

TESIS

**EKSPLORASI KEMAMPUAN PERAWAT DALAM PENERAPAN *SPIRITUAL*
CARE PASIEN KANKER DI RUANG PERAWATAN RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**



**SUPARMAN
R012211025**

**FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

HALAMAN PENGAJUAN TESIS

EKSPLORASI KEMAMPUAN PERAWAT DALAM PENERAPAN *SPIRITUAL CARE* PASIEN KANKER DI RUANG PERAWATAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



SUPARMAN

R012211015

Kepada

**FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2023**

HALAMAN PENGESAHAN

TESIS

**EKSPLORASI KEMAMPUAN PERAWAT DALAM PENERAPAN *SPIRITUAL CARE* PASIEN KANKER DI RUANG PERAWATAN RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

SUPARMAN

Nomor Pokok: R012211025

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 24 Maret 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,



Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 2001 12 2 002



Rini Rachmawaty, S.Kep.,Ns.,MN.,Ph.D
NIP. 19800717 2008 12 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes
NIP. 19740422 1999 03 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 2001 12 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Suparman
NIM : R012211025
Program Studi : S2 Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Eksplorasi Kemampuan Perawat Dalam Penerapan *Spiritual Care* Pasien Kanker di Ruang Perawatan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar

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, 27 April 2023

Yang Menyatakan,



(Suparman)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, tiada kata yang pantas peneliti ucapkan selain puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat, bimbingan, kasih sayang dan anugerah-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan Tesis yang berjudul **“Eksplorasi Kemampuan Perawat Dalam Penerapan *Spiritual Care* Pasien Kanker di Ruang Perawatan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar”**.

Dalam penulisan tesis ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam kesempurnaan penulisan dan dalam penelitiannya. Untuk itu peneliti berharap masukan dan saran yang membangun demi perbaikan tesis ini sehingga dapat menjadi bahan bacaan yang berkualitas dan dapat menjadi rujukan pada pihak tertentu yang membutuhkan.

Dalam penyusunan penelitian tesis ini, Peneliti banyak mendapatkan masukan dan bimbingan dari berbagai pihak maka dari itu perkenankan peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Ariyanti Saleh S.Kp., M.Si dan Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D selaku pembimbing yang telah banyak memberikan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan dalam penulisan tesis ini.
2. Kedua orang tua saya Bapak Sudirman dan Mama Yuaening dan saudara-saudara saya Sutrisno, Setiawan, Muh. Agus Adi Putra dan Airatul Husna yang selalu mensupport dan menguatkan peneliti disaat peneliti merarsa tidak mampu lagi melanjutkan penelitian ini.

3. Kepada istri Nur Afifah dan Anak saya Gibran Ibnu Mahardika yang selalu menjadi penyemangat
4. Kepada para teman-teman seangkatan PSMIK 2021 yang selalu memotivasi dan mendorong peneliti agar selalu semangat menjalani pendidikan ini.
5. Kepada dosen dan staf PSMIK yang telah banyak memberi pelajaran dan pengetahuan yang sangat berharga.

Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Semoga Allah SWT selalu memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Amin.

Makassar, Maret 2023

Penulis



(Suparman)

ABSTRAK

SUPARMAN. Eksplorasi Kemampuan Perawat Dalam Penerapan *Spiritual Care* Pasien Kanker di Ruang Perawatan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar (dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Rini Rachmawaty).

Selama bertahun-tahun kanker masih menjadi masalah utama di dunia maupun di Indonesia dengan catatan yang terus meningkat tiap tahunnya. Orang yang telah terkena kanker tidak semua bisa sembuh. Berbagai macam dampak negatif yang sangat dirasakan oleh pasien yang telah terdiagnosis kanker dan salah satu dampak negatif tersebut adalah gangguan psikologis. Sehingga dibutuhkan suatu intervensi agar gangguan psikologis tersebut dapat diatasi. Intervensi yang dapat dilakukan yaitu *spiritual care*. Namun, pada kenyataannya tidak semua perawat yang bekerja di fasilitas kesehatan memberikan intervensi tersebut karena berbagai hambatan. Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi kemampuan perawat dalam penerapan *spiritual care* dalam perawatan kanker di ruang perawatan rawat inap rumah sakit universitas hasanuddin makassar. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif dengan teknik wawancara mendalam terhadap 10 partisipan dan menggunakan *purposive sampling* dengan tipe sampel homogen. Data dianalisis dengan perangkat lunak NVivo9 (QSR International) dan diberi kode. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 3 tema utama : (1) Pemahaman Perawat Tentang *Spiritual Care*, (2) Penerapan *Spiritual Care*, (3) Hambatan Dalam Penerapan *Spiritual Care*. Kesimpulan perawat telah menerapkan *spiritual care* pada pasien kanker tetapi masih ada hambatan yang di dapatkan dalam penerapannya. Hambatan yang sangat dirasakan yaitu tidak adanya pelatihan yang di dapatkan dari instansi pelayanan kesehatan mereka bekerja namun mereka bersedia mengikuti pelatihan tersebut jika ada pelatihan yang di sediakan.

Kata kunci : *Nurse Barrier, Spiritual Care, Cancer Patient*

ABSTRACT

SUPARMAN. Exploration of Nurse's Abilities in the Application of Spiritual Care for Cancer Patients in the Inpatient Care Room of Hasanuddin University Hospital Makassar (guided by Ariyanti Saleh and Rini Rachmawaty).

Introduction: For many years cancer have remained a major problem in the world as well as in the country with a record that continue to increase every year. People who have been exposed to cancer are not all recoverable. Various kinds of negative impacts are deeply felt by patients who have been diagnosed with cancer and one of these negative impacts is psychological disorders. So an intervention is needed so that the psychological disorder can be overcome. The intervention that can be done is spiritual care. However, in reality not all nurses working in health facilities provide such interventions due to various obstacles. **Purpose:** The purpose of this study is to explore the ability of nurses in the application of spiritual care in cancer care room of Hasanuddin University Hospital. **Method:** This study used a descriptive qualitative method with an in-depth interview technique of 10 participants and used purposive sampling with a homogeneous sample type. **Results:** The data was analyzed with NVivo9 software (QSR International) and coded. The results showed that there were 3 main themes: (1) Nurse's Understanding of Spiritual Care, (2) Application of Spiritual Care, (3) Obstacles in the Application of Spiritual Care. **Conclusions:** The conclusion nurses have applied spiritual care to cancer patients but there are still obstacles in its application. The obstacle that is strongly felt is the absence of training obtained from the health care agencies they work but they are willing to take part in the training if there is training provided.

Keywords: Nurse barrier, spiritual care, cancer patient

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL	
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	10
E. Ruang Lingkup	10
F. Pernyataan Originalitas Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Tinjauan Tentang kanker	13
B. Tinjauan Tentang <i>Spiritual Care</i>	24
C. Kebutuhan Spiritual Pasien Kanker	28
D. Peran Perawat Spiritual.....	30

E. Kompetensi Perawat <i>Spiritual</i>	30
F. Waktu Pemberian Spiritual Care Pada Pasien Kanker.....	31
G. Kerangka Teori	33
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	34
A. Desain Penelitian	34
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	35
C. Populasi dan Sampel	36
D. Instrumen, Metode Dan Prosedur Pengumpulan Data	38
E. Sumber Data.....	40
F. Analisa Data	41
G. Etika Penelitian.....	46
H. Keabsahan Data	47
I. Tahap-Tahap Penelitian Dan Jadwal.....	55
J. Matriks Penelitian	57
BAB IV HASIL PENELITIAN	58
A. Demografi Partisipan	58
B. Hasil Penelitian	60
BAB V DISKUSI.....	86
A. Interpretasi Hasil Penelitian.....	86
B. Keterbatasan Penelitian.....	95

C. Implikasi Penelitian	95
BAB VI PENUTUP	97
A. Kesimpulan	97
B. Saran	98
DAFTAR PUSTKA	99

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1: *Time Schedule* Penelitian

Table 3.2 : Langkah-langkah analisis data kualitatif

Tabel 4.1 : Demografi Responden Perawat

Tabel 4.2 : Hasil Analisis Responden Perawat

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Keperawatan *Spiritual*

DAFTAR LAMPIRAN

- Lembar pengesahan
- Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Permohonan Sebagai Partisipan
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Partisipan
- Lampiran 4 Lembar Pedoman Wawancara
- Lampiran 5 Lembar Rekomendasi Persetujuan Etik
- Lampiran 6 Transkrip Wawancara

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

AS	: Arsen/arsenik
DNA	: Deoksiribonukleat
HKP	: Hak Pasien dan Keluarga
HVP	: <i>Human Papillomavirus</i>
IARC	: <i>International Agency For Research On Cancer</i>
JCAHO	: <i>Joint Commission Accreditation Health Organization</i>
JCI	: <i>Joint Comitte Internasional</i>
KEMENKES RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
NCI	: <i>National cancer institute</i>
P2PTM	: Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular
PQC	: <i>Provider Quality Controler</i>
RNS	: <i>Reactive nitrogen species</i>
ROS	: <i>Reactive oxygen species</i>
RS	: Rumah Sakit
RS UNHAS	: Rumah sakit universitas hasanuddin
SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
UU	: Undang-Undang
UV	: Ultraviolet
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker telah dikenal sebagai utama penyebab kematian dan kesakitan di dunia serta menjadi penghalang untuk meningkatkan harapan hidup seseorang di setiap negara di dunia (Bray et al., 2021). Diperkirakan di seluruh dunia ada 19.3 juta kasus kanker baru (18.1 juta tidak termasuk kanker kulit nonmelanoma) dan kurang lebih 10 juta kematian akibat kanker (9.9 juta tidak termasuk kanker kulit nonmelanoma) terjadi tahun 2020 (World Health Organization, 2020). Kanker payudara pada wanita telah melebihi kanker paru-paru sebagai kanker yang sering didiagnosis, yang diperkirakan ada 2.3 juta kasus baru (11.7%), kemudian kanker paru-paru (11.4%), kanker kolorektal (10.0%), kanker prostat (7.3%), dan kanker pada perut sebanyak (5.6%). Kanker paru-paru tetap menjadi utama penyebab kematian yang diakibatkan oleh kanker, dengan perkiraan 1,8 juta (18%) kematian, diikuti oleh kanker kolorektal (9.4%), kanker hati (8.3%), kanker perut (7.7%), dan kanker pada payudara (6.9%). Insiden keseluruhan adalah 2-3 kali lipat lebih tinggi di negara transisi versus transisi untuk kedua jenis kelamin, sedangkan mortalitas bervariasi < 2 kali lipat untuk pria dan sedikit pada wanita (Sung et al., 2021). Menurut data riskesdas menunjukkan adanya peningkatan pada tahun 2013 dan tahun 2018 prevalensi kanker di Indonesia dari 1,4% menjadi 1,49% (Pangribowo, 2019). Kanker masih menjadi masalah utama kesehatan di dunia dan di Indonesia (Andayani & Julisafri, 2020).

Kasus pada penyakit kanker menjadi peristiwa mengerikan di dunia. Kanker secara holistik berpengaruh pada kehidupan keseharian pasien dengan berbagai gejala yang dapat mengancam psikologis, fisik, kesehatan sosial, dan spiritual (Bandeali et al., 2020). Secara psikologis, penderita kanker akan mengalami rasa sedih yang mendalam, syok, cemas, takut akan kekambuhan dan takut terhadap kematiannya (Nuraeni et al., 2015). Dampak psikologis yang ditimbulkan membuat kebutuhan religi atau keagamaan menjadi hal yang prioritas dalam pemenuhan kebutuhan *spiritual* dibandingkan dengan kebutuhan *spiritual* pada dimensi lainnya antara lain kebutuhan pada kedamaian, kebutuhan pada eksistensi diri dan kebutuhan pada memberi (Q. Cheng et al., 2018). Kesulitan seperti itu dapat memunculkan gejala negatif yang serius dan berjangkauan yang luas seperti kualitas hidup yang buruk, depresi, kecemasan dan kesejahteraan psikologis yang buruk (Akechi, 2012) (de la Torre-Luque et al., 2016). Dengan melihat dampak dari kanker terhadap kebutuhan *spiritual* maka perlu dilakukan penanganan yang tepat dalam mengurangi komplikasi pada penyakit kanker.

Spiritualitas dipahami sesuai dengan Asosiasi Eropa untuk Perawatan Paliatif (Best et al., 2020), sebagai multidimensional termasuk tantangan eksistensial, pertimbangan dan sikap berbasis nilai, serta pertimbangan dan landasan keagamaan. Ini dinamis dan berkaitan dengan pencarian orang akan makna dan tujuan, koneksi dan transendensi (Weathers, Mccarthy, et al., 2016). *Spiritual* merupakan sesuatu hal yang dihubungkan dengan energi atau kekuatan yang bertujuan untuk mendapatkan keyakinan, makna dan tujuan,

harapan, dan kepercayaan terhadap diri, pada orang lain dan termasuk pada keyakinan terhadap Tuhan maupun kekuatan yang lebih besar (Q. Cheng et al., 2018). *Spiritualitas* memiliki dampak positif dalam hal mengatasi dan menangani rasa kehilangan dan penyakit. Kebutuhan *spiritual* merupakan fenomena multidimensi yang bergantung pada latar belakang agama dan budaya setiap individu. Kebutuhan *spiritual* terdiri dari empat dimensi utama, yaitu koneksi, kedamaian, arti/tujuan dan transendensi, dan dipengaruhi oleh kebutuhan psikososial, emosional, eksistensial, dan religi yang mendasarinya (Büssing et al., 2018). Dalam kebutuhan *spiritual* tidak hanya dibutuhkan pada pasien yang *religious* namun pasien *non-religious* juga memiliki kebutuhan *spiritual*. Pemahaman praktis tentang *spiritualitas* menunjukkan ketidakhadiran yang tidak nyaman dan kehadiran yang diharapkan memerlukan identifikasi tentang apa itu 'pencarian *spiritual*' yang sangat penting bagi individu tertentu (Swinton & Pattison, 2010). Interaksi sikap dan keyakinan pasien dan pandangan dunia yang mendasari, keadaan yang ada, dan konteks budaya tertentu menghasilkan apa yang bermakna bagi pasien.

Menurut filosofi perawatan Florence Nightingale, *spiritualitas* melekat pada manusia dan merupakan sumber penyembuhan terdalam dan terkuat (Hatamipour et al., 2015). Pada kondisi tertentu termasuk pada kondisi terminal dan menjelang akhir kehidupan, maka munculnya keluhan pada fisik dan lebih banyak pada emosi seperti stres, cemas atau depresi, kebutuhan *spiritual* menjadi penting bagi pasien (Baldacchino, 2015). Dengan menjadi akrab, kebutuhan pasien dapat meningkatkan kepekaan

terhadap keunikan spiritualitas perawat, dokter, fisioterapis, psikolog, pekerja sosial, pendeta dan profesional lainnya (Hefti & Esperandio, 2016). Mengembangkan lebih lanjut potensi dalam memberikan relasional yang berbasis martabat, belas kasih dan perawatan yang kompeten secara spiritual dalam lingkungan interdisipliner. Dapat memberikan perawatan yang penuh kasih dapat melibatkan profesional keperawatan kesehatan dalam aspek intim kehidupan emosional dan spiritual pasien, menempatkan mereka secara unik untuk membantu mereka dalam mengalami tekanan eksistensial (M. J. Balboni et al., 2014).

Pasien yang telah terdiagnosis kanker tidak semuanya bisa sembuh, namun sebagai perawat perlu pemenuhan kebutuhan *spiritual* pasien kanker sehingga dapat mengurangi rasa cemas dan ketakutan mereka. Dampak negative yang sangat nyata yang dialami saat tidak terpenuhi kebutuhan spiritual yaitu distress spiritual (Smiechowski et al., 2021). Seseorang juga lebih rentan terhadap depresi, mudah gelisah, stress, kepercayaan diri dan motivasi yang hilang, menolak kegiatan ritual, adanya keputusasaan, dan terdapat tanda-tanda seperti menarik diri, menangis, cemas dan kemudian marah, rencana kemudian adanya kejadian bunuh diri, lalu dengan keadaan fisik yang menurun seperti turunnya nafsu makan dan gangguan pada tidur (Hui et al., 2011). Kebutuhan *spiritual* pada pasien kanker harus dikenali, disadari, dan dipertimbangkan dalam perawatan pasien oleh tim kesehatan (Hatamipour et al., 2015). Dalam sebuah literatur mengatakan perawatan *spiritual* sangat efektif dalam mengatasi masalah hal mental, contoh pada

kecemasan, stress, bahkan depresi karena mempengaruhi pasien untuk menerima kondisi kesehatan mereka termasuk komplikasi secara positif (Anisa et al., 2020). Hal ini dapat dilakukan perawat di rumah sakit saat berinteraksi dengan ustadz/pendeta untuk membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien (Dunham et al., 2021).

Pasien dan penyedia layanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk mengevaluasi tekanan *psikososial-spiritual* yang terkait dengan kanker dan memberikan perawatan psiko-ongkologis yang komprehensif secara budaya dan *spiritual* (Abu Khait & Lazenby, 2021). Di dalam badan akreditasi *Joint Commission Accreditation Health Organization* (JCAHO) dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien telah diatur untuk menentukan isi minimal pada asesmen awal yang dimana diantaranya merupakan asesmen spiritual pada bab pelayanan dan pada asuhan pasien juga merupakan asesmen pada pasien tahap terminal yang disesuaikan dengan kebutuhan individu serta kebutuhan spiritual (Ulfa, 2020). Instrumen kebutuhan spiritual telah menggunakan asesmen standar yang diamanatkan oleh badan akreditasi rumah sakit dan bahwa semua pasien yang dilayani di rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan layanannya melalui proses asesmen yang terstandar (Himawan et al., 2019). Dengan demikian, Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling lama berada di sekitar pasien mempunyai kewajiban untuk membantu pemenuhan kebutuhan dasar pasien terutama kebutuhan spiritual pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan di RS Dr. Moewardi Surakarta menunjukkan sekitar setengah dari responden (n=51,54,8%) bahwa pasien telah mendapatkan dukungan spiritual yang baik dari perawat (Madadeta & Widyaningsih, 2015). Sementara penelitian lain juga menunjukkan adanya hubungan pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kualitas hidup pasien kanker dimana nilai ($p\ value=0,000$) dan menyatakan bahwa semakin baik pemenuhan kebutuhan spiritual pasien kanker maka kualitas hidupnya juga meningkat yang berkaitan dengan hal-hal yang kompleks seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, tingkat kemandirian, hubungan social, dan hubungan individu tersebut dengan lingkungannya (Carolina et al., 2021). Adapun penelitian yang dilakukan di bagian onkologi RSUP Wahidin Sudirohusodo sebanyak 24 orang perawat yang bekerja di rumah sakit tersebut menunjukkan bahwa terdapat 12 perawat (50%) memiliki kompetensi spiritual care yang rendah (Anisa et al., 2018).

Asuhan keperawatan *spiritual* yang diberikan di rumah sakit merupakan hal komponen perawatan paliatif yang tidak bisa diabaikan dalam proses penyembuhan pasien (Lieberman et al., 2020). Pada konsensus Nasional yang dilaksanakan di Australia dengan tema yang diambil adalah peningkatan kualitas dan keselamatan pasien dalam layanan perawatan *spiritual* melalui pendekatan pemberian asuhan keperawatan *spiritual* melalui penyedia pelayanan spiritual di rumah sakit (Holmes, 2018). Namun pada kenyataannya dilapangan sering terjadi pengabaian praktik sehari hari hal ini di karenakan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain

faktor personal, profesional dan sosial dalam pemberian asuhan keperawatan *spiritual* (Chew et al., 2016). Hasil survey Kemenkes RI terhadap Rumah Sakit di Indonesia tahun 2014 menunjukkan sekitar 54 – 74 % perawat melaksanakan instruksi medis, 26% perawat melaksanakan pekerjaan administrasi rumah sakit, 20% melaksanakan praktik keperawatan yang belum dikelola dengan baik, dan 68% tugas keperawatan dasar yang seharusnya dikerjakan perawat dilakukan oleh keluarga pasien (Kesehatan & Indonesia, 2018). Sedangkan pada survey awal yang dilakukan pada perawat yang menangani pasien kanker melalui wawancara langsung di ruang rawat inap di RS UNHAS makassar, sebagian besar perawat belum secara optimal memberikan pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Sebagian besar perawat masih memiliki persepsi bahwa pemenuhan kebutuhan *spiritual* dilakukan oleh pemuka agama dan dalam bentuk fasilitasi ibadah keagamaan tertentu dan tidak semua pasien telah mendapatkannya.

Allah berfirman dalam al-Qur'an yang artinya "hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman." (QS. Yunus: 57). Sedangkan dalam Hadist Bukhari 5209 dan 5210 Diriwayatkan dari Abu Sa'id Al-Khudri dan Abu Hurairah ra bahwa Nabi Saw pernah bersabda: "Tidak ada kepayahan, sakit, kesedihan, kesengsaraan dan musibah yang menimpa

seorang muslim, bahkan sekalipun tertusuk duri, melainkan Allah menghapus kesalahan-kesalahannya" (Imam Az-Zabidi).

Dari latar belakang diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Eksplorasi Kemampuan Perawat Dalam Penerapan *Spiritual Care* Pasien Kanker Di Ruang Perawatan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar".

B. Rumusan Masalah

Jumlah penderita kanker di dunia menjadikan penyebab kematian dan sebagai penghalang untuk meningkatkan harapan hidup seseorang di dunia. Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit kronis telah melaporkan spektrum luas dari kebutuhan *spiritual* yang tidak terpenuhi di rumah sakit (Haußmann et al., 2017). Hal ini diperkuat bahwa persepsi perawat tentang cara/bentuk pemenuhan kebutuhan *spiritual* kepada pasien masih terbatas pada membantu kegiatan ibadah pasien, melibatkan keluarga dan tokoh agama serta memberikan semangat (Dunham et al., 2021). Peran perawat dalam mempersiapkan pasien menjelang akhir hayat sangat penting, yaitu sebagai pembimbing *spiritual* pasien, komunikator, fasilitator, dan pemberi dukungan emosional keluarga (Izah et al., 2020). Pemenuhan kebutuhan *spiritual* pasien yang tidak terpenuhi, tidak mendapat kebutuhan *spiritual* untuk mengatasi masalah kesehatan dan mencegah masalah kesehatan yang baru, bahkan memperlambat proses kesembuhan dari pasien tersebut.

Namun seiring berjalannya waktu tuntutan perawatan *spiritual* telah marak dilakukan oleh pemerintah di Indonesia. Hal ini terlihat dalam beberapa

peraturan pemerintah yang tertuang dalam pedoman pemerintah seperti pasal 12 ayat 1 yang menyatakan bahwa hak setiap manusia mendapatkan kesehatan tertinggi yakni fisik dan mentalnya, kemudian UU No 39, Tahun 2009 dimana pemerintah bertanggungjawab menyediakan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat. Pedoman-pedoman tersebut telah dijadikan dasar oleh Rumah Sakit yang ada di Indonesia dengan memperlihatkan usaha dalam membenahan dalam memberikan pelayanan yang aman dan bermutu, dapat di apresiasi pada beberapa RS telah memenuhi standar internasional pada Joint Comitte Internasional (JCI) dimana hal tersebut merupakan Provider Quality Controler (PQC) yang akan menjamin segala kebutuhan pasien terpenuhi termasuk salah satu yang diutamakan adalah kebutuhan spiritual pasien. Kemudian sebagian besar juga Rumah Sakit telah memenuhi Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dimana salah satu item penilaian yang harus dijamin adalah Hak Pasien dan Keluarga (HPK) yang didalamnya tertuang proses pengkajian kebutuhan *spiritual* pasien yang harus dapat dipenuhi oleh para pelayan medis dalam hal ini adalah perawat (Nuridah & Yodang, 2020).

Indonesia dikenal dengan negara yang mempercayai adanya Tuhan sehingga *spiritualitas* menjadi aspek penting dalam penatalaksanaan dalam suatu keperawatan. Kebutuhan *spiritual* sebagai kebutuhan dan harapan yang dimiliki manusia untuk menemukan makna, tujuan, dan nilai dalam hidupnya, kebutuhan tersebut dapat secara khusus bersifat religius, tetapi bahkan orang yang tidak memiliki keyakinan agama atau bukan penganut agama yang

terorganisir memiliki sistem kepercayaan yang memberi arti dan tujuan hidup mereka (Forouzi et al., 2017). Dalam pemenuhan kebutuhan *spiritual* menjadi aspek penting dalam proses kesembuhan klien yang merupakan salah satu tugas perawat untuk memenuhi kebutuhan *spiritual* tersebut dengan melihat kebutuhan *spiritual* yang tepat bagi klien (Kamil et al., 2018).

Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah untuk “Mengeksplorasi Kemampuan Perawat Dalam Penerapan *Spiritual Care* Pasien Kanker di Ruang Perawatan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi kemampuan perawat dalam penerapan *spiritual care* dalam perawatan kanker di ruang perawatan rawat inap rumah sakit universitas hasanuddin makassar.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan acuan terkait penerapan *spiritual care* dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien kanker di RS UNHAS Makassar.

2. Bagi Profesi Perawat

Memberikan pengetahuan tambahan mengenai kebutuhan *spiritual* pada pasien kanker, sehingga nantinya perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan *spiritualitas* secara *holistik*.

E. Ruang Lingkup

1. Lingkup Masalah : Hambatan kemampuan perawat dalam pemenuhan kebutuhan *spiritual care* pasien kanker.
2. Lingkup Keilmuan : Lingkup Keperawatan Medikal Bedah.
3. Lingkup Tempat : Tempat penelitian ini akan dilaksanakan di RS UNHAS Makassar.
4. Lingkup Sasaran : Perawat yang menangani pasien kanker

F. Pernyataan Originalitas Penelitian

Penelitian terkait kemampuan perawat dalam pemenuhan *spiritual care* dalam pemenuhan *spiritualitas* pada pasien kanker telah banyak dilakukan. Pemahaman tentang intervensi perawatan spiritual bagi pasien kanker telah dilakukan namun dalam bentuk tinjauan sistematis dimana penelitian tersebut membahas tentang intervensi perawatan spiritual berupa terapi musik; perawatan spiritual berdasarkan prinsip ajaran Buddha; konseling spiritual; program perawatan spiritual; dan intervensi berbasis spiritual islam dengan hasil dimensi agama dan dimensi eksistensial mengalami peningkatan nilai yang signifikan (Herniyanti et al., 2019). Beberapa penelitian lain juga telah dilakukan mengenai *spiritual care*, diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Khezri (2022) dalam pemberian asuhan keperawatan berbasis *Support-Based Spiritual Care Model* dapat memberikan harapan pada pasien kanker payudara. Intervensi berbasis spiritual dan agama dapat meningkatkan coping pasien dengan kanker dan meningkatkan kualitas hidup yang mengalami perawatan di rumah sakit (Davari et al., 2022). Perawatan spiritual efektif dalam mengurangi kelelahan dan rasa sakit secara signifikan di antara pasien kanker yang

menerima kemoterapi (Amini & Tahrekhani, 2022). Sementara berbagai penelitian tentang keyakinan melalui spiritualitas/religius memberikan kekuatan dan motivasi dalam menjalani pengobatan hingga dinyatakan sembuh (Distinarista, 2018). Pasien kanker stadium lanjut yang dirawat sangat membutuhkan pelayanan spiritual (Komariah et al., 2020). Pemenuhan kebutuhan spiritual dalam konteks asuhan keperawatan merupakan bagian penting dari pemberian asuhan keperawatan yang holistik, dengan demikian dibutuhkan kemampuan dalam pemahaman serta peran perawat dalam hal penerapan *spiritual care* yang masih belum optimal. Oleh karena itu, penelitian ini mengeksplorasi kemampuan perawat dalam pemenuhan *spiritual care* pasien kanker di rumah sakit Universitas Hasanuddin Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menguraikan tinjauan literatur tentang kanker, tinjauan tentang spiritual care, kebutuhan *spiritual* pasien kanker, peran perawat *spiritual care*, kompetensi perawat *spiritual*, waktu pemberian spiritual care pada pasien cancer dan serta kerangka teori.

A. Tinjauan Tentang kanker

1. Pengertian kanker

Kanker adalah penyakit yang dimana sel abnormal membelah tanpa terkendali dan dapat menyerang jaringan di sekitarnya dan Sel kanker juga dapat menyebar ke bagian tubuh lain melalui darah dan sistem getah bening (National Cancer Institute, 2020).

Kanker adalah istilah umum untuk sekelompok besar penyakit yang dapat menyerang bagian tubuh mana pun. Istilah lain yang digunakan adalah tumor ganas dan neoplasma. Salah satu ciri khas kanker adalah penciptaan cepat sel-sel abnormal yang tumbuh melampaui batas biasanya, dan yang kemudian dapat menyerang bagian tubuh yang berdekatan dan menyebar ke organ lain; proses terakhir disebut sebagai metastasis. Metastasis luas adalah penyebab utama kematian akibat kanker (World Health Organization, 2022).

2. Etiologi

Penyakit kanker merupakan penyakit keganasan yang dapat terjadi pada setiap organ tubuh kecuali rambut dan kuku. Kanker disebabkan oleh

berbagai faktor risiko seperti kegemukan, merokok, kurang aktivitas fisik, diet tidak seimbang, ketidakseimbangan hormonal, perubahan gaya hidup, pencemaran lingkungan, dan keturunan (p2ptm, 2020). Menurut WHO (2022) penyebab kanker yaitu munculnya dari transformasi sel normal menjadi sel tumor dalam proses multi-tahap yang umumnya berkembang dari lesi pra-kanker menjadi tumor ganas. Perubahan tersebut merupakan hasil interaksi antara faktor genetik seseorang dengan tiga kategori agen eksternal, antara lain:

a) Karsinogen fisik

1) Ultraviolet

Pada kasus ini biasa terjadi pada kulit salah satu faktor risiko penyebab kanker kulit yaitu paparan sinar UV dari matahari yang berlebih (Rahayu et al., 2017). Paparan sinar UV dapat memicu terbentuknya dan RNS (Reactive Nitrogen Species) dan ROS (Reactive Oxygen Species). Pada umumnya RNS yang dihasilkan yaitu nitrit dioksida dan nitrit oksida, sedangkan ROS yang terbentuk adalah anion superoksidan, radikal hidroksil dan peroksil (Santosa & Baharuddin, 2020). Radikal-radikal ini akan mengganggu regulasi sel sehingga menyebabkan kerusakan sel bahkan kematian sel. Selain itu, radikal bebas ini juga dapat menimbulkan mutase yang berakibat pada munculnya proses karsinogenesis (Rahayu et al., 2017). Radikal-radikal ini akan mengganggu regulasi sel sehingga menyebabkan kerusakan sel

bahkan kematian sel. Selain itu, radikal bebas ini juga dapat menimbulkan mutasi yang berakibat pada munculnya proses karsinogenesis (Santosa & Baharuddin, 2020).

2) Radiasi Pengion

Paparan radiasi pengion dapat menimbulkan kerusakan pada sel yakni asam deoksiribonukleat (DNA) dan kromosom sebagai sasaran utama paparan radiasi yang dapat mengarah ke sel kanker seperti paru, kulit, dll (Syarifudin, 2017). Pengaruh dari radiasi pengion dapat menyebabkan kerusakan haemopoetik (kelainan darah), seperti anemia, leukimia, dan leukopeni yaitu menurunnya jumlah leukosit ($\leq 6.000/m^2$) dan menimbulkan efek deterministik pada organ reproduksi atau gonad (kemandulan) serta menyebabkan menopause dini sebagai akibat dari gangguan hormonal sistem reproduksi (Mauliku et al., 2019). Semakin besar dosis yang diterima, semakin besar pula dampak negatif yang terjadi, sehingga dampak negatif dari radiasi tersebut sebanding dengan jumlah radiasi yang diterima (Septiano et al., 2021).

b) Karsinogen Kimiawi

1) Asbes

Asbestosis yaitu gangguan pada paru karena penyerapan jangka panjang serat asbes. Beberapa gejala asbestosis yang umumnya dialami, antara lain: sesak napas saat beraktivitas, batuk kering yang

terus-menerus, rasa tidak nyaman di dada dapat berupa nyeri atau dada terasa berat, tidak nafsu makan, penurunan berat badan dan ukuran ujung jari yang lebih besar (clubbing). Terhirupnya serat asbes melalui sistem pernafasan dan pengendapannya yang terjadi di dalam paru dapat memicu kanker paru jenis mesothelioma yang mematikan (Akhadi, 2015).

2) Komponen Asap Tembakau

Label peringatan pada produk tembakau terkadang menampilkan gambar dan cerita kesehatan orang yang dipengaruhi oleh rokok. Karsinogen yang paling umum dalam masyarakat adalah rokok (asap rokok). Asap rokok mengandung setidaknya 60% karsinogen dan racun. Selain menyebabkan 80 sampai 90 persen dari kanker paru-paru, meroko juga menyebabkan kanker mulut, faring, laring, esophagus, pancreas, ginjal, dan kandung kemih.

3) Alkohol

Laporan status global WHO tentang alkohol dan kesehatan 2018 menyajikan gambaran komprehensif tentang konsumsi alkohol dan beban penyakit yang disebabkan oleh alkohol di seluruh dunia. Bahaya mengkonsumsi alkohol termasuk dalam lima besar faktor resiko untuk penyakit, kecacatan dan kematian di seluruh dunia. Konsumsi alkohol dapat meningkatkan berbagai resiko terhadap kesehatan seperti ketergantungan alkohol, sirosis hepar, kanker dan luka-luka akibat efek langsung maupun tidak langsung dari

intoksikasi alkohol (Hammer et al., 2018). Alkohol mengganggu pengaturan eksitasi atau inhibisi di otak, sehingga mengonsumsi alkohol dapat mengakibatkan terjadinya disinhibisi, ataksia dan sedasi (Shield et al., 2012). Efek farmakologis etanol meliputi pengaruhnya pada proses timbulnya penyakit, perkembangan prenatal, sistem gastrointestinal, kardiovaskular dan sistem saraf pusat. Etanol mengganggu keseimbangan eksitasi dan inhibisi transmisi listrik di otak, yang menyebabkan disinhibisi, ataksia dan sedasi. Toleransi terhadap etanol mulai timbul setelah penggunaan kronis yang ditunjukkan antara lain dengan gangguan psikis dan aktivitas bila konsumsi alkohol dihentikan secara tiba-tiba (Brunton LL, Lazo JS, 2022).

4) Aflatoksin (Pencemar Makanan)

Serat pangan, dikenal juga sebagai serat diet atau dietary fiber, merupakan bagian dari tumbuhan yang dapat dikonsumsi dan tersusun dari karbohidrat yang memiliki sifat resistan terhadap proses pencernaan dan penyerapan di usus halus manusia serta mengalami fermentasi sebagian atau keseluruhan di usus besar. Jadi serat pangan merupakan bagian dari bahan pangan yang tidak dapat dihidrolisis oleh enzim-enzim pencernaan. Sayur-sayuran dan buah-buahan merupakan sumber serat pangan yang sangat mudah ditemukan dalam bahan makanan. Adanya perubahan pola konsumsi pangan di Indonesia menyebabkan berkurangnya konsumsi sayuran

dan buah-buahan hasil penelitian dan kajian diikuti juga terjadinya pergeseran atau perubahan pola penyakit penyebab mortalitas dan morbiditas di kalangan masyarakat, ditandai dengan dengan perubahan pola penyakit-penyakit infeksi menjadi penyakit-penyakit degeneratif dan metabolik. Secara nyata dialami masyarakat perkotaan yang sebagian masyarakatnya begitu sibuk cenderung mengonsumsi makanan siap saji, dan terjadi pergeseran pola makan dari tinggi karbohidrat, tinggi serat dan rendah lemak ke pola konsumsi rendah karbohidrat dan rendah serat, tinggi lemak dan tinggi protein. Hal inilah yang menyebabkan tingginya kasus penyakit-penyakit seperti jantung koroner, kanker kolon (usus besar), dan penyakit degeneratif lainnya di Indonesia (Santoso, 2017)

5) Arsenic (Pencemar Air Minum)

Arsen (As) atau sering disebut arsenik adalah suatu zat kimia yang ditemukan sekitar abad-13. Sebagian besar arsen di alam merupakan bentuk senyawa dasar yang berupa substansi inorganik. Arsen inorganik dapat larut dalam air atau berbentuk gas dan terpapar pada manusia. Arsenik salah satu unsur paling beracun dan dijumpai dalam tanah, udara dan air. Secara alami arsenik dihasilkan dari letusan gunung vulkanik yang dapat melepaskan sekitar 3000 ton setiap tahun. Meskipun demikian aktivitas manusia yang diduga bertanggung jawab atas pelepasan arsenik lebih dari 80.000 ton tiap

tahunnya karena pembakaran bahan bakar dari fosil dan berbagai kegiatan industri. Arsen banyak ditemukan di dalam air tanah. Hal ini disebabkan arsen merupakan salah satu mineral yang memang terkandung dalam susunan batuan bumi. Arsen dalam air tanah terbagi dalam dua bentuk, yaitu bentuk tereduksi, terbentuk dalam kondisi anaerobik, sering disebut arsenit. Bentuk lainnya adalah bentuk teroksidasi, terjadi pada kondisi aerobik, umum disebut sebagai arsenat . Arsenik sudah dikenal sejak lama dan sangat beracun banyak digunakan sebagai racun pembunuh. Arsen banyak digunakan dalam industri metalurgi, pabrik gelas, produksi bahan warna (pigmen) dan industri yang memproduksi bahan kimia arsen (Agustina, 2014).

c) Karsinogen Biologis

1) Infeksi Dari Virus

Salah satu virus yang dapat menyebabkan kanker yaitu human papillomavirus (HPV). HPV merupakan virus DNA sirkuler rantai ganda, berukuran kecil, tidak memiliki selubung (envelope) dan masuk dalam keluarga Papillomaviridae. Saat ini, lebih dari 200 jenis HPV yang berbeda telah dikarakterisasi dan sekitar 30 sampai 40 dapat menginfeksi lapisan epitel saluran anogenital dan area mukosa lainnya pada tubuh manusia. Berdasarkan hubungan mereka dengan kanker serviks dan lesi prekursor, HPV dapat diklasifikasikan menjadi Low Risk-HPV (LR-HPV), potential High

Risk-HPV (pHR-HPV), dan High Risk-HPV (HR-HPV). LR-HPV tipe 6 dan 11, dapat menyebabkan kutil kelamin yang umum atau lesi hiperproliferatif jinak dengan kecenderungan tidak berkembang menjadi ganas, sementara infeksi HR-HPV, terutama HPV tipe 16 dan 18, merupakan penyebab utama terjadinya lesi pra-ganas dan ganas pada kanker serviks invasif (Serrano et al., 2018).

2) Bakteri

Kolonisasi mukosa lambung oleh *H.pylori* menghasilkan induksi respons peradangan, terutama pada sel T-helper 1 (Th1) yang menimbulkan gastritis (Mustafa et al., 2017). Bila infeksi ini tidak diobati dan berlanjut maka gastritis akut akan berubah menjadi gastritis kronis aktif. Hal ini sering ditemukan pada penderita dengan infeksi *H.pylori*-positif karena gejala klinis yang ditimbulkan kurang jelas (Wroblewski et al., 2010). Respon inflamasi ini ditandai oleh ditemukan neutrofil, sel mononuklear, dan sel T-helper 1 (Th1) yang berkaitan dengan respon imun penderita (Ishaq & Nunn, 2015). Sel Th1 menyebabkan kerusakan pada sel epitel mukosa lambung. Proses peradangan yang berlangsung menimbulkan terbentuknya reactive oxygen species (ROS) yang dapat mutasi DNA (Ishaq & Nunn, 2015). Respon imun, gaya hidup, diet dan genetik menjadi faktor yang penting dalam perjalanan penyakit ini. Keadaan gastritis kronis aktif dapat berubah menjadi atrofi sel dan kemudian selanjutnya berubah menjadi

intestinal metaplasia, kemudian displasia dan pada akhirnya menyebabkan terjadinya kanker lambung (X. J. Cheng et al., 2016).

3) Parasit Tertentu.

Salah satu parasite yang menyebabkan kanker yaitu parasite yang berada di rongga mulut yang dianggap sebagai minoritas dalam ekosistem mikroba rongga mulut, mereka juga dicurigai sebagai kandidat car cinogenic, karena parasit yang terletak di bagian lain dari tubuh manusia telah ditemukan untuk mendorong perkembangan tumor. Peningkatan level Veillonella dalam sampel air liur dianggap memprediksi risiko tinggi kanker lambung dan kanker paru-paru (J. Wu et al., 2018). Hilangnya Neisseria dalam air liur divalidasi sebagai penanda untuk kanker pancreas (Torres et al., 2015). Peningkatan kadar Capnocytophaga dikaitkan dengan risiko tinggi untuk OSCC, sementara relatif tingkat yang lebih rendah dari Capnocytophaga bertindak sebagai penanda untuk ESCC. Baru-baru ini, teknologi susunan pan-patogen (PathoChip) diterapkan untuk menggambarkan biomarker mikroba yang unik untuk jaringan OSCC manusia. Selain bakteri dan virus onkogenik, parasit dan jamur juga terdeteksi dalam susunan tersebut (Banerjee et al., 2018).

Melalui lembaga penelitian kankernya, *International Agency for Research on Cancer* (IARC), mempertahankan klasifikasi agen penyebab kanker. Insiden kanker meningkat secara dramatis seiring bertambahnya usia, kemungkinan besar karena peningkatan risiko kanker tertentu yang

meningkat seiring bertambahnya usia. Akumulasi risiko keseluruhan dikombinasikan dengan kecenderungan mekanisme perbaikan sel menjadi kurang efektif seiring bertambahnya usia seseorang.

3. Patofisiologi

Kanker terdiri atas banyak penyakit yang melibatkan sel yang telah berubah sedemikian rupa namun masih dapat bermultiplikasi, tumbuh, dan menyebar. Proses di mana sel normal berubah menjadi ganas atau sel kanker disebut karsinogenesis (Black & Hawks, 2014). Empat tahap yang telah diidentifikasi dalam proses ini adalah sebagai berikut :

- a) Inisiasi muncul ketika sebuah karsinogen merusak DNA (*Deoksiribonukleat*). Karsinogen menyebabkan perubahan struktur dan fungsi sel di genetik atau molekuler dan dapat bersifat reversibel.
- b) Promosi terjadi dengan tambahan kerusakan pada sel, menyebabkan kerusakan genetik yang lebih jauh. Pada satu titik tertentu, kerusakan genetik ini akan menyebabkan perubahan keganasan (*malignant conversion*).
- c) Pada tahap perkembangan (*progression*), sel telah menjadi sangat ganas, baik dalam penampakan maupun sifat, dan berkembang menjadi kanker yang bersifat invasif dengan metastasis ke bagian tubuh lainnya.

4. Pengobatan Kanker

Tindakan pengobatan yang dapat dilakukan pada pasien penderita kanker (Wahyudi et al., 2021) :

a) Pembedahan

Tindakan pembedahan (*operasi pengangkatan*) sangat efektif dilakukan jika pada tumor primer dengan tepi jaringan normal dan kelenjar getah bening regional dan tidak merugikan sel normal.

b) Radioterapi

Radioterapi adalah pengobatan dengan menggunakan sinar X yang bertegangan tinggi yang di berikan pada pasien tumor yang memiliki bentuk yang lebih agresif atau sel tumor yang masih ada di sekitar luka bedah. Tindakan ini di perlukan sebagai pengobatan adjuvan untuk mengurangi risiko kambuhnya penyakit. Namun pengobatan ini biasanya menghabiskan waktu 5- 6 minggu jika tindakan ini dilakukan secara keseluruhan.

c) Pengobatan Hormonal

Pengobatan ini memiliki pengaruh yang sangat efektif pada jenis tumor dengan reseptor hormonal yang positif melalui pemberian obat yang berfungsi untuk memblok efek hormon esterogen yang merangsang pertumbuhan sel-sel kanker pada wanita sehingga dapat di hentikan. Pengobatan ini dapat di lakukan dengan mengonsumsi tablet obat dalam waktu hingga 10 tahun.

d) Kemoterapi

Pengobatan kemoterapi adjuvan dilakukan dengan pemberian obat sitotoksis anti kanker, yang befungsi untuk membunuh sel-sel sisa

kanker. Sehingga dapat membantu mengurangi risiko kekambuhan yang sudah ada.

B. Tinjauan Tentang *Spiritual Care*

1. Definisi

Spiritual merupakan salah satu kebutuhan fundamental yang dibutuhkan individu agar mampu memberikan motivasi terhadap perubahan yang lebih baik untuk mempertahankan keharmonisan dan keselarasan seseorang dengan dunia luar, dan merupakan upaya individu untuk menjawab atau merupakan kekuatan ketika menghadapi stress emosional, penyakit fisik, atau kematian (Novitarum, 2016). *Spiritualitas* dapat mengarah pada cara pandang yang optimis, seringkali mampu membangun sikap positif yang dapat berfungsi sebagai dukungan terapeutik dan sebagai elemen penting dalam perawatan pasien (Brasileiro et al., 2017). Pasien yang menerima *spiritual care* akan lebih patuh pada perawatan medisnya, akan memiliki lebih sedikit gangguan emosional dan penyalahgunaan zat, memiliki dukungan social yang lebih besar, akan lebih sering melakukan perilaku kesehatannya dan memiliki masa hidup yang lebih lama (Anisa et al., 2020). *Spiritual care* merupakan aspek mendasar dari keperawatan dalam meningkatkan kesehatan pasien. Konsep *spiritual* itu sangat kompleks dan berhubungan dengan cara memberi makna keberadaannya, tujuan, asal-usulnya dan bagaimana membimbing interaksi mereka dengan orang lain di dunia pada umumnya yang menyangkut sistem kepercayaan dan pandangan dunia oleh individu

yang dihubungkan dengan otoritas transcendence, yang didefinisikan oleh iman atau oleh individu (Timmins & Caldeira, 2017).

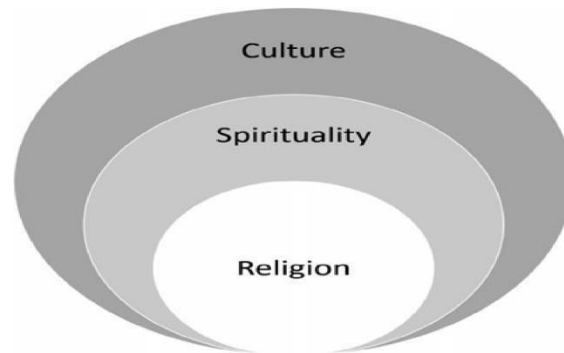
Model *spiritual care interprofesional* dijelaskan dalam beberapa konferensi nasional menggambarkan penderitaan sebagai tekanan spiritual termasuk didalamnya adalah (Toivonen et al., 2018) :

- a) Eksistensi
- b) Pengabdian kepada Tuhan/orang lain
- c) Kekhawatiran tentang hubungan dengan Tuhan /transendensi
- d) Sistem kepercayaan yang bertentangan
- e) Putus asa atau kehilangan harapan
- f) Duka /kehilangan
- g) Rekonsiliasi
- h) Isolasi

2. Konsep Spiritual

Spiritualitas merupakan suatu refleksi dari pengalaman internal yang diekspresikan secara individual yang dipresentasikan dalam banyak aspek antara lain agama, keyakinan/keimanan, harapan transendensi dan pengampunan berdasarkan model RSC (agama, spiritualitas, dan budaya) menunjukkan hubungan antara domain agama, *spiritualitas*, dan budaya,

seperti yang dipahami rohaniawan dan perawat (Donesky et al., 2020).



Gambar 2.1 Struktur Keperawatan Spiritual

Konsep keperawatan *spiritual* diuraikan sebagai berikut (Villani et al., 2019) :

a) Agama

Merupakan sistem dari kepercayaan dan praktik-praktik yang terorganisir yang menawarkan cara-cara mengekspresikan spiritual dengan memberikan panduan yang mempercayainya dalam merespon pertanyaan-pertanyaan dan tantangan kehidupan.

b) Keyakinan / Keimanan

Keyakinan adalah komitmen kepada sesuatu atau seseorang. Keimanan memberi makna hidup, memberikan kekuatan pada saat individu mengalami kesulitan dalam kehidupannya.

c) Harapan

Suatu konsep yang termasuk dalam *spiritualitas*. Harapan adalah inti dalam kehidupan dan merupakan *esensial* bagi keberhasilan dalam menghadapi dan mengatasi keadaan sakit dan kematian.

d) Transendensi

Salah satu aspek penting dalam *spiritual* adalah persepsi individu tentang dirinya yang menjadi bagian dari sesuatu yang lebih tinggi dan lebih luas dari keberadaannya.

e) Ampunan

Adalah pengakuan perasaan malu atau bersalah terhadap sesuatu.

3. Karakteristik *Spiritual*

a) Hubungan Dengan Tuhan

Hubungan dengan Tuhan yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta dapat ditinjau dari hal agama (Brasileiro et al., 2017) seperti halnya dengan melaksanakan:

- 1) Sembahyang
- 2) Berdoa
- 3) Meditasi
- 4) Melaksanakan kewajiban keagamaan
- 5) Bersatu dengan alam.

b) Hubungan Dengan Diri Sendiri

- 1) Pengetahuan tentang diri (siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya).
- 2) Sikap (percaya pada diri sendiri percaya pada kehidupan atau masa depan, harmonis atau keselarasan diri).

c) Hubungan Dengan Orang Lain

- 1) Hubungan yang dapat ditinjau dari kemampuan membina hubungan yang harmonis dengan orang lain.
- 2) Berbagi waktu, dan sumber secara timbal balik. Kedamaian membuat individu menjadi tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan

4. Atribut Perawatan *Spiritual*

Atribut perawatan *spiritual* adalah kehadiran penyembuhan, penggunaan terapeutik diri sendiri, perasaan intuitif, eksplorasi perspektif spiritual, intervensi terstruktur pasien, intervensi terapeutik yang dipusatkan pada makna dan penciptaan lingkungan asuhan terapeutik (Ramenzani, A; Ahmadi, F; Mohammadi, E; Kazemnejad, 2014).

C. Kebutuhan Spiritual Pasien Kanker

Kebutuhan *spiritual* pada pasien kanker menurut Büssing et al (2010) :

1. Dimensi Religi

Dimensi kebutuhan keagamaan/religi menjadi kebutuhan yang paling banyak dibutuhkan serta menjadi kebutuhan spiritual yang dibutuhkan oleh pasien kanker dibandingkan dimensi lainnya, hampir seluruh responden membutuhkan kebutuhan spiritualitas ini, perawat sebagai tenaga kesehatan yang selama 24 jam mendampingi pasien perlu membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan akan keagamaannya, hal ini dapat dipenuhi dengan kegiatan sederhana seperti berdoa bersama dengan pasien, menyediakan buku-buku keagamaan, dan memfasilitasi ibadah pasien (Nuraeni et al., 2015).

2. Dimensi Kedamaian

Kebutuhan akan kedamaian antara lain berharap berada ditempat yang tenang dan sunyi, menikmati keindahan alam, menemukan kedamaian dari dalam, berbicara dengan orang lain tentang ketakutan dan kekhawatiran, dan ketaatan (Büssing et al., 2010). Dimensi ini dapat dilakukan oleh perawat melalui beberapa hal, yakni : fasilitasi tempat yang tenang dan sunyi, memberikan waktuwaktu tertentu bagi pasien untuk menyendiri serta mendorong penerimaan pasien akan penyakitnya, selain itu perawat juga dapat mendekatkan pasien dengan alam dengan cara menambahkan ornamen alam di ruang rawat dapat melauai suara gemericik air, lukisan tentang alam dan sebagainya (Nuraeni et al., 2015).

3. Dimensi Eksistensi Diri

Kebutuhan *spiritualitas* pada dimensi kebutuhan eksistensi diri menjadi kebutuhan *spiritual* selanjutnya setelah kebutuhan dalam dimensi kedamaian diri (Nuraeni et al., 2015). Kebutuhan eksistensi diri menurut Bussing et al (2010) meliputi refleksi kehidupan, berbicara dengan seseorang tentang arti dan makna kehidupan, berbicara dengan seseorang tentang ketakutan, dan kehidupan setelah kematian.

4. Dimensi Kebutuhan Untuk Memberi

Kebutuhan untuk memberi terdiri dari :secara aktif dan atas kesadaran sendiri menghibur orang lain, untuk berbagi pengalaman kepada orang lain, dan untuk memastikan bahwa hidup ini memiliki nilai dan makna (Büssing et al., 2010).

D. Peran Perawat Spiritual

Peran perawat *spiritual* membantu rekan-rekan dari berbagai disiplin ilmu dalam penyampaian perawatan spiritual yang melibatkan mereka dalam mendukung dan merefleksikan spiritualitas mereka sendiri, pasien dan keluarga pasien (Scottish Interfaith Council, 2021). Peran perawatan spiritual adalah peduli dan tanggap mengenai kebutuhan jiwa manusia saat menghadapi trauma, sakit atau kesedihan dapat mencakup kebutuhan untuk makna hidup, harga diri, kebutuhan mengekspresikan diri, dukungan imam, termasuk kebutuhan doa atau upacara, serta menjadi pendengar yang baik (Timmins & Caldeira, 2017). Peran perawat terdiri dari upaya transpersonal untuk melindungi, meningkatkan, dan melestarikan kemanusiaan dan martabat manusia, integritas dan keutuhan dengan membantu seseorang menemukan makna dalam penyakit, penderitaan, rasa sakit, keberadaan diri, dan membantu orang lain memperoleh pengetahuan diri, pengendalian diri, peduli, penyembuhan diri dimana harmoni batin dipulihkan dari keadaan eksternal (Firmansyah et al., 2019). Perawat harus peduli kepada pasien secara spiritual, dengan hadir secara emosional kepada orang lain yang mencerminkan pendekatan pragmatis untuk memberikan asuhan keperawatan secara konteks (Timmins & Caldeira, 2017).

E. Kompetensi Perawat *Spiritual*

Konsensus keperawatan *spiritual* seharusnya memiliki kompetensi pada perawatan dengan pasien paliatif (T. A. Balboni et al., 2017) :

1. Memiliki pelatihan perawatan spiritual yang sepadan dengan lingkupnya.

2. Memahami atau menyadari dasar-dasar spiritual, penyaringan dan anamnesis.
3. Memahami sumber-sumber daya spiritual yang tersedia (misal rohaniawan, Ustadz, biksu dll).
4. Terlatih menyadari perbedaan antara agama dan budaya dalam memberikan perawatan spiritual dan budaya yang sensitif.
5. Memiliki pelatihan dasar dalam nilai spiritual dan keyakinan yang bisa mempengaruhi keluarga dan pasien mengambil keputusan.
6. Memiliki kesadaran bahwa perawatan spiritual yang berbeda pelayanannya dan kapan harus merujuk.
7. Memiliki pelatihan menjadi pendengar active dan kasih sayang.
8. Memiliki pelatihan spiritual refleksi diri dan perawatan diri.

F. Waktu Pemberian Spiritual Care Pada Pasien Kanker

Spiritualitas menjadi hal penting bagi pasien yang terdiagnosis kanker. Pemberian *spiritual care* dapat diberikan kepada pasien sejak terdiagnosis kanker, sehingga identifikasi sedini mungkin pada pasien yang telah didiagnosis kanker sangat diperlukan (Zumstein-Shaha et al., 2020). Pada saat dimulainya diagnosis dan pengobatan kanker digambarkan sebagai situasi yang menantang secara fisik, psikologis, dan eksistensial karena pasien harus menghadapi kehidupan baru dan juga dalam hubungannya dengan keluarga, pemenuhan tuntutan penyakit dan pengobatan serta dalam pembatasan hidup (Shiu et al., 2012). Dalam situasi tersebut perawatan spiritual akan menjadi pendukung penting (Frick E, 2017). Dengan demikian, pemenuhan *spiritual*

care secara dini menjadi hal penting bagi pasien kanker sehingga dapat beradaptasi dengan penyakit dan pengobatannya yang akan dijalani.

G. Kerangka Teori

