan mendalami suatu hubungan pada yang Maha Kuasa. Hal ini bukan berarti spiritual tidak mempunyai arti bagi individu.

#### b. Keluarga

Sedikit yang diajarkan keluarga mengenai Tuhan dan agama, kehidupan dan diri personal, tetapi seseorang belajar mengenai Tuhan, kehidupan dan diri individu dari perilaku keluarganya. Lantaran itu keluarga merupakan lingkungan terdekat dan dunia pertama dimana individu mempunyai prinsip, kepandaian tentang dunia yang beragam oleh pengalaman dengan keluarganya.

#### c. Latar belakang etik dan budaya

Sikap, keyakinan dan nilai didorong oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Biasanya seorang akan menjejaki tradisi agama dan

spiritual keluarga. Pentingnya anak menimba ilmu melaksanakan kegiatan agama, termasuk kadar ahlak dari hubungan keluarga dan peran serta dalam berbagai model aktivitas keagamaan.

d. Pengalaman hidup sebelumnya

Pengalaman hidup yang baik maupun buruk dapat mensugesti spiritual individu dan kebalikannya dan macam mana seorang makna spiritual menurut pengalaman tersebut. Kejadian kehidupan individu dinilai sebagai suatu godaan yang dikirimkan Tuhan untuk menyelidiki keimanannya.

e. Krisis dan perubahan

Krisis dan perubahan dapat menguatkan kedalam spiritual individu. Krisis tak jarang dirasakan kala seorang menghadapi kesakitan, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian, khususnya pasien dengan penyakit terminal atau dengan keadaan yang buruk. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dijalani sebagai pengalaman spiritual yang bersifat fiskal dan emosional.

f. Terpisah dari ikatan spiritual

Menderita sakit terutama yang bersifat gawat, tak jarang membuat seseorang merasa terasing dan kehilangan kemandirian individu dan sistem dukungan masyarakat. Kebiasaan hidup keseharian dapat beralih antara lain tidak dapat menghadiri program resmi, menjejaki aktivitas keagamaan atau tidak bisa bergabung dengan keluarga atau teman dekat yang bisa membagikan bantuan kala diinginkan.

g. Isu moral terkait dengan terapi

Umumnya agama, proses pemulihan dinilai sebagai aturan Tuhan untuk menunjukkan keagungannya-Nya, namun ada juga agama yang menolak tindakan penyembuhan.

#### d. Peran Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual

Pentingnya mengenali spiritualitas sebagai taktik untuk menangani dan mengidentifikasi kebutuhan pasien adalah membantu kesehatan profesional, terutama profesional keperawatan, untuk merencanakan kualitas mendukung dan menyediakan perawatan integral kepada pasien (Evangelista et al., 2016)

Perawat bisa melaksanakan beberapa hal yang bisa membantu ketrampilan untuk mencukupi kebutuhan klien, diantaranya : Mewujudkan rasa kekeluargaan dengan klien, berusaha memahami keadaan klien, berusaha untuk bisa sensitif pada aktualisasi diri non verbal, berusaha mendukung klien untuk mengutarakan perasaannya, berusaha mengenal dan menghargai klien (Yusuf et al., 2016).

Mengingat perawat adalah orang yang paling dekat dalam perawatan pasien (Kim et al., 2017). Perawat mempunyai kesempatan lebih besar untuk mengimplementasikan asuhan keperawatan komprehensif dengan mencukupi kebutuhan dasar pasien secara holistik yaitu bio-psiko-sosial dan spiritual (Selby et al., 2016). Proses memberikan perawatan spiritual dapat mencakup menanyakan tentang masalah spiritual, menumbuhkan harapan dan makna di tengah penyakit mereka, dan menawarkan kenyamanan (Epstein-Peterson et al., 2015).

Kebutuhan spiritual merupakan bagian penting dalam hidup untuk menemukan makna dan tujuan hidup, serta menambah harapan dalam hidup (Jafari et al., 2013). Andaikan seseorang dalam keadaan sakit, maka jalinan dengan Tuhan akan semakin dekat, ia akan menjadi lemah dalam semua hal, tiada yang dapat membangkitkannya dari kepulihan, hanya Sang Pencipta (Murray & Dunn, 2017). Banyak pasien menyatakan bahwa spiritualitas berperan penting dalam kehidupan mereka dan mereka percaya perhatian terhadap spiritual harus diperhitungkan sebagai bagian dari asuhan keperawatan (Kostak & Celikkalp, 2016).

Dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual, menurut Nurarif & Kusuma (2015), perawat harus mempunyai ketrampilan mengenali ciri-ciri spiritual sebagai berikut :

- 1) Hubungan dengan diri sendiri.
  - a) Pengetahuan diri (siapa dirinya, apa yang dapat dilaksanakan)
  - b) Sikap (percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran, harmoni atau keselarasan dengan diri sendiri).
- 2) Hubungan dengan alam
  - a) Mengetahui tentang tanaman, margasatwa dan iklim
  - b) Berkomunikasi dengan alam (bertanam dan berjalan kaki) mengabdikan dan melindungi alam.
- 3) Hubungan dengan orang lain
  - a) Berbagi waktu, pengetahuan, dan sumber secara timbal balik
  - b) Mengurus anak, orang tua dan orang kesakitan
  - c) Mempercayai kehidupan dan kematian
- 4) Hubungan dengan ketuhanan
  - a) Sembahyan, berdoa atau meditasi
  - b) Perlengkapan keagamaan
  - c) Bersatu dengan alam

Mengingat perawat merupakan orang pertama dan secara konsisten selama 24 sehari menjalin kontak dengan pasien, sehingga dia sangat berperan dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien (Y. Chiang et al., 2015). Menurut Azarsa *et al* (2015), pemenuhan kebutuhan spiritual memerlukan hubungan interpersonal, oleh karena itu perawat sebagai satu-satunya petugas kesehatan yang beraktivitas dengan pasien selama 24 jam maka perawat adalah orang yang tepat untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien.

Kebutuhan spiritual klien sering dijumpai perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi pelayanan atau asuhan keperawatan. Hal ini perawat menjadi role model spiritual bagi kliennya. Perawat harus memiliki pemahaman tentang keyakinan spiritual yang memenuhi kebutuhannya untuk mendapatkan arti dan tujuan hidup, mencintai, dan berhubungan serta pemaaf (Hamid, 2009). Menurutnya pengaruh dari keyakinan spiritual yang perlu

dipahami adalah sebagai berikut :

1) Menuntun kebiasaan hidup sehari-hari.

Praktek pelayanan kesehatan, signifikan dengan keagamaan bagi klien, misalnya menu (makanan diet), yang boleh atau tidak boleh dimakan.

2) Sumber dukungan

Individu akan mencari dukungan dari keyakinan agama, waktu mengalami stress. Dukungan ini sangat dibutuhkan untuk menerima penyakitnya, jika penyakit tersebut memerlukan proses penyembuhan yang lama.

3) Sumber kekuatan dan penyembuhan

Pengaruh keyakinan dapat dilihat oleh tenaga kesehatan dengan memahami bahwa seseorang cenderung dapat menahan distress fisik karena memiliki keyakinan yang kuat.

4) Sumber konflik.

Pada keadaan tertentu dapat terjadi konflik antara keyakinan agama dengan praktik kesehatan. Sebagai contoh, pasien yang menilai penyakit sebagai suatu bentuk hukuman karena pernah berbuat dosa. Ada agama tertentu yang menilai manusia sebagai makhluk yang tidak berdaya dalam mengendalikan lingkungannya sebagai penyakit diterima sebagai takdir.

Menurut Taylor *et al* (1997) dalam Hamid (2009), perawat perlu :

- a) Mempunyai pegangan tentang keyakinan spiritual yang mempengaruhi kebutuhannya untuk mendapatkan makna dan arah hidup, mencintai hubungan, pengampunan.
- b) Bertolak dari kekuatan spiritual dalam kehidupan sehari-hari, terutama saat menemui pesakitan dan kematian dalam melaksanakan praktik profesional
- c) Meluangkan waktu untuk membangun ketahanan spiritual diri sendiri
- d) Mengungkapkan perasaan damai, kekuatan batin, kehangatan, kebahagiaan, *caring*, dan interaksinya dengan orang lain
- e) Menghormati keyakinan dan spiritual orang lain, walaupun berbeda dengan keyakinan spiritual perawat.
- f) Meningkatkan pengetahuan perawat tentang bagaimana keyakinan

spiritual klien mempengaruhi gaya hidup mereka, berespon terhadap penyakit, pilihan pelayanan kesehatan dan pilihan terapi

- g) Memperlihatkan kepekaan terhadap kebutuhan spiritual klien
- h) Mengatur rencana asuhan keperawatan yang sejalan untuk membantu klien yang sedang menghadapi distress spiritual.

Dalam memenuhi perawatan spiritual pasien merupakan bagian dari peran dan fungsi perawat dalam mengimplementasikan asuhan keperawatan. Maka dibutuhkan tahapan yang ilmiah untuk menangani masalah keperawatan, dilaksanakan secara sistematis yaitu dengan pendekatan proses keperawatan yang diawali dari pengkajian data, penetapan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berikut ini akan diuraikan mengenai proses keperawatan pada aspek spiritual (Kozier et al., 2018).

#### 1. Pengkajian

Data tentang kebutuhan spiritual klien, praktik spiritual dan keagamaan, dan sumber daya spiritual diperoleh dari riwayat umum klien melalui perawatan dan pengamatan klinis dari perilaku klien, verbalisasi, suasana hati, dan sebagainya. Bahkan ketika agama tertentu diidentifikasi, perawat tidak boleh berpendapat bahwa klien menuruti seluruh praktik agama yang diakui. Evaluasi individu diperlukan untuk menetapkan sifat kebutuhan spiritual, praktik keagamaan, dan sumber daya spiritual yang tersedia. Kebutuhan spiritual klien bisa sama pentingnya bagi mereka seperti kebutuhan perawatan kesehatan mereka (Kozier et al., 2018).

#### 2. Diagnosa keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association*, Diagnosa keperawatan yang signifikan dengan masalah spiritual adalah distress spiritual. Distres spiritual merupakan ketidakmampuan dalam menghadapi dan memadukan makna dan arah hidup individu dengan diri sendiri, orang lain, seni, musik, literature, alam, atau kekuatan yang lebih besar dari dirinya (Nurarif & Kusuma, 2015).

### 3. Intervensi

Pada fase perencanaan, menurut Kozier et al (2018), perawat mengenali rencana guna membantu klien mencapai arah keseluruhan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan rohani mengakibatkan kekuatan rohani, ketenangan, dan kepuasan terwujud. Rencana tindakan kaitannya dengan kebutuhan spiritual harus dirancang untuk melakukan satu atau lebih hal berikut:

- a. Bantu klien menjawab kewajiban spiritual dan agama
- b. Bantu klien memanfaatkan dan menggunakan lebih banyak sumber daya batin, efektif untuk mengisi keadaan kala ini
- c. Bantu pasien melindungi atau menjalin hubungan pribadi yang dinamis dengan diri sendiri, orang lain, dan makhluk ilahi dalam menjumpai situasi yang tidak menggembirakan
- d. Bantu klien memperoleh makna dalam keberadaan dan keadaan sekarang

### 4. Implementasi

Tindakan keperawatan yang paling diinginkan oleh klien untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya menurut (Balboni et al., 2013) meliputi (a) memberikan kehadiran, (b) berbicara tentang spiritualitas, (c) mendukung spiritual dan praktik keagamaan, (d) membantu klien dengan doa dan meditasi, (e) merujuk klien ke profesional perawatan spiritual dan pemimpin kelompok agama, dan (f) memelihara hubungan dengan orang lain.

### 5. Evaluasi

Perawat perlu mengumpulkan bukti terkait dengan pencapaian tujuan asuhan keperawatan, untuk mengetahui apakah pasien telah mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan. Tujuan asuhan keperawatan tercapai apabila secara umum pasien : 1) mampu beristirahat dengan tenang, 2) mengekspresikan rasa damai berhubungan dengan Tuhan, 3) menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka dengan pemuka agama, 4) mengekspresikan arti positif terhadap situasi

dan keberadaannya, dan 5) menunjukkan efek positif, tanpa rasa bersalah dan kecemasan (Potter et al., 2016).

## 2. Tinjauan Literatur Tentang Perawatan Paliatif

### a. Definisi Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif merupakan pelayanan terpadu oleh kelompok paliatif untuk menaikkan derajat hidup pasien dan memhibahkan bantuan bagi keluarga yang mengalami perkara yang bermasalah dengan kondisi klien serta menghindari dan menghilangkan kesakitan dengan menggali dari awal, evaluasi yang teliti serta pengobatan nyeri dan masalah lain, baik masalah jasmani, psikososial dan spiritual dan pelayanan masa duka cita bagi keluarga (WHO, 2005 dalam Kementerian Kesehatan RI, 2013, Have, 2018).

*Palliative care* yakni bentuk pelayanan yang mengarah pada pemulihan kualitas hidup pasien dan keluarga dari kesakitan yang dapat membahayakan jiwa, dengan menghindari dan peniadaan dengan cara identifikasi dini, evaluasi yang tertib, penanganan nyeri dan masalah-masalah lain yaitu fisik, psikososial dan spiritual (Lindayani, 2018). Perawatan paliatif adalah perawatan kesehatan terpadu yang bersifat aktif dan menyeluruh, dengan pendekatan multidisiplin yang terintegrasi (Anita, 2016).

*Palliative care* berarti mengoptimalkan perawatan pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan (Mun et al., 2018). *Palliative care* meliputi seluruh rangkaian penyakit melibatkan penanganan fisik, kebutuhan intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien, dan pilihan dalam kehidupan (Ferrel, 2015).

Perawatan paliatif dititikberatkan pada pengendalian gejala dan keluhan, serta bukan terhadap penyakit utamanya karena penyakit utamanya tidak dapat dipulihkan. Sehingga penderita terbebas dari penderitaan akibat keluhan dan bisa menjalani akhir hidupnya dengan damai (Anita, 2016).

Menganggap kematian sebagai proses normal dan meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian sebagai proses normal merupakan tujuan perawatan paliatif, namun tidak mempersingkat atau menunda kematian, meniadakan nyeri dan keluhan lain yang meresahkan, memelihara keseimbangan psikologis dan spiritual, mengupayakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hidupnya dan membantu mengatasi suasana duka cita dalam keluarga (Irawan, 2013).

Tujuan keseluruhan dari perawatan paliatif adalah tercapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarganya, dengan membantu pesakit hidup seaktif mungkin, fokus pada rehabilitasi seutuhnya sesuai dengan tujuan tersebut (*Health Service Executive Primary Care division, 2017*).

Perawatan paliatif penting karena: Setiap individu berhak dirawat dan meninggal secara terhormat, meniadakan nyeri: fisik, emosional, spiritual dan sosial adalah hak asasi manusia (Anita, 2016).

b. Prinsip *Palliative Care*

Menurut Kemenkes RI (2013), Prinsip perawatan paliatif terdiri atas (Anita, 2016):

- 1) Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain
- 2) Menghormati kehidupan dan memandang kematian sebagai jalan normal
- 3) Tidak bertujuan mempersingkat atau menunda kematian
- 4) Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual
- 5) Mendorong agar dapat hidup seaktif mungkin
- 6) Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita
- 7) Memakai pendekatan tim untuk menangani kebutuhan pasien dan keluarganya
- 8) Menghindari tindakan sia-sia.

Langkah – Langkah dalam perawatan paliatif (Kementerian Kesehatan RI, 2013 dalam Anita, 2016) :

- 1) Memutuskan arah perawatan dan harapan pasien
- 2) Mengerti klien dalam membuat wasiat atau keinginan terakhir

- 3) Pengobatan penyakit penyerta dan aspek sosial
- 4) Tatalaksana gejala
- 5) Informasi dan edukasi
- 6) Dukungan psikologis, kultural dan sosial
- 7) Respon fase terminal
- 8) Pelayanan pasien fase terminal

c. Pedoman Perawatan Paliatif

Menurut pedoman *National Consensus Project* (NCP), menjelaskan prinsip-prinsip perawatan paliatif yang harus diintegrasikan oleh semua tim *palliative care* terdiri atas 8 domain yang diantaranya (Ferrell, 2019) :

1) Domain 1 : Struktur dan Proses Perawatan

Struktur dan proses perawatan merupakan kualifikasi profesional, pendidikan, pelatihan, dan dukungan yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang berkesinambungan dan berpusat pada pasien dan keluarga yang optimal.

2) Domain 2 : Aspek Perawatan Fisik

Assesmen dan rencana perawatan berfokus pada menghilangkan gejala dan meningkatkan atau mempertahankan status fungsional dan kualitas hidup. Penanganan gejala meliputi farmakologis, nonfarmakologis, intervensi, perilaku, dan perawatan komplementer. Perawatan fisik, manajemen gejala akut dan kronis di semua pengaturan perawatan, dilakukan melalui komunikasi, kolaborasi, dan koordinasi antara semua profesional yang terlibat dalam perawatan pasien.

3) Domain 3 : Aspek Psikologis dan Psikiatri dari Perawatan

Tim interdisipliner (IDT) melakukan skrining status mental yang secara komprehensif dan sensitif terhadap perkembangan dan budaya pasien yang sakit parah.

4) Domain 4 : Aspek Sosial Perawatan

Perawatan paliatif membahas faktor lingkungan dan sosial yang mempengaruhi fungsi dan kualitas hidup pasien dan keluarga.

5) Domain 5 : Aspek perawatan spiritual, religius, dan eksistensial

Spiritualitas diakui sebagai aspek fundamental dari perawatan paliatif yang penuh kasih, sabar dan berpusat pada keluarga. Ini adalah aspek dinamis dan intrinsik kemanusiaan, di mana individu mencari makna, tujuan, dan transendensi dan mengalami hubungan dengan diri sendiri, keluarga, orang lain, komunitas, masyarakat, dan yang penting atau sakral.

6) Domain 6 : Aspek budaya

Menilai dan menghormati nilai, kepercayaan, dan tradisi yang berkaitan dengan kesehatan; penyakit; peran pengasuh keluarga; dan pengambilan keputusan adalah langkah pertama dalam memberikan perawatan paliatif yang peka budaya.

7) Domain 7 : Perawatan pasien mendekati akhir hidup

Domain ini menyoroti perawatan pasien dan keluarga menjelang akhir hayat, dengan penekanan khusus pada hari-hari menjelang dan setelah kematian pasien. Penilaian yang cermat dan komprehensif serta penanganan nyeri dan gejala fisik lainnya, serta aspek perawatan sosial, spiritual, psikologis, dan budaya, sangat penting saat pasien mendekati kematian.

8) Domain 8 : Aspek Perawatan Yang Etis dan Legal

Perawatan paliatif Tim Interdisipliner (IDT) menerapkan prinsip-prinsip etika untuk perawatan pasien dengan penyakit serius, termasuk menghormati preferensi pasien serta keputusan yang dibuat oleh perwakilan hukum atau pengambil keputusan pengganti.

Menurut Sudarsa (2020), para ahli perawatan paliatif, menyampaikan lima kategori utama (panca indra) kompetensi yang penting dalam memberikan perawatan spiritual, antara lain :

- a. Mendengar ; mendengar secara intuitif
- b. Melihat ; melihat dengan penuh kasih sayang
- c. Ucapan yang baik
- d. Sentuhan ; sarana fisik perawatan spiritual
- e. Kehadiran ; esensi dari perawatan spiritual

### **3. Tinjauan Literatur Tentang Kompetensi Perawat Dalam Perawatan Spiritual**

Menurut undang-undang no 38 tahun 2014 tentang keperawatan, seorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang – undangan disebut dengan perawat. Dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dalam bentuk asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi Perawat dengan Klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian Klien dalam merawat dirinya.

Pendekatan holistik mendorong perawat untuk memenuhi semua kebutuhan fisik, mental, emosional, spiritual dan sosial pasien dengan memberikan model perawatan yang lengkap (Riahi et al., 2018), dan menekankan keterkaitan semua dimensi fisik, psikologis, sosial, dan aspek spiritual dari perawatan karena aspek-aspek tersebut saling mempengaruhi dan bersama-sama membentuk kesehatan (Adib-Hajbaghery et al., 2015).

Perawatan spiritual adalah komponen inti dari perawatan kesehatan karena pemenuhan kebutuhan spiritual pasien secara signifikan terkait dengan kesejahteraan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual mereka (Chen et al., 2018), dan kepuasan mereka terhadap kualitas perawatan (Pearce *et al.*, 2012 dalam Hu et al., 2019).

Tujuan dari perawatan spiritual adalah untuk meringankan kesulitan pasien pada tingkat spiritual dan membantu mereka menemukan makna hidup, aktualisasi diri, harapan, kreativitas, iman, kepercayaan, kedamaian, kenyamanan, doa, dan kemampuan untuk mencintai dan memaafkan di tengah penderitaan dan penyakit (Chen et al., 2018). Selain itu, perawatan spiritual berusaha membantu pasien untuk menghadapi ketakutan mereka akan kematian, mengurangi ketidakpastian dan ketidaknyamanan proses pengobatan, dan mendapatkan kembali kedamaian batin mereka (Y. Chiang et al., 2015).

Menurut ChenowethmL *et al.*, 2006, dalam Adib-Hajbaghery *et al.*,

2015), karena peran penting perawatan spiritual dalam kesehatan dan kesejahteraan pasien dan keluarganya, kompetensi dalam penyediaan perawatan spiritual diperlukan untuk semua profesional perawatan kesehatan dan terutama untuk perawat. Perawat biasanya merawat orang yang budaya, latar belakang sosial, dan sistem nilainya sangat berbeda dari mereka oleh karena itu, mereka harus kompeten untuk memberikan perawatan pada tingkat fisik, mental, sosial, dan spiritual.

Kompetensi perawat merupakan suatu hal yang sangat penting bagi keberhasilan pelayanan yang dimiliki rumah sakit untuk mendorong kepuasan pasien dalam mencapai pelayanan asuhan keperawatan yang setingginya (Muchson, 2012 dalam Arini et al., 2015)

Kompetensi tertentu diperlukan agar perawat siap untuk peran (Veloza-Gómez et al., 2016) dan untuk memenuhi kebutuhan pasien mengingat kompleksitas perawatan spiritual, oleh karena perawat dengan kompetensi yang dinilai lebih tinggi lebih cenderung memberikan perawatan spiritual yang lebih baik (Vogel & Schep-Akkerman, 2018).

Menurut Leeuwen et al., 2009 membedakan tiga domain perawatan spiritual di antaranya (Azarsa et al., 2015, Arini et al., 2015 dan Cheng et al., 2020):

1) Kesadaran dan kompetensi

Domain ini berisi kompetensi yang menitikberatkan pada cara perawat berhubungan dengan para pasien.

2) Dimensi spiritual dan kompetensi

Isi dari domain ini adalah kompetensi-kompetensi yang dibutuhkan untuk menangani masalah spiritual dalam setiap tahap dalam proses keperawatan.

3) Jaminan kualitas dan keahlian

Domain ini berisi kompetensi-kompetensi untuk menangani kondisi kontekstual untuk menyediakan asuhan spiritual dalam organisasi.

Selanjutnya dari 3 domain tersebut, dikembangkan lagi sub domain yang terdiri dari 6 pertanyaan untuk mengukur kompetensi perawat

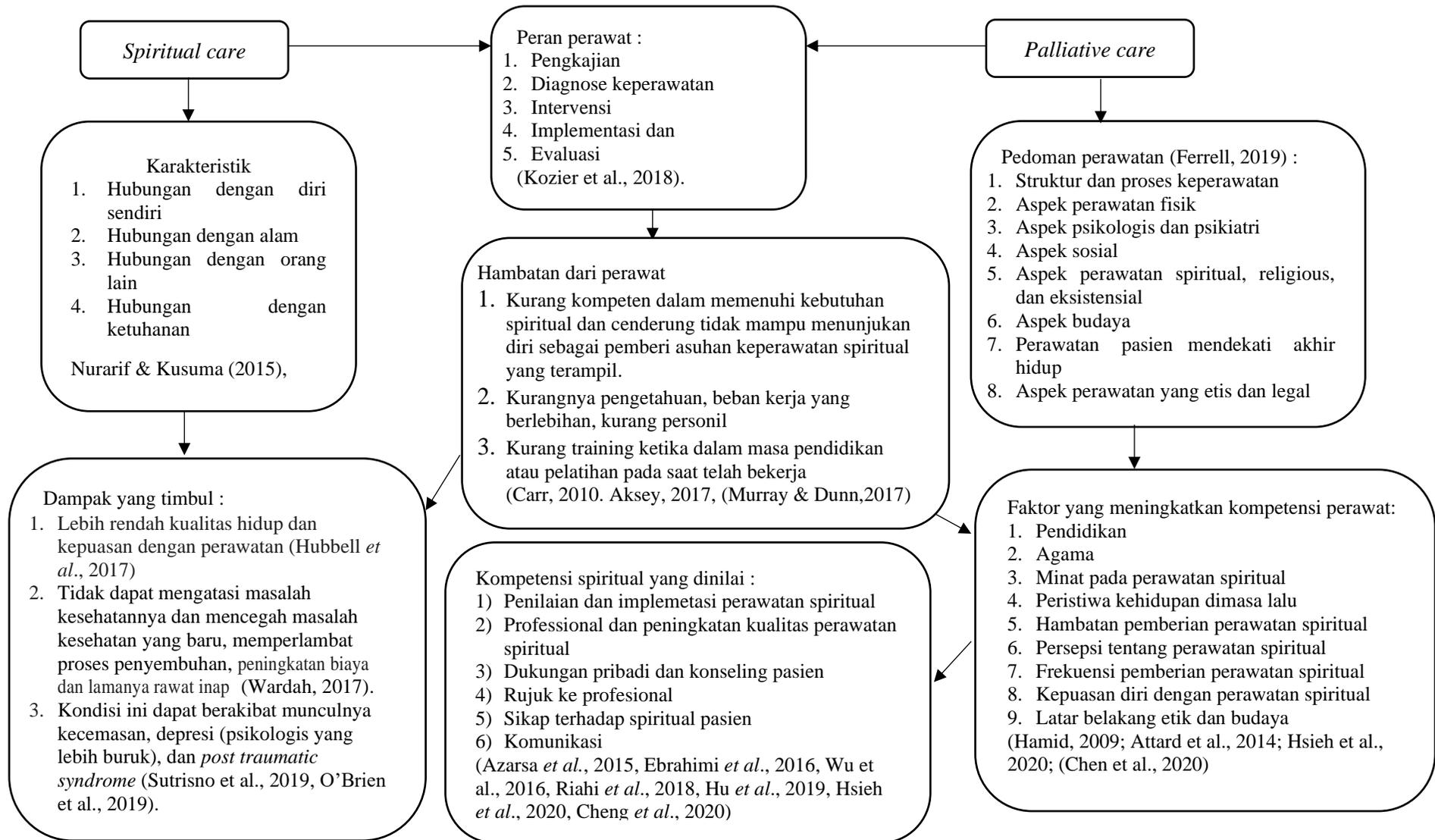
(Leeuwen *et al.*, 2009 dalam Azarsa *et al.*, 2015, Anisa *et al.*, 2018, Cheng *et al.*, 2020) yang terdiri atas :

- 1) Penilaian dan implementasi perawatan spiritual
- 2) Professional dan peningkatan kualitas perawatan spiritual
- 3) Dukungan pribadi dan konseling pasien
- 4) Rujuk ke professional
- 5) Sikap terhadap spiritual pasien
- 6) Komunikasi

Sementara itu menurut Attard *et al.*, (2014), menyarankan tujuh faktor yang dapat meningkatkan kompetensi *spiritual care* perawat: (a) belajar dari panutan dalam pengaturan klinis, (b) spiritualitas pribadi, (c) pengalaman hidup, (d) pengalaman rawat inap masa lalu, (e) bekerja di unit kebidanan, (f) organisasi perawatan yang berpusat pada perorangan, dan (g) usia dan kedewasaan siswa. Hasil penelitian membuktikan kompetensi perawatan spiritual perawat berkaitan dengan persepsi spiritual atau perawatan spiritual (Ross *et al.*, 2016, 2018) kesejahteraan spiritual, sikap spiritual, perspektif spiritual (Azarsa *et al.*, 2015) dan latihan spiritual (Ross *et al.*, 2016).

Selain itu, untuk meningkatkan kompetensi perawat, dibutuhkan pengetahuan, keterampilan, sikap (Vogel & Schep-Akkerman, 2018), dan nilai (Juntasopeepun *et al.*, 2019). Oleh karena itu, kompetensi membutuhkan ketrampilan yang berkaitan dengan kerjasama dan multiprofesionalisme, disamping pengembangan profesional yang berkelanjutan. Bidang kompetensi yang sama telah diakui penting saat menilai pengetahuan, keterampilan, dan kebutuhan pendidikan perawat (Soikkeli-jalonon *et al.*, 2020 dan Teixeira *et al.*, 2019).

## KERANGKA TEORI



#### 4. Tinjauan Literatur Tentang *Scoping Review* (ScR)

##### a. Definisi

Seiring dengan meningkatnya penelitian utama, pelaksanaan tinjauan juga semakin berkembang. Salah satu jenis tinjauan adalah *scoping review* disebut juga tinjauan pemetaan adalah tinjauan yang digunakan untuk memetakan suatu konsep kunci dalam bidang penelitian tertentu, juga untuk menjelaskan definisi kerja, dan ataupun pembatasan konsep suatu topik (Arksey & O'Malley, 2005). *Scoping review* berguna untuk memeriksa bukti yang masih belum spesifik pertanyaan penelitiannya dalam mensintesis bukti (Peters et al., 2020). Tinjauan ini dilakukan dengan tujuan untuk memetakan bukti yang ada dan dapat dilakukan sebagai latihan pendahulu sebelum melakukan *systematic review* (Anderson et al., 2008).

*Scoping review* berbeda dengan *systematic review* dimana pada *scoping review* mengkaji berbagai penelitian dengan konsep yang lebih luas, sedangkan *systematic review* dengan menjawab pertanyaan penelitian dalam ruang lingkup lebih spesifik (S. Cooper et al., 2019). Adapun perbedaan *scoping review* dengan *systematic review* (Munn et al., 2018):

Tabel 2.2 Perbedaan *scoping review* dengan *sistematic review*

|   | <i>Scoping review</i><br>(ScR) | <i>Systematic review</i><br>(SR) |
|---|--------------------------------|----------------------------------|
| Protokol tinjauan aprior  | Ya (beberapa)                  | Ya                               |
| Pendaftaran PROSPERO untuk protokol <i>review</i>   | Tidak                          | Ya                               |
| Strategi pencarian yang eskplisit, transparan dan <i>peer-review</i>                                  | Ya                             | Ya                               |
| Format ekstraksi data   | Ya                             | Ya                               |
| Penilaian <i>Critical Appraisal</i> (resiko bias)   | Tidak                          | Ya                               |
| Sintesis temuan dari studi individu dan pembuatan temuan ringkasan (meta-analisis atau meta-sintesis) | Tidak                          | Ya                               |

b. Indikasi Penyusunan *Scoping Review*

Adapun indikasi dalam menyusun *scoping review* (Munn et al., 2018), sebagai berikut:

- a. Sebagai tinjauan pendahulu sebelum *systematic review*
- b. Untuk mengenali jenis bukti yang ada pada bidang tertentu.
- c. Untuk mengenali dan menganalisis adanya kesenjangan ilmu pengetahuan.
- d. Untuk menguraikan sebuah konsep utama dalam literatur.
- e. Untuk memonitoring bagaimana penelitian terlaksana pada pada suatu area khusus
- f. Untuk mengenali ciri-ciri utama atau faktor yang ada kaitannya dengan suatu teori.

c. Kerangka Kerja *Scoping Review*

Pada mulanya dalam menyusun kerangka kerja sebuah *scoping review* diusulkan oleh Arksey & O'Malley (2005) kemudian pada tahun 2012 Levac & Colleagues mengembangkan lebih rinci pada setiap tahap peninjauan. Kemudian akhirnya Peters et al. (2020) mengembangkan pedoman penyusunan *scoping review* menjadi panduan dalam The Joanna Briggs Institute (2020). Adapun tahapannya sebagai berikut:

1) Menyesuaikan judul, tujuan dan pertanyaan penelitian

Judul harus memberikan informasi yang jelas dan sesuai indikasi cakupan tujuan topik, judul pada *scoping review* selalu disertakan kata “*scoping review*” sehingga mudah mengidentifikasi jenis dokumen yang ditinjau. Biasanya *scoping review* mempunyai satu pertanyaan utama dan sub-pertanyaan. Pertanyaan penelitian sifatnya luas sebab fokus pada ringkasan data yang umum, tetapi arah pertanyaan harus jelas agar mudah dalam pencarian literatur, dan mengandung unsur PCC; *population, concept* dan *context* (Levac et al., 2010).

## 2) Menentukan kriteria inklusi

Kriteria inklusi harus didefinisikan dengan jelas, karena kriteria ini akan membantu bagi pembaca untuk memahami dengan jelas apa yang diutarakan pengontrol dan bagi peninjau sebagai dasar acuan dalam menentukan sumber-sumber yang sinkron dengan lingkup kajian. Kriteria inklusi harus sesuai dengan judul, tujuan dan pertanyaan penelitian.

### a) Populasi/Peserta

Ciri-ciri populasi harus jelas misanya umur dan kriteria kompetensi lainnya yang ada dalam arah dan pertanyaan penelitian, namun beberapa *scoping review* tidak menggunakan populasi oleh karena berfokus pada desain maupun metode penelitian bidang tertentu.

### b) Konsep

Dalam menyusun *scoping review*, konsep diuraikan sebagai pedoman cakupan dan sejauh mana capaian sebuah penelitian yang akan dipantau. Dalam hal termasuk rincian terkait dengan elemen yang akan ditinjau seperti intervensi, fakta yang menarik, dan atau hasil yang sesuai dengan tujuan pemetaan. Apabila hasil yang akan dijelaskan maka hasil tersebut harus berhubungan dengan tujuan dalam melakukan peninjauan

### c) Konteks

Dalam *scoping review* unsur konteks terdiri dari berbagai jenis, tergantung pada tujuan dan pertanyaan penelitian. Konteks diuraikan secara rinci dan dapat mencakup ruang lingkup, namun tidak terbatas pada budaya tertentu, seperti letak geografis dan atau kepentingan umum, atau berdasarkan jenis kelamin tertentu. Konteks juga dapat mencakup tentang pengaturan tertentu (seperti perawatan akut, perawatan kesehatan primer atau komunitas). Peninjau dapat memilih untuk membatasi konteks tinjauannya dalam negara atau sistem pelayanan kesehatan atau pengaturan perawatan tertentu, disesuaikan topik dan tujuan.

#### d) Jenis sumber bukti

Adapun jenis sumber yang dapat digunakan sebagai referensi adalah termasuk semua literatur yang tersedia, seperti penelitian utama, *systematic review*, meta-analisis, surat, pedoman, *website*, blog dan sumber lainnya. Sumber informasi luas untuk memungkinkan memasukkan bukti. Jika tidak, batasan apa pun yang digunakan pada jenis studi harus dijelaskan secara rinci, contohnya beberapa sumber bukti seperti teks, opini, dan surat tidak akan sesuai atau berguna untuk memenuhi tujuan dan menjawab pertanyaan dari tinjauan cakupan tertentu.

#### 3) Strategi Pencarian

Strategi pencarian secara luas untuk mengidentifikasi sumber bukti utama baik yang dipublikasi maupun tidak terpublikasi serta tinjauan. JBI merekomendasikan ada tiga langkah dalam strategi pencarian. Langkah pertama adalah dengan pencarian terbatas pada dua *database online* yang sesuai dengan topik yaitu *MEDLINE* (*PubMed* atau *Ovid*) dan *CINAHL* dengan menggunakan kata kunci yang sesuai topik. Selanjutnya, tahap kedua dengan menggunakan semua kata kunci yang diidentifikasi kemudian memasukkan pada *database online* yang digunakan. Tahap ketiga dengan mengenali daftar referensi dari artikel yang telah diinklusi.

#### 4) Pemilihan sumber bukti yang akan di inklusi

Pemilahan sumber baik pada pemilihan judul dan abstrak maupun *full-text* sebaiknya dikerjakan minimal dua orang pemantau secara bebas, dan apabila ada ketidaksepakatan dapat diselesaikan dengan kesepakatan atau keputusan pemantau ketiga. Kemudian pemilahan dikerjakan berdasarkan ciri inklusi yang telah ditentukan sebelumnya dalam aturan kajian. Strategi pencarian artikel telah ditetapkan sebelum melakukan *scoping review* apakah secara elektronik, *search engines*, *database* dan *website* atau pencarian secara manual dengan memasukkan kata kunci yang telah ditetapkan.

Proses pencarian dinarasikan dalam wujud deskripsi, beserta diagram alur proses pencarian berdasarkan PRISMA-ScR. Adapun perangkat lunak yang digunakan harus dijelaskan untuk pengelolaan hasil pencarian seperti *Covidence*, *Endnote*, *JB I Summari*.

5) Ekstraksi data

Pada *scoping review*, proses ekstraksi data disebut sebagai pembuatan bagan data (*data chating*). Proses ini dibuat dalam bentuk tabel atau bagan implementasi rangkuman dan gambaran hasil yang sesuai dengan arah dan pertanyaan tinjauan pelingkupan. Adapun beberapa data yang disampaikan oleh peninjau adalah sebagai berikut:

- a) Penulis
- b) Tahun dipublikasi
- c) Asal negara (lokasi penelitian atau diterbitkan)
- d) Tujuan penelitian
- e) Populasi dan sampel dalam studi (jika ada)
- f) Metodologi
- g) Jenis intervensi (masukkan jika ada pembanding)
- h) Hasil secara terinci seperti cara mengukur (jika ada)
- i) Hasil utama yang terkait dengan pertanyaan *scoping review*

6) Analisa bukti yang diekstraksi

Dalam *scoping review* perlu diketahui bahwa disini tidak dilakukan sintesis hasil dari sumber bukti yang diringkas sebab hal ini sangat tepat pada *systematic review*. Pada sebagian studi, peneliti *scoping review* dapat menjelaskan temuan ekstraksi data dalam bentuk pemetaan dibandingkan analisis. Meskipun sebagian besar *scoping review* memerlukan konsep, populasi, karakteristik, atau bidang data lainnya, namun penulis *scoping review* dapat melakukan analisa bukti yang lebih mendalam, seperti analisa kualitatif. Perlu diketahui bahwa analisa kualitatif dalam *scoping review* biasanya bersifat deskriptif dan peninjau tidak dapat melakukan sintesis tematik karena hal ini

bukan cakupan *scoping review* melainkan cakupan *systematic review* pada sintesis kualitatif. Umumnya analisa data dalam lingkup tergantung pada tujuan dan penilaian peninjau sendiri dan perlu dipertimbangkan terkait dalam menganalisa bukti penulis transparan dan eksplisit dalam pendekatan yang digunakan, termasuk pembenaran pendekatan mereka dan secara jelas melaporkan setiap analisa, serta sebanyak mungkin direncanakan dan ditetapkan secara apriori.

7) Presentasi hasil

Hasil *scoping review* dapat disajikan sebagai pemetaan data yang disaring dari sumber bisa dalam bentuk diagram atau tabel, dan atau dalam format deskriptif yang sesuai dengan tujuan dan ruang lingkup tinjauan. Unsur ciri inklusi PCC dapat digunakan dalam panduan bagaimana data harus disajikan dengan tepat. Penyajian data dapat disajikan dalam bentuk tabel, diagram bagan atau gambar, dan disesuaikan dengan tujuan pertanyaan penelitian. Akhir dari tujuan pemetaan data adalah untuk mengidentifikasi, mengkarakterisasi dan meringkas bukti penelitian terkait suatu topik, termasuk dalam mengidentifikasi kesenjangan penelitian.

8) Rangkuman bukti

Pada *scoping review* untuk tahap ringkas bukti harus meliputi unsur kriteria inklusi yaitu PCC (*Population, Concept dan Context*), berhubungan dengan tujuan penelitian, mencakup kesimpulan dan implikasi studi terhadap temuan dan praktik.

9) Kualitas *Scoping Review*

Seperti yang dipaparkan sebelumnya, bahwa *scoping review* merupakan tinjauan dengan lingkup yang luas dan tidak membatasi sumber pencarian, sehingga artikel yang tidak diterbitkan dapat dimasukan dalam proses *peer review*. Oleh karena itu, sebuah *scoping review* dibutuhkan panduan yang berisi poin-poin untuk mengkritisi *study scoping review* untuk menjamin kualitas. Menyusun panduan

yang berisi 6 kriteria kunci penilaian kualitas sebuah *scoping review*. karakteristik tersebut selanjutnya terdiri dari beberapa item *ceklis* (daftar terlampir). Secara keseluruhan, daftar periksa, nilai berkisar antara 12-20 poin yang mengindikasikan kepatuhan penulis dalam menyusun *scoping review* sesuai panduan. Kriteria dimana tinjauan dapat ditingkatkan.