TESIS

KOLABORASI PERAWAT-ROHANIAWAN DALAM PENERAPAN KEPERAWATAN SPIRITUAL DI RUMAH SAKIT : A SCOPING REVIEW



ABDULLAH C012171004

PEMBIMBING I : Dr.Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.

PEMBIMBING II : Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., PhD.

SEKOLAH PASCA SARJANA PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN MAKASSAR

2021

KOLABORASI PERAWAT-ROHANIAWAN DALAM PENERAPAN KEPERAWATAN SPIRITUAL DI RUMAH SAKIT : A SCOPING REVIEW

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mendapatkan Gelar Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ABDULLAH C012171004

Kepada

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

KOLABORASI PERAWAT-ROHANIAWAN DALAM PENERAPAN KEPERAWATAN SPIRITUAL DI RUMAH SAKIT: A SCOPING REVIEW

Disusun dan diajukan oleh

ABDULLAH C012171004

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis pada tanggal 13 Agustus 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat

> Menyetujui, Komisi penasehat

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

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

> Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan,

Dr. Elly L.Sjattar, S.Kp, M.Kes. NIP. 19740422 199903 2 002 <u>Syahrul Said, S.Kep.Ns.,M.Kes.,PhD.</u> NIP. 19820419 200604 1 002

skultas Keperawatan

Hasanuddin,

Dr. Ariyan F Saleh, S.Rb., M.Si

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Abdullah

NIM : C012171004

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulis saya berjudul :

" Kolaborasi Perawat-Rohaniawan dalam Penerapan Keperawatan Spiritual di

Rumah Sakit : A Scoping Review "

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Augustus 2021

Penulis,

18CAJX346072639 Abdullah

iii

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah, kata yang pantas diucapkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas kasih sayang dan pertolongan-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "Kolaborasi Perawat-Rohaniawan dalam Penerapan Keperawatan Spiritual di rumah sakit: *A Scoping Review*".

Tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak terutama doa orang tua dan dukungan yang sangat luar biasa dari istri tercinta dan putra-putriku, begitu juga pembimbing yang senantiasa memberikan waktu, dukungan dan bimbingan yang mengarahkan penulis agar dapat menyelesaikan tesis ini dengan baik. Dengan penuh rasa hormat dan kerendahan hati perkenankan kami menyampaikan ucapan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku pembimbing I dan Bapak Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes., Ph.D. selaku pembimbing II. Ucapan yang sama kami sampaikan kepada Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes., selaku penguji I, Ibu A. Masyita Irwan, S.Kep., Ns., MAN, Ph.D., selaku penguji II dan Ibu Dr. Elly L, Sjattar, S.Kp., M.Kes., selaku penguji III sekaligus ketua program studi magister keperawatan fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang senantiasa memberikan motivasi dan bantuan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu penulis telah berupaya dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki sehingga dapat menyusun dan menyelesaikan tesis ini. Oleh sebab itu kritik dan

masukan/saran yang membangun dari tim pembimbing dan penguji sangat berharga bagi kami selaku penulis.

Makassar, Augustus 2021

Penulis,

ABDULLAH

ABSTRAK

Abdullah. Kolaborasi Perawat-Rohaniawan Dalam Penerapan Keperawatan Spiritual di Rumah Sakit : *A Scoping Review* (Ariyanti Saleh dan Syahrul Said)

Latar belakang: Asuhan keperawatan spiritual di rumah sakit merupakan komponen penting perawatan paliatif yang tidak bisa diabaikan dalam proses penyembuhan pasien, namun pada pelaksanaannya kurang mendapat perhatian. Kurangnya kolaborasi perawat dengan rohaniawan, keberadaan rohaniawan di ruangan perawatan bukan karena rujukan perawat tapi berdasarkan permintaan pasien dan keluarga. Terkadang keberadaan mereka karena kebijakan manajemen rumah sakit, sehingga hal ini mempengaruhi efektifitas keperawatan spiritual di rumah sakit. Tujuan : Mengidentifikasi kolaborasi perawat-rohaniawan dalam penerapan asuhan keperawatan spiritual di rumah sakit. Metode : Menggunakan metode scoping review yang disusun berdasarkan panduan dari JBI penelusuran literatur yang dilakukan melalui database pubmed, proquest, ebscohost, science direct, clinical for nursing, garuda, dan pencarian sekunder dengan populasi artikel yang berfokus pada kolaborasi perawat dan rohaniawan dalam penerapan keperawatan spiritual di rumah sakit dengan batasan pencarian 10 tahun terakhir. Hasil: 11 artikel yang memenuhi kriteria inklusi, didapatkan bahwa 11 artikel tentang kolaborasi perawat-rohaniawan dalam penerapan keperawatan spiritual di rumah sakit dari 11 artikel tersebut menjelaskan bentuk pelaksanaan rujukan perawat ke rohaniawan, hasil yang didapatkan lebih banyak menjelaskan kolaborasi perawatrohaniawan pada kasus masalah pasien dengan kondisi kritis menghadapi kematian, khususnya mulai fase intervensi sampai perencanaan. Namun dari kelima bentuk kolaborasi dari fase pengkajian belum ada yang menjelaskan bagaimana bentuk kolaborasi pada fase tersebut secara langsung. Temuan lain didapatkan dari empat karakteristik spiritual, fase bagaimana hubungan dengan alam tidak ditemukan artikel yang menjelaskan bagaimana kolaborasi perawat dan rohaniawan. Kesimpulan : kondisi-kondisi pasien untuk dirujuk ke mempertimbangkan rohaniawan harus kode etik profesi, pentingnya mendatangkan/menyediakan rohaniawan di ruangan pelayanan di rumah sakit untuk meningkatkan kolaborasi dan rujukan spiritual. Kedepan diharapkan ada penelitian yang membahas kolaborasi dengan rohaniawan pada fase awal pengkajian agar asuhan spiritual yang diberikan lebih baik dan efektif.

Kata kunci: Nurs*; clergy; chaplain; spiritual nursing; hospital

ABSTRACT

Abdullah. Nurse-Chaplains Collaboration in the Application of Spiritual Nursing in Hospitals: *A Scoping Review* (Ariyanti Saleh and Syahrul Said)

Background: Spiritual nursing care in hospitals is an important component of palliative care that cannot be ignored in the patient's healing process, but in practice it has received less attention. Lack of collaboration between nurses and clergy, the presence of clergy in the treatment room is not due to nurse referrals but based on patient and family requests. Sometimes their existence is due to hospital management policies, so this affects the effectiveness of spiritual nursing in hospitals. objektive : To identify nurse-clerical collaboration in the application of spiritual nursing care in hospitals. Methods: Using the scoping review method which was compiled based on guidelines from JBI literature searches conducted through the pubmed database, proquest, ebscohost, science direct, clinical for nursing, garuda, and secondary searches with a population of articles that focus on the collaboration of nurses and clergy in the application of spiritual nursing. in a hospital with a search limit of the last 10 years. Results: 11 articles that met the inclusion criteria, it was found that 11 articles about nurse-clerical collaboration in the application of spiritual nursing in hospitals from 11 articles explained the form of implementing nurse referrals to clergy, the results obtained explained more about nurse-clerical collaboration in cases of patient problems with critical conditions facing death, especially from the intervention phase to planning. However, of the five forms of collaboration from the assessment phase, no one has yet explained how the collaboration will form in that phase directly. Other findings were obtained from four spiritual characteristics, the phase of how the relationship with nature was not found in articles that explained how nurses and clergy collaborated. Conclusion: the conditions of patients to be referred to clergy must consider the professional code of ethics, the importance of bringing/providing clergy in the service room at the hospital to increase collaboration and spiritual referrals. In the future, it is hoped that there will be research that discusses collaboration with clergy in the initial phase of the study so that the spiritual care provided is better and more effective.

Keywords: Nurs*; clergy; chaplains; spiritual nursing; hospital

DAFTAR ISI

Sampul
Lembar Pengesahan ii
Pernyataan Keaslian Tesisiii
Kata Pengantariv
Abstrak Indonesiavi
Abstrak Inggrisvii
Daftar Isiviii
Daftar Tabelx
Daftar Gambar xii
Daftar Lampiran xiii
Bab I. Pendahuluan
A. Latar Belakang
B. Rumusan Masalah
C. Tujuan Penelitian
D. Manfaat Penelitian
E. Originalitas Penelitian
Bab II. Tinjauan Pustaka
A. Keperawatan Spiritual
1. Konsep Spiritual Dalam Asuhan Keperawatan
B. Rohaniawan
C. Kolaborasi Interdisiplin

D.	Kolaborasi Perawat Dan Rohaniawan
E.	Scoping Review
1	Definisi Scoping Review
2	. Indikasi Penyusunan Scoping Review
3	. Metodologi Scoping Review
4	. Kualitas Scoping Review
Bab II	II. Metode Penelitian
A.	Desain Penelitian
B.	Kerangka Kerja Penelitian
C.	Tahapan Penelitian
D.	Pertimbangan Etik Penelitian
E.	Alur Penelitian
F.	Timeline Review
Ваь Г	V. Hasil Penelitian
A.	Hasil Studi Yang Relevan
B.	Hasil Temuan Penelitian
Bab V	7. Pembahasan
Bab V	'i. Kesimpulan Dan Saran146
A.	Kesimpulan
B.	Saran
Dafta	Pustaka
Lamp	iran1462

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Format Penilaian Keperawatan Spiritual	18
Tabel 2.2 Kebutuhan Spiritual	18
Tabel 2.3 Contoh Catatan Rohaniawan	27
Tabel 2.4 Instrument Template	38
Tabel 2.5 Penyajian dalam bentuk Tabel	41
Tabel 3.1 Kata Kunci Pencarian	53
Tabel 3.2 Kombinasi penggunaan kata Database	55
Tabel 3.3 Timeline Review	58
Tabel 4.1 Penyajian data dari Artikel terpilih	61
Tabel 4.2 Ekstraksi data berdasarkan bentuk kolaborasi perawat dan rohaniawan	73
Tabel 4.3 Ekstraksi data berdasarkan kasus pasien yang terlibat kolaborasi	88
Tabel 4.4 Ekstraksi data berdasarkan karakteristik spiritual	89

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Keperawatan Spiritual	12
Gambar 2.2 Intervensi Perawat dan Rohaniawan	17
Gambar 2.3 Kerangka Kerja Rohaniawan	26
Gambar 2.4 Contoh Bentuk Bagan	4(
Gambar 2.5 Contoh Bentuk Gelembung	43
Gambar 2.6 Kerangka Teori	45
Gambar 3.1 Alur Penelitian	57
Gambar 4.1 Algoritma Pencarian	60
Gambar 4.2 Karakteristik Artikel berdasarkan negara	69
Gambar 4.3 Karakteristik Artikel berdasarkan tahun publikasi	70
Gambar 4.4 Karakteristik Artikel berdasarkan jenis penelitian	71

DAFTAR LAMPIRAN

Pencarian Artikel	112
Rekomendasi Persetujuan Etik	121
LoA	122

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan keperawatan spiritual yang diberikan di rumah sakit merupakan komponen penting perawatan paliatif yang tidak bisa diabaikan dalam proses penyembuhan pasien (Tara Liberman et al., 2020), namun pada kenyataan sering diabaikan dalam praktik sehari-hari hal ini disebabkan karena dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain faktor personal, profesional dan sosial dalam pemberian asuhan keperawatan spiritual (Chew et al., 2016). Keperawatan spiritual merupakan perawatan paliatif yang memerlukan pendekatan kolaborasi tim interdisipliner (Benton et al., 2019). Salah satu kolaborasi yang diperlukan Untuk mencapai asuhan keperawatan adalah kolaborasi antara perawat dan rohaniawan (Taylor & Li, 2020).

Dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien, perawat memiliki keterbatasan dan hambatan. Untuk mengatasi hal tersebut harus ada kerja sama dengan rohaniawan. Namun disadari pelayanan rohaniawan yang tersedia di rumah sakit hanya terbatas hanya 68% (Amerika) dan belum secara rutin (Donohue et al., 2017). Hambatan lain dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien yaitu kurangnya Pemahaman akan kewenangan Dalam pemberian asuhan keperawatan spiritual, perawat harus mampu memahami kesadaran diri, refleksi diri, mengembangkan rasa kepuasan (Labrague et al., 2016), agar mampu memahami kebutuhan spiritual pasien.

kebutuhan spiritualitas harus menjadi bagian integral dari asuhan keperawatan profesional dalam melayani kebutuhan spiritual sehingga intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien (van Meurs et al., 2018). Oleh karena itu pihak rumah sakit perlu menyediakan rohaniawan agar perawat mampu berkolaborasi dengan mereka sehingga pelayanan spiritual bisa lebih baik. Hasil studi yang dilakukan di rumah sakit amerika serikat oleh Ferrel et al. yang dikutip dalam penelitian Moosavi et al., (2020) di Iran Menunjukkan bahwa 77% pasien ingin membicarakan masalah kebutuhan spiritual mereka, bahkan 50% pasien meminta dokter untuk mendoakan mereka, namun 6% pasien menerima perawatan spiritual dari dokter, sementara 13% menerima perawatan spiritual dari perawat. Sementara 50 % layanan kesehatan tidak menyediakan layanan spiritual atau tidak ada kemampuan yang dimiliki dalam memberikan layanan spiritual. Salah satu penyebabnya karena belum ada konsensus dalam literatur definisi spiritualitas.

Tantangan lain yang dihadapi oleh perawat dalam melakukan kolaborasi dengan rohaniawan adalah batasan antara kapasitas, kapabilitas dan tanggung jawab kewenangan profesional perawat dalam memberikan perawatan spiritual. Sementara otoritas yang didelegasikan oleh rohaniawan untuk memberikan pelayanan perawatan spiritual menjadi kabur bahkan tumpang tindih (Taylor & Li, 2020). Kapan perawatan spiritual dapat diberikan oleh perawat dan kapan harus diserahkan kepada rohaniawan (Olga Riklikienė, Harvey, et al., 2020). Hal inilah yang menyebabkan kolaborasi

perawat dan rohaniawan kurang berjalan sebagai tim. Kadang di berbagai rumah sakit intervensi keperawatan spiritual tidak berdasarkan rujukan perawat. Namun terkadang rohaniawan hanya melaksanakan tugasnya sebagai rutinitas, bahkan rohaniawan dan perawat menempatkan diri mereka sebagai spesialis perawatan spiritual, ditambah kurangnya bukti literatur untuk menjelaskan kolaborasi perawat-rohaniawan (Taylor & Li, 2020). Bukti menunjukkan bahwa kolaborasi dan komunikasi yang buruk antara profesional perawatan kesehatan berdampak negatif terhadap keselamatan pasien dan kualitas perawatan (Huehn et al., 2019). Hal inilah yang menunjukkan ketidakjelasan peran dan dan tanggung jawab dari perawat dan rohaniawan dalam dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual di rumah sakit.

Berdasarkan literatur yang pernah dilakukan mengemukakan bahwa kompetensi perawat masih kurang pengetahuan tentang intervensi perawatan spiritual serta kurangnya persiapan melakukan intervensi oleh perawat (Hons et al., 2010; Ellis et al., 2012) sehingga cenderung menghindari masalah spiritual ketika merawat pasien dan mengirimkannya kepada rohaniwan, daripada melakukannya secara mandiri(Cone & Giske, 2017). (Timmins & Neill, 2013) dan (Cooper et al., 2013) mengemukakan bahwa hampir 75% di universitas Amerika tidak mengajarkan tentang spiritual sedangkan di Indonesia perawatan spiritual belum diajarkan secara mandiri masih bergabung dengan mata kuliah lain berdasarkan panduan penyusunan kurikulum yang diterbitkan oleh AIPNI. Dari beberapa literatur yang

disampaikan diatas menunjukkan dalam kolaborasi perawat—rohaniawan, perawat masih perlu memahami jenis intervensi keperawatan yang bisa dikolaborasikan dalam keperawatan spiritual di rumah sakit terkait kebutuhan spiritual.

Pentingnya mengembangkan upaya kolaborasi antara perawat dan rohaniawan di seluruh rumah sakit dibuat, agar kerja sama dapat berjalan secara efisien (Freeman et al., 2020). Meskipun diakui rohaniawan dibutuhkan di rumah sakit, namun beberapa fenomena menunjukkan bahwa tindakan spiritual yang diberikan oleh rohaniawan di rumah sakit terkadang kehadiran mereka bukan karena rujukan dari perawat tapi karena hanya diminta pasien/keluarga pasien atau tanpa diminta pasien karena menjadi rutinitas kebijakan rumah sakit. Hal inilah yang menyebabkan kolaborasi perawat kadang tidak efektif. Berdasarkan hasil penelitian di rumah sakit Amerika Serikat menunjukkan bahwa 57, 7% kunjungan rohaniawan yang tidak diminta oleh keluarga menerima intervensi spiritual dan hanya 26% yang disarankan oleh staf keperawatan untuk mendapatkan layanan rohaniawan (Donohue et al., 2017). Begitupun sebaliknya rujukan ke rohaniawan berdasarkan literature menunjukkan hasil rujukan yang sangat rendah berdasarkan data yang disajikan pada awal tahun 1990 an menunjukkan hasil hanya 17% ini menunjukkan jarang atau tidak pernah membuat rujukan kerohanian, 38% melakukan sesekali (Taylor dan Amenta 1994), sedangkan data terbaru menunjukkan di rumah sakit California Amerika Serikat 39% dari 1.029 perawat tidak pernah merujuk ke rohaniawan

selama 72-80 jam perawatan, Epstein-peterson dkk.(2015) menemukan pada perawatan pasien kanker (n=68) dan perawat (n=114) frekuensi rujukan rohaniawan hanya berkisar antara 9% dan 19%.(Taylor & Li, 2020b), data study ini menunjukkan perawat dan rohaniawan kurang berjalan sebagai tim. Dari data studi penelitian yang dikemukakan diatas menunjukkan masih kurangnya perhatian intervensi spiritual terkait pemberian rujukan perawat ke rohaniawan, agar kolaborasi perawat-rohaniawan bisa meningkat seharusnya perawat mengetahui kapan melakukan rujukan kolaborasi ke rohaniawan. Sehingga keberadaan rohaniawan di ruang perawatan di rumah sakit bukan berdasarkan rutinitas rohaniawan atau karena permintaan pasien/keluarga.

Implementasi kolaborasi perawat-rohaniawan dalam proses keperawatan khususnya keperawatan spiritual dalam beberapa literatur menyebutkan pentingnya kolaborasi perawat dan rohaniawan dalam berbagai kasus perawatan di ruangan rumah sakit, bukan hanya kolaborasi dengan rohaniawan tetapi dengan tenaga kesehatan lainya agar pasien dapat sembuh dari kondisi sakit yang dialaminya. Donesky et al (2020) membicarakan beberapa implementasi intervensi kolaborasi dari perawat dan pendeta dalam pelayanan perawatan spiritual, bahkan rohaniawan dianggap sebagai tim pelayanan spiritual. Ruth-Sahd et al (2018) menjelaskan pentingnya kolaborasi perawat dengan rohaniawan terhadap pasien kritis. Sedangkan Steinhauser et al (2016) menjelaskan penting atau layak menyiapkan intervensi kolaborasi dengan rohaniawan untuk pasien yang menderita

penyakit kronis atau kritis di rumah sakit terutama pasien dengan kondisi menghadapi akhir kehidupan atau proses kematian.

Berdasarkan berbagai hasil penelitian sebelumnya yang disampaikan tentang bagaimana pentingnya kolaborasi dengan tenaga rohaniawan maka peneliti tertarik mengidentifikasi penerapan kolaborasi perawat dan rohaniawan dalam keperawatan spiritual di rumah sakit dalam bentuk scoping review, maka perlu menyusun tinjauan dengan pendekatan scoping review lewat pencarian literatur yang tersedia.

B. Rumusan Masalah

Asuhan keperawatan spiritual merupakan komponen penting perawatan paliatif yang tidak bisa diabaikan dalam proses penyembuhan klien yang memerlukan pendekatan kolaborasi tim interdisipliner, namun pada kenyataannya sering diabaikan dalam praktik sehari-hari hal ini disebabkan karena berbagai faktor, salah satunya kurangnya kolaborasi antara perawat dengan rohaniawan yang menyebabkan pelayanan asuhan keperawatan spiritual tidak efektif sehingga terkadang pasien dan keluarga kurang puas terhadap output asuhan keperawatan spiritual yang diberikan, fenomena menunjukkan bahwa keberadaan rohaniawan di rumah sakit terkadang hanya sebagai rutinitas pelayanan spiritual di ruangan rumah sakit atas permintaan pasien dan keluarga bukan karena rujukan kolaborasi dari perawat dan ini akan berdampak kurang efektifnya asuhan keperawatan spiritual yang dibuat oleh perawat. Oleh karena itu perawat dan rohaniawan perlu bekerja sama dalam pemberian asuhan keperawatan spiritual. Berdasarkan rumusan

masalah di atas maka peneliti tertarik melakukan review tentang bagaimana pelaksanaan kolaborasi perawat dan rohaniawan dalam keperawatan spiritual di rumah sakit.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengidentifikasi kolaborasi perawat dan rohaniawan dalam penerapan asuhan keperawatan spiritual di rumah sakit.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi bentuk kolaborasi perawat dan rohaniawan dalam penerapan keperawatan spiritual di rumah sakit.
- Mengidentifikasi kasus pasien dimana rohaniawan sering terlibat kolaborasi dalam penerapan keperawatan spiritual di rumah sakit.
- c. Mengidentifikasi karakteristik spiritual dalam kolaborasi perawat dan rohaniawan dalam penerapan keperawatan spiritual di rumah sakit.

D. Manfaat Penelitian

- Memberikan gambaran bagaimana peran dan tanggung jawab/kewenangan perawat dan rohaniawan dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit.
- Memberikan pemahaman tentang bentuk kolaborasi perawat dan rohaniawan di Rumah sakit.
- 3. Memberikan rekomendasi di tatanan pelayanan Rumah sakit dalam melakukan rujukan kolaborasi pada rohaniawan.

E. Originalitas Penelitian

Dari penelusuran artikel yang telah dilakukan, didapatkan artikel review yang pernah dilakukan terkait dengan kolaborasi perawat-rohaniawan dalam penerapan keperawatan spiritual di rumah sakit diantaranya adalah (Lazenby, 2018) yang bertujuan untuk meninjau kebutuhan religius dan spiritual pasien kanker, membahas tentang intervensi terhadap kebutuhan religius atau spiritual pada pasien kanker stadium lanjut, Goltz et al (2021) menemukan bagaimana model tim interdisiplin dan multidisiplin dalam berkolaborasi menangani pasien onkologi baik dari tenaga medis, perawat, social, rohaniawan dan tenaga kesehatan lainnya, bertujuan mengusulkan model kolaborasi interdisiplin yang berpusat pada pasien kanker kandung kemih. Pesut et al (2016) menemukan pengalaman persepsi dan praktek serta area wilayah rohaniawan dalam pelayanan kesehatan, tujuan adalah memetakan literature yang membahas peran rohaniawan dalam pelayanan kesehatan sejak tahun 2009 sampai 2014. Timmins & Pujol (2018) menjelaskan bagaimana peran mendukung rohaniawan kepada keluarga mengambil keputusan pada saat akhir kehidupan baik pada saat berlangsung dan sesudah resusitasi tujuannya menjelaskan peran dan potensi rohaniwan terhadap anggota keluarga pada pasien resusitasi.

Dari artikel penelitian di atas menunjukkan belum ada yang melakukan pemetaan atau membahas kolaborasi perawat dan rohaniwan dalam penerapan asuhan keperawatan spiritual di Rumah sakit dalam bentuk scoping review, sehingga reviewer merasa perlu melakukan kajian dengan

pendekatan scoping review, perihal inilah yang menjadi originalitas penelitian ini. semoga bisa memberikan informasi yang lengkap terkait kolaborasi perawat-rohaniawan..

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keperawatan Spiritual

1. Konsep spiritual dalam asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan pada intinya adalah komitmen tentang bagaimana mengasihi (caring).merawat individu adalah proses interaktif yang bersifat individual melalui proses individual menolong satu sama lain. Konsep bio, psiko, sosial, spiritual banyak dibahas oleh para tokohtokoh keperawatan. Salah satunya adalah Henderson mengatakan fungsi khas perawat adalah melayani individu baik sakit maupun sehat dengan berbagai aktivitas yang memberikan sumbangan terhadap kesehatan dan upaya penyembuhan maupun upaya mengantar kematian yang tenang sehingga klien dapat beraktifitas mandiri dengan menggunakan kekuatan, kemauan, dan pengetahuan yang dimilikinya, sehingga dapat dikatakan tugas utama perawat yaitu membantu klien mandiri secepatnya (Paech, 2007).

Salah satu elemen keperawatan yang berkualitas adalah menunjukkan kasih sayang pada klien, sehingga terbentuk hubungan saling percaya diperkuat ketika pemberi perawatan menghargai kesejahteraan spiritual klien. Dikatakan bahwa asuhan keperawatan

bersifat holistik yang mencakup asuhan keperawatan biologis, psikologis, sosial budaya, dan spiritual.

Keperawatan spiritual merupakan hal sangat penting karena sangat mempengaruhi kesehatan atau perawatan mereka. 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.(Timmins & Caldeira, 2017a)

a. Definisi keperawatan spiritual

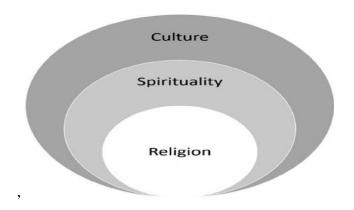
Spiritualitas menyangkut sistem kepercayaan dan pandangan dunia oleh individu yang dihubungkan dengan otoritas transcendence, yang didefinisikan oleh iman atau oleh individu.(Timmins & Caldeira, 2017a). Peran perawat sangat dibutuhkan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien selama dirawat di rumah sakit. Perawat dituntut harus memahami tentang konsep keperawatan spiritual.

Spiritual didefinisikan sebagai pencarian jawaban atas pertanyaan eksistensi tentang makna hidup dan hubungannya dengan hal yang gaib atau transenden (Toivonen et al., 2017). Sebuah model keperawatan spiritual interprofesional yang dijelaskan dalam beberapa konferensi nasional menggambarkan penderitaan sebagai tekanan spiritual yang termasuk didalamnya adalah :

- 1) Eksistensi
- 2) Pengabdian kepada Tuhan/orang lain

- 3) Kemarahan pada Tuhan /orang lain
- 4) Kekhawatiran tentang hubungan dengan Tuhan /transendensi
- 5) Sistem kepercayaan yang bertentangan
- 6) Putus asa atau kehilangan harapan
- 7) Duka /kehilangan
- 8) Rekonsiliasi
- 9) Isolasi
- 10) Perjuangan /kebutuhan agama yang spesifik (Gillilan et al., 2017)
- b. Konsep-konsep yang berkaitan dengan spiritual

Kozier et (2004) mengatakan spiritualitas merupakan suatu refleksi dari pengalaman internal yang diekspresikan secara individual yang dipresentasikan dalam banyak aspek lain agama, antara keyakinan/keimanan, harapan transendensi dan pengampunan berdasarkan model RSC (agama, spiritualitas, dan budaya) menunjukkan hubungan antara domain agama, spiritualitas, dan budaya, seperti yang dipahami oleh rohaniawan dan perawat.(Donesky et al., 2020)



Gambar 1.1 Struktur Keperawatan Spiritual

berikut secara singkat diuraikan dibawah ini:

1) Agama

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

2) Keyakinan /keimanan

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

3) 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.

4) Transendensi

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

5) Ampunan

Adalah pengakuan perasaan malu atau bersalah terhadap Sesuatu.

c. Karakteristik spiritual

Karakteristik spiritual mencakup:

1) Hubungan dengan diri sendiri

Kekuatan dalam diri atau kepercayaan diri sendiri yang meliputi pengenalan tentang diri sendiri dan sikap pada diri sendiri yang dimanifestasikan dengan percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan dan masa depan, ketentraman dan harmonis dengan diri sendiri.

2) Hubungan dengan orang lain

Hubungan dengan orang lain dimanifestasikan dengan sikap peduli dengan orang lain.

3) Hubungan dengan alam

Harmonisasi dengan alam, pengenalan tentang alam semesta bagaimana kita berinteraksi dengan keadaan alam, bahwa kita hidup di alam semesta perlu menjaga kelestarian.

4) Hubungan dengan Tuhan

Hubungan dengan pencipta dapat dilihat dari religi atau tidaknya seseorang seperti melakukan kegiatan doa atau meditasi, membaca kitab atau buku keagamaan. Menurut Hawari (2009) dalam agama islam terdapat dimensi kesehatan jiwa yaitu pada rukun iman yaitu iman kepada Allah, orang yang beriman kepada Allah hatinya akan selalu berdzikir/ingat kepada Allah sehingga perasaan tenang/aman /terlindungi karena yakin Allah menyertai mereka. Meyakini bahwa segala sesuatu yang terjadi merupakan ketentuan Allah baik itu kejadian yang menimpa kita, apakah senang atau susah, sehat atau sakit, serta percaya bahwa kematian pasti terjadi oleh karena itu kita harus mengontrol perilaku kita agar bisa bahagia dunia akhirat.

d. 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 teraupetik (Ramezani et al., 2014).

e. Aspek spiritual

spritualitas adalah keyakinan terhadap Tuhan yang maha esa dan maha pencipta yang meliputi berbagai aspek (Hamid, 2008), aspek tersebut adalah:

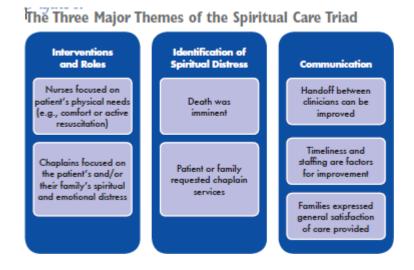
- Berhubungan dengan sesuatu yang tidak diketahui atau ketidakpastian Dalam kehidupan, baik unsur-unsur gaib atau tidak kasat mata atau bisa dirasakan dengan mata hati.
- 2) Menemukan arti dan tujuan hidup, maksudnya adalah menjalani hidup sesuai takdir/ketentuan sang pencipta.
- Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan yang dimiliki.
- 4) Mempunyai perasaan keterikatan dengan diri sendiri dan dengan Tuhan Maha Kuasa atas segala sesuatu, mengakui hubungan vertikal dengan sang pencipta sebagai makhluk ciptaan-Nya.

f. Peran perawat spiritual

Menurut NHS education for Scotland (2009) menyatakan bahwa 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, 2017b).

Menurut Watson (2012), 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 (Timmins & Caldeira, 2017b). 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 et al., 2017)



Gambar 2.2Intervensi Perawat dan Rohaniawan

(Rocky Sonemanghkara et al., 2019)

g. Penilaian/pengkajian kebutuhan spiritual pasien

Keperawatan spiritual merupakan bagian dari asuhan keperawatan secara holistik yang terintegrasi dalam keperawatan paliatif yang tentunya dimulai dari pengkajian sampai evaluasi dalam assessment awal pengkajian memerlukan penilaian kebutuhan spiritual yang bukan hanya tugas dari rohaniawan tapi merupakan tanggung jawab

dari semua tim kesehatan termasuk perawat. Berikut tabel alat penilaian kebutuhan yang dapat diadopsi dan digunakan dalam penilaian kebutuhan keperawatan spiritual (Timmins & Caldeira, 2017c):

Tabel 2.1 Format penilaian Keperawatan Spiritual

Spiritual belief system Personal spirituality Integration with a spiritual community Ritualised practices and restrictions Implications for medical care Terminal events planning
 Faith or belief: do you consider yourself religious? Importance/influence: what importance does your faith or belief have in your life? Community: religious or spiritual: are you part of a religious or spiritual community? Address: how would you like these issues to be addressed?
Explanation: why do you think you have this? Treatment: what have you tried for this? Healers: have you sought help for this? Negotiate: how best to you think I can help? Intervention: this is what could be done? Collaborate: how can we work together on this? Spirituality: what role does faith/religion/spirituality play in helping you?
H: sources of hope, strength, comfort, meaning, peace, love and connection O: the role of organised religion for patients P: personal spirituality and practices E: effects on medical care and end-of-life decisions

Berikut tabel kebutuhan spiritual berdasarkan perilaku adaptif dan maladaptif:

Tabel 2.2 Kebutuhan Spiritual

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku	Tanda pola atau perilaku
	adaptif	maladaptif
Rasa percaya	a. Rasa percaya terhadap	a. Merasa tidak nyaman
	diri sendiri.	dengan kesadaran
	b. Menerima bahwa yang	sendiri.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku	Tanda pola atau perilaku
Keoutunan	adaptif	maladaptif
	lain akan mampu	b. Mudah menipu.
	memenuhi kebutuhan.	c. Ketidakmampuan
	c. Rasa percaya terhadap	untuk terbuka dengan
	kehidupan walaupun	orang lain.
	terasa berat.	d. Merasa bahwa hanya
	d. Keterbukaan terhadap	orang tertentu dan
	Tuhan.	tempat tertentu yang
		aman.
		e. Mengharapkan orang
		tidak berbuat baik dan
		tidak tergantung.
		f. Ingin kebutuhan
		dipenuhi segera, tidak
		dapat menunggu.
		g. Tidak terbuka kepada
		Tuhan.
		h. Takut terhadap maksud
		Tuhan.
Kemampuan	a. Menerima diri sendiri	a. Merasa penyakit
memberi	dan orang lain dapat	sebagai suatu hukuman.
maaf	berbuat salah.	b. Merasa Tuhan sebagai
	b. Tidak mendakwah atau	penghukum.
	berprasangka buruk.	c. Merasa maaf hanya
	c. Memandang penyakit	diberikan berdasarkan
	sebagai sesuatu yang	perilaku.
	nyata.	d. Tidak menerima diri
	d. Memaafkan diri sendiri	sendiri.
	e. Memaafkan orang lain.	e. Menyalahkan diri

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku	Tanda pola atau perilaku
Resultantin	adaptif	maladaptif
	f. Menerimapengampunan Tuhan.g. Pandangan yangrealistis terhadap masa	sendiri atau orang lain.
	lalu.	
Mencintai dan ketertarikan	 a. Mengekspresikan perasaan dicintai oleh orang lain dan Tuhan. b. Mampu menerima bantuan. c. Menerima diri sendiri. d. Mencari kebaikan dari orang lain. 	 a. Takut akan tergantung dengan orang lain. b. Menolak bekerjasama dengan tenaga kesehatan c. Cemas berpisah dengan keluarga. d. Menolak diri sendiri serta angkuh dan mementingkan diri sendiri. e. Tidak mampu untuk mempercayai diri sendiri dicintai oleh Tuhan, tidak punya hubungan rasa cinta dengan Tuhan f. Merasa tergantung dan hubungan bersifat magic dengan Tuhan. g. Merasa jauh dengan
77 1		Tuhan.
Keyakinan	a. Ketergantungan dengan	a. Mengekspresikan

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku	Tanda pola atau perilaku
Kebutunan	adaptif	maladaptif
	anugerah Tuhan.	perasaan ambivalens
	b. Termotivasi untuk	terhadap Tuhan.
	tumbuh.	b. Tidak percaya terhadap
	c. Mengekspresikan	kekuasaan Tuhan.
	kepuasan dengan	c. Takut kematian.
	menjelaskan kehidupan	d. Merasa terisolasi dari
	setelah kematian.	kepercayaan
	d. Mengekspresikan	masyarakat sekitar.
	kebutuhan untuk	e. Terasa pahit, frustasi
	memasuki kehidupan	dan marah terhadap
	dan atau memahami	Tuhan.
	kehidupan manusia	f. Nilai, keyakinan dan
	dengan wawasan yang	tujuan hidup yang tidak
	lebih luas.	jelas.
	e. Mengekspresikan	g. Konflik nilai.
	kebutuhan ritual.	h. Tidak mempunyai
	f. Mengekspresikan	komitmen.
	kehidupan untuk	
	merasa berbagi	
	keyakinan.	
Kreativitas	a. Meminta informasi	a. Mengekspresikan
dan harapan	tentang kondisi.	perasaan takut
	b. Membicarakan	kehilangan kendali diri.
	kondisinya secara	b. Mengekspresikan
	realistic.	kebosanan diri.
	c. Menggunakan waktu	c. Tidak mempunyai visi
	selama dirawat inap	alternatif yang
	secara konstruktif.	memungkinkan.

Kebutuhan	Tanda pola atau perilaku	Tanda pola atau perilaku
Hoodianan	adaptif	maladaptif
	d. Mencari cara untuk	d. Takut terhadap terapi.
	mengekspresikan diri.	e. Putus asa.
	e. Mencari kenyamanan	f. Tidak dapat menolong
	batin daripada fisik.	atau menerima diri
	f. Mengekspresikan	sendiri.
	harapan tentang masa	g. Tidak dapat menikmati
	depan.	apapun.
	g. Terbuka terhadap	h. Telah menunda
	kemungkinan	pengambilan
	mendapatkan	keputusan.
	kedamaian.	
Arti dan	a. Mengekspresikan	a. Mengekspresikan tidak
tujuan	kepuasan hidup.	ada alasan bertahan
	b. Menjalani kehidupan	hidup.
	sesuai dengan sistem	b. Tidak dapat menerima
	nilai.	arti penderitaan yang
	c. Menggunakan	dialami.
	penderitaan sebagai	c. Mempertanyakan arti
	cara memahami diri.	kehidupan.
	d. Mengekspresikan arti	d. Mempertanyakan
	kehidupan/kematian.	tujuan penyakit.
	e. Mengekspresikan	e. Tidak dapat
	komitmen dan orientasi	merumuskan tujuan
	hidup.	dan tidak mencapai
	f. Menjelaskan tentang	tujuan.
	apa yang penting.	f. Telah menunda
		pengambilan keputusan
		yang penting.

h. Kompetensi perawatan spiritual

Consensus keperawatan spiritual tahun 2009 diharapkan memiliki kompetensi (Balboni et al., 2017) :

- Memiliki pelatihan perawatan spiritual yang sepadan dengan lingkupnya.
- 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 saying.
- 8) Memiliki pelatihan spiritual refleksi diri dan perawatan diri.

Kompetensi keperawatan spiritual ada 116 secara umum yang disusun menjadi 7 domain, adapun tujuh domain tersebut (Attard et al., 2019) adalah:

- a) Bodi pengetahuan dalam keperawatan spiritual.
- b) Kesadaran diri dalam keperawatan spiritual.

- c) Hubungan interpersonal dan komunikasi.
- d) Isu etik dan legal keperawatan spiritual.
- e) Pengkajian dan implementasi keperawatan spiritual.
- f) Jaminan kualitas keperawatan spiritual.
- g) Informasi dalam keperawatan spiritual.

Beberapa temuan penelitian mengatakan bahwa perawat memiliki peran dan sikap yang secara signifikan lebih positif dari pada dokter terhadap pentingnya perawatan spiritual (Zhang et al., 2017).

B. Rohaniawan

1. Pengertian rohaniawan

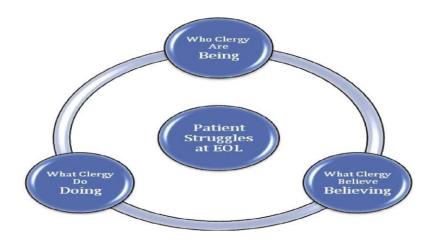
Rohaniawan adalah individu yang dipekerjakan atau dilibatkan secara formal oleh pelayanan kesehatan di berbagai negara seluruh dunia untuk memberikan pelayanan spiritual dan yang membutuhkan pelayanannya, pekerjaan rohaniawan termasuk dalam banyak kasus selain kepada pasien, juga melayani anggota keluarga hingga komunitas lebih besar dirumah sakit.(Timmins & Pujol, 2018)

Sedangkan menurut istilah bahasa adalah sesuatu yang bersifat halus, dimana orang yang bertugas memberikan pelayanan rohani disebut rohaniawan, rohaniawan adalah orang yang mementingkan kehidupan kerohanian daripada yang lain atau orang ahli dalam hal kerohanian agar orang tersebut dapat mengetahui betapa pentingnya bimbingan rohani di dalam kehidupan manusia agar dapat memecahkan dan menghadapi kesulihatan –kesulitan yang dihadapinya.

2. Peran rohaniawan

Rohaniawan adalah penyedia perawatan spiritual yang expert dalam memberikan pelayanan terhadap organisasi kesehatan, hal ini menunjukkan bahwa perawatan spiritual yang diberikan rohaniawan berkontribusi positif terhadap kepuasan pasien, emosional dan output hasil keperawatan spiritual, dalam memberikan intervensi asuhan keperawatan kebutuhan spiritual. Rohaniawan harus memiliki standar resmi. Walaupun beberapa tahun terakhir berusaha mengembangkan dasar bukti kemanjuran intervensi rohaniwan walaupun cenderung tidak dijelaskan dengan baik, kadang tidak diketahui dan bervariasi isi kunjungannya.(Steinhauser et al., 2016)

Intervensi rohaniawan termasuk pelayanan doa (Minton et al., 2016), aktif dan reflektif mendengarkan, hadir secara fisik, memberikan bimbingan kepada keluarga pasien apa yang terjadi ketika terjadi keadaan kritis, pemberian dukungan bahasa, menjaga anggota keluarga pasien tetap tenang dalam keadaan kritis, memberikan sentuhan teraupetik, jika perlu memberikan sesuatu yang membuat nyaman (Rocky Sonemanghkara et al., 2019). Salah satu sumber penelitian mengatakan hasil temuanya mengatakan bahwa rohaniawan merupakan sumber dukungan emosional yang penting terutama dalam keadaan sulit seperti menghadapi kematian dan sakaratul maut.(Tara Liberman et al., 2020) berikut kerangka kerja rohaniwan dalam menghadapi akhir hidup (LeBaron et al., 2016):



Gambar 2.3 Kerangka Kerja Rohaniawan

Diberbagai tempat di rumah sakit rohaniawan dilatih dididik untuk memberikan dukungan asuhan keperawatan spiritual yang berfungsi sebagai anggota tim.(Sailus, 2017) yang memberikan pelayanan rehabilitasi kepada pasien.salah satu peran penting rohaniawan terhadap pasien rehabilitasi adalah sebagai kehadiran penyembuhan untuk mendapatkan kembali tingkat kemandiriannya. rohaniawan diharapkan mampu melakukan pengkajian kebutuhan spiritual pasien dengan baik dengan sistem pencatatan yang bisa dikembangkan. Berikut contoh catatan rohaniawan dalam bentuk tabel (L. A.

Ruth-Sahd et al., 2018).

Tabel 2.3 Contoh catatan rohaniawan

Assessment	Patient experiencing considerable anxiety and some grief about diagnosis, but also with good resources to cope: faith, family, prayer, spiritual reading and reflection, daily leisure and service activities.
Goals for Spiritual Care	To stay focused on long-term goals and to strengthen her spirit and commitment to spiritual growth as a means for coping.
Interventions	Explored grief and anxiety in context of blessings and opportunities in this stage of life. Affirmed marital commitment and support. Reviewed and discussed advance directive documents.
Outcomes	Patient is beginning to integrate diagnosis and other health-related challenges into bigger picture of her life's legacy and hope for future. Patient made plans to complete advance directive documents.
Plan	Patient scheduled appointment with chaplain to complete advance directives and plans to continue 1:1 visits with chaplain during treatmen for support.

C. Kolaborasi Interdisiplin

Kolaborasi interdisipliner dalam konteks perawatan kesehatan adalah proses kerjasama interpersonal yang ditandai dengan perawatan kesehatan yang profesional yang terdiri dari disiplin ilmu dengan tujuan bersama, pengambilan keputusan, tanggung jawab, dan kekuatan kerja bersama, untuk memecahkan masalah perawatan pasien, yang dapat dicapai melalui pendidikan interprofesional yang mempromosikan suasana saling percaya dan menghormati, komunikasi yang efektif dan terbuka, kesadaran dan penerimaan peran, keterampilan, tanggung jawab disiplin dalam berpartisipasi.(Petri, 2010)

D. Kolaborasi Perawat Dan Rohaniawan

Kolaborasi antara perawat dan rohaniawan sangat penting untuk memberikan dukungan keperawatan spiritual, kendati tantangan kolaborasi kedua disiplin ilmu mempunyai tantangan yang besar. Namun dari beberapa penelitian yang pernah dilakukan dari tahun 1990-an menunjukkan bahwa

yang palingp sering melakukan rujukan pasien untuk kebutuhan spiritual ke rohaniwan adalah perawat (Taylor & Li, 2020b). Persepsi perawat terhadap semua rohaniawan tidak semua kompeten, sehingga disarankan agar dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual rohaniawan seharusnya professional memiliki sertifikat yang diperoleh dari pelatihan dan pendidikan yang resmi (L. A. Ruth-Sahd et al., 2018). Banyak fakta yang menyebutkan rohaniawan yang kurang terampil dalam memberikan keperawatan spiritual sehingga kurang tepat dalam berkolaborasi dengan perawat. Rohaniawan sebagai tim spiritual dianggap mampu berkolaborasi jika mampu menguraikan kebutuhan spiritual dari berbagai sudut pandang, baik dari tradisi agama, atau yang di diperoleh dari pelatihan dan pendidikan selama menjadi rohaniwan, tetapi jika tidak tersedia rohaniawan di rumah sakit maka perawat dapat memenuhi kebutuhan spiritual pasien (Sailus, 2017). Beberapa penelitian yang menyebutkan hasil penelitian bahwa masih kurangnya bukti kolaborasi perawat- rohaniawan (Taylor & Li, 2020b). Salah satu tindakan kolaboratif perawat-rohaniwan yang inovatif adalah memberikan layanan duka cita sebuah program yang dirancang untuk mendukung individu yang salah satu keluarga meninggal di rumah sakit. Program ini berfokus pada panduan antisipatif yang lebih baik sebelum akhir hidup dan setelah kematian (Silloway et al., 2018),

L. A. Ruth-Sahd et al (2018) menjelaskan Rohaniawan dalam melakukan kolaborasi dengan perawat harus memiliki kredibilitas agar

mampu melakukan peran dalam melakukan asesmen kebutuhan spiritual, kredibilitas yang dimaksud adalah ;

- 1. Sensitif terhadap realitas multikultural dan multi keberagaman agama.
- 2. Menghargai agama dan kepercayan yang dianut pasien.
- Memahami tentang dampak penyakit pada individu dan perawatan mereka.
- **4.** Memiliki struktur Pengetahuan dinamis tentang organisasi pelayanan kesehatan dan organisasi profesi keperawatan
- 5. Memiliki akuntabilitas sebagai bagian tim keperawatan yang profesional.
- **6.** Memiliki akuntabilitas terhadap kelompok agama mereka.

Menurut konsep yang dikemukakan oleh Taylor & Li (2020) elemen-elemen spiritual yang penting sering dikolaborasikan oleh perawat dengan rohaniawan adalah:

- 1. Dukungan emosional (diluar konteks proses kematian)
- 2. Dukungan emosional (terkait konteks proses kematian/kritis(sekarat)
- 3. Kesulitan/pergumulan spiritual
- 4. Ritual agama
- 5. Masalah-masalah issue etik
- 6. Manajemen konflik
- 7. Dan lain-lain.

E. Scoping Review

1. Definisi Scoping Review

Scoping review adalah alat yang ideal untuk menentukan bidang lingkup dari suatu penelitian yang berbasis bukti yang dapat digunakan untuk mensintesis jurnal ilmiah secara efektif dan tepat dengan menggunakan pendekatan sesuai dengan tujuan dan pertanyaan penelitian (Peters et al., 2020). Scoping review merupakan salah satu dari 14 review yang ada. Diidentifikasi oleh Grant & Booth (2009), scoping review dipandang sebagai pendekatan yang valid ketika systematic review tidak dapat memenuhi persyaratan atau tujuan yang diharapkan oleh peneliti (Munn et al., 2018).

Arksey & O'Malley (2005) menjelaskan bahwa ada empat alasan spesifik mengapa dilakukan scoping review, yaitu:

- a. Menelaah sejauh mana jangkauan dan sifat kegiatan penelitian.
 Jenis review ini tidak menjelaskan hasil penelitian secara rinci, tetapi merupakan cara yang berguna untuk memetakan studi dimana sulit untuk disosialisasikan berbagai materi yang tersedia.
- b. Menentukan nilai dari tinjauan sistematis lengkap.

Dalam kasus ini diperlukan pemetaan awal literatur untuk mengidentifikasi suatu tinjauan apakah sistematis lengkap (ada bukti literatur) yang relevan (tinjauan sistematis sudah pernah dilakukan) dan potensi biaya pelaksanaan tinjauan sistematis lengkap.

c. Menyebarluaskan dan meringkas penemuan-penemuan penelitian sebelumnya.

Studi ruang lingkup awal menjelaskan secara lebih rinci temuan dan cakupan penelitian dibidang tertentu, sehingga diperlukan mekanisme untuk meringkas dan menyebarluaskan temuan-temuan kepada pembuat kebijakan praktisi dan konsumen yang mungkin memiliki waktu atau sumber daya yang kurang untuk melakukan penelitian sendiri.

d. Mengidentifikasi kesenjangan studi penelitian dalam literatur yang ada.

Diperlukan pemeriksaan proses diseminasi kedalam keseluruhan tindakan/aktivitas penelitian. Dirancang untuk mengidentifikasi kesenjangan yang berbasis bukti dimana penelitian tidak ada dilakukan. Studi tersebut dapat diringkas dan disebarluaskan temuan penelitian serta mengidentifikasi tinjauan sistematis lengkap dalam bidang tertentu.

2. Indikasi Penyusunan Scoping Review

Untuk menyusun scoping review diperlukan pendekatan agar dapat menjawab pertanyaan penelitian. Indikasi ini menjadi bahan pertimbangan reviewer sebelum membuat sebuah penelitian scoping review (Munn et al., 2018). Beberapa indikasi penyusunan scoping review sebagai berikut :

- a. Scoping review dapat disusun dengan tujuan mengidentifikasi jenis bukti terkait topik yang akan dibahas agar dapat digunakan sebagai dasar pembuatan kebijakan, serta dapat memberikan gambaran kepada publik mengenai studi-studi yang pernah diteliti.
- b. Membantu memperjelas konsep atau definisi teori pada literatur agar dapat membuat sebuah kerangka kerja sebuah penelitian.
- c. Mengkaji sebuah area/topik diteliti dengan memberikan sebuah gambaran bagaimana metodologi atau pendekatan diterapkan agar dapat menjadi landasan penelitian berikutnya.
- d. Mengidentifikasi karakteristik kunci atau faktor yang berhubungan dengan konsep.
- e. Sebagai prekursor untuk membuat atau menyusun sebuah systematic review.
- f. Untuk membuat identifikasi dan analisis kesenjangan yang terjadi pada pengetahuan melalui hasil-hasil penelitian yang sudah diidentifikasi atau dipublikasi.

3. Metodologi Scoping Review

Scoping review yang disusun memiliki tujuan umum untuk mengidentifikasi dan memetakan bukti yang tersedia (Arksey & O'Malley, 2005) yang kemudian dikembangkan oleh Levac dan Colleagues tahun 2012 kemudian disempurnakan lagi oleh Peters et.al(2020) menjadi panduan The Joanna Briggs Institute yang terdiri dari Sembilan tahapan sebagai panduan penyusunan scoping review.

a. Tahap 1 : Menentukan tujuan dan pertanyaan penelitian

Pertanyaan scoping review akan memberikan jalan untuk tahapan selanjutnya dan memandu pengembangan kriteria inklusi yang spesifik. Pertanyaan yang jelas akan membantu pencarian efektif serta menyajikan struktur scoping review yang lengkap. Pertanyaan mengandung elemen PCC yaitu Population/participant, concept dan context. Sebuah scoping review harus memiliki satu pertanyaan primer dan didukung dengan beberapa sub pertanyaan yang dapat digunakan untuk memperjelas elemen PCC dalam pertanyaan utama.

b. Tahap 2 : Mengembangkan kriteria inklusi penelitian

Suatu acuan dalam memilih artikel yang akan dimasukkan dalam scoping review sehingga public/pembaca dapat memahami secara jelas tentang karakteristik dari artikel. Dan lebih penting kriteria inklusi memandu reviewer dalam memutuskan sumber-sumber yang akan dimasukkan kedalam tinjauan. Kriteria inklusi harus selaras dengan judul dan pertanyaan scoping review.

1) Tipe partisipan/populasi

Karakteristik penting participant harus disebutkan dengan detail termasuk umur dan kriteria lainnya yang sesuai dengan tujuan dan pertanyaan scoping review yang bertujuan untuk mengidentifikasi metode penelitian.

2) Konsep

Konsep yang akan dibahas dalam scoping review harus dijelaskan untuk memandu ruang lingkup dan seberapa luas pencarian. Rincian termasuk dalam konsep juga dapat termasuk intervensi, fenomena, dan atau hasil intervensi jika ingin memasukkan hasil ke dalam tujuan dan pertanyaan penelitian scoping review.

3) Konteks

Variasi kontes, pada scoping review bergantung pada tujuan dan pertanyaan.konteks harus didefinisikan dengan jelas dapat mencakup dan tidak terbatas pada faktor budaya, seperti lokasi geografis atau kepentingan sosial, gender tertentu.dalam beberapa kasus konteks dapat juga mencakup perincian tentang pengaturan spesifik (seperti perawatan akut, pelayanan primer atau komunitas). Reviewer dapat juga membatasi korteks pada negara atau sistem kesehatan tertentu atau pengaturan layanan tertentu tergantung pada tujuan dan topiknya misalnya artikel pada suatu wilayah/ Negara dengan pendapatan rendah-sedang atau hanya dalam lingkup pelayanan primer.

4) Jenis/tipe sumber bukti ilmiah

Pada penelitian dengan metode scoping review tujuannya adalah melakukan pemetaan terhadap penelitian atau study yang pernah dilakukan, sehingga sumber informasi dapat mencakup atau berasal dari semua literatur yang ada, seperti pada penelitian utama/primer, systematic review, meta analisis. Surat, panduan, situs, blog, dan sebagainya.kendati demikian reviewer dapat membatasi pada jenis sumber yang ingin dimasukan/berdasarkan jenis sumber yang sesuai dan berguna pada topic yang dibahas.

c. Tahap 3 : menyusun strategi pencarian

Strategi pencarian yang direkomendasikan oleh JBL, pencarian scoping review idealnya diupayakan selengkap mungkin dalam batasan waktu dan sumber daya untuk mengidentifikasi sumber utama bukti yang dipublikasi maupun yang tidak.strategi pencarian terdiri dari tiga tahap yaitu :

- Langkah pertama yaitu pencarian awal yang menggunakan minimal dua jenis data base online yang sesuai dengan topic penelitian (PubMed, proquest dan sebagainya) dengan menyertakan kata kunci sesuai dengan kata yang terdapat pada judul dan abstrak.
- 2) Langkah kedua pencarian dengan menggunakan semua kata kunci dan istilah indeks yang telah diiedentifikasi kemudian dimasukkan dalam data base yang diakui.
- 3) Langkah ketiga dilakukan dengan penelusuran daftar referensi dari artikel yang diidentifikasi.penelusuran referensi dapat dilakukan pada semua sumber yang diidentifikasi atau terbatas pada artikel lengkap yang dimasukkan dalam tinjauan.

Pembatasan bahasa dan rentang waktu pencarian harus dijelaskan dengan justifikasi yang tepat dan jelas. Walaupun JBL merekomendasikan tidak ada pembatasan artikel.

- d. Tahap 4: melakukan pencarian bukti-bukti sumber studi yang relevan Melakukan pencarian bukti-bukti sumber studi yang relevan melalui sumber data base utama dan primer yang diakui seperti pada lembaga perpustakaan nasional, maupun internasional, serta base lainnya yang bisa diakses melalui internet seperti PubMed, proquest, china hall, ebsco, dan lain-lain.
- e. Tahap 5: memilih bukti-bukti yang akan dimasukkan kedalam tinjauan

Memilih bukti berdasarkan seleksi pada kriteria inklusi yang ditetapkan. Pada penyusunan scoping review menggambarkan proses pemilihan sumber pada semua tahapan seleksi bisa berdasarkan judul, abstrak, fulls teks lengkap yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan.untuk pemilihan sumber seharusnya dilakukan oleh dua atau lebih reviewer secara independen, jika terjadi perbedaan pendapat maka diselesaikan dengan consensus akan melibatkan orang ketiga dalam mengambil keputusan.

Proses pencarian harus ada deskriptif naratif dilakukan yang digambarkan dengan diagram alur proses peninjauan (Berdasarkan standar PRISMA). Perangkat lunak harus digunakan untuk mengolah hasil pencarian seperti : cividence, endnote, JBI Summari).dengan

melampirkan study yang dikeluarkan dengan menyertakan alasan mengapa sebuah study dikeluarkan.

f. Tahap 6: mengekstraksi data

Melakukan ekstraksi data pada scoping review disebut juga "Data charting". Ekstraksi data berarti proses pembuatan bagan data dan melibatkan penggunaan formulir bagan data untuk mengekstraksi data yang relevan dari literatur yang ditinjau (Sucharew & Macaluso, 2019). Proses ini melakukan peringkasan yang logis, hasil dan tujuan pertanyaan sejalan. Tabel harus dikembangkan dengan rincian, mencatat dari sumber seperti penulis, referensi dan temuan yang relevan dengan pertanyaan.

Perlu diingat bahwa scoping review tidak melakukan sintesis hasil dari sumber bukti yang dimasukkan kedalam tinjauan, sebab lebih tepat dilakukan dengan tindakan sistematik review. Hal yang dapat dilakukan oleh reviewer dalam mengekstraksi hasil perlu memetakannya secara deskriptif. Data yang diperlukan hanya frekuensi konsep, populasi, karakteristik atau bidang data lain yang diperlukan. Reviewer juga dapat melakukan analisis yang lebih mendalam seperti analisis konten kualitatif. Yang perlu diingat bahwa konten kualitatif bersifat deskriptif. Cara analisis data dalam scoping review sangat tergantung pada tujuan tinjauan dalam melakukan analisis data scoping review. Beberapa informasi utama yang dipilih untuk disajikan oleh reviewer untuk dimuat dalam sebuah tabel yaitu:

- 1) Author (s): penulis
- 2) Tahun publikasi
- 3) Negara (tempat studi dipublikasi atau dilakukan)
- 4) Tujuan
- 5) Populasi dan ukuran sampel jika ada
- 6) Metode penelitian
- Jenis/tipe intervensi, pembanding dan rincian yang detail misalnya durasi intervensi jika ada.
- 8) Hasil dan detailnya misalnya bagaimana hasil diukur (jika ada)
- 9) Temuan kunci sesuai pertanyaan scoping review

Template instrument ekstraksi data secara detail, karakteristik dan ekstraksi hasil disediakan oleh peninjau dengan mengadaptasi penyusunan scoping review. Instrument template yang dimaksud ditampilkan seperti bagan di bawah.

Tabel 2.4 Instrumen Template

Appendix 11.1 JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument



g. Tahap 7: melakukan analisis terhadap bukti-bukti yang akan dimasukkan

Dalam melakukan analisis terhadap bukti-bukti sangat penting diingat bahwa scoping review tidak melakukan sintesis hasil dalam sumber bukti yang dimasukkan dalam tinjauan. Menganalisis dan menyajikan data pada tinjauan terdiri dari banyak cara. Analisis data dalam scoping review sangat tergantung pada tujuan dan penilaian reviewer sendiri.hal terpenting adalah transparansi dan eksplisit dalam pendekatan yang diambil sebagai pertimbangan terpenting dalam menganalisis., termasuk membenarkan pendekatan mereka dan secara jelas melaporkan setiap analisis dan sebanyak mungkin direncanakan.

h. Tahap 8: menyajikan hasil

Dalam penyajian hasil bisa dilaksanakan saat penyusunan scoping review. Penyajian bisa dalam bentuk tabel, diagram bagan atau gambar, disesuaikan dengan tujuan/pertanyaan scoping review. Tujuan akhir dari pemetaaan data termasuk mengidentifikasi dan mengkarakterisasi serta meringkas bukti peneltian tentang suatu topic. Termasuk mengidentifikasi kesenjangan penelitian. Elemen PCC dalam kriteria inklusi juga dapat memandu reviewer tentang bagaimana bentuk penyajian data. Beberapa bentuk penyajian data hasil dalam scoping review sebagai berikut:

1) Bentuk bagan

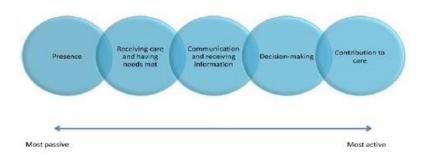
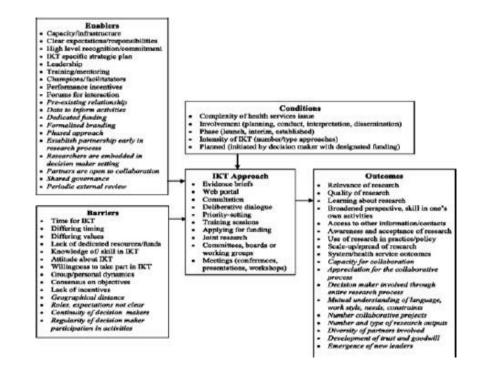


Figure 11:2: Example of data presentation (types of family involvements in intensive care units and level of involvement from passive to active). (Olding et al. 2016)



Gambar 2.4 Penyajian Data Dalam Bentuk Bagan

Figure 11.3: Example of data presentation (IKT approaches or strategies, enablers, barriers, and outcomes). (Gagliardi et al. 2015)

Bentuk bagan menyajikan data dengan tujuan untuk lebih memahami kesenjangan pengetahuan, hubungan karakteristik, factor-faktor yang mempengaruhi dan pengaruh sebuah intervensi.

2) Bentuk table

Table 11.3: Example tabular presentation of data for a scoping review

Parameter	Results
Numbers of publications	Total number of sources of evidence Total numbers between 2000 until 2016 (5 Sept) Number of publications every year
Types of studies	1. Randomized controlled trials 2. Non-randomized controlled trials 3. Quasi-experimental studies 4. Before-and-after studies 5. Prospective cohort studies 6. Retrospective cohort studies 7. Case-control studies 8. Cross-sectional studies 9. Other quantitative studies
Population/s identified	1. Children 0-4 2. Children 5-7 3. Children 8-10 4. Children 11-13 5. Children 14-16 6. Children 17-18 7. Parent/s and/or caregivers 8. Health Care professionals 9. Not applicable 10. Services 11. Others (not classified in any of the above)
Quality of life domains	1. Physical 2. Emotional 3. Social 4. School/ learning/ education 5. Behaviour 6. Mental health 7. General health 8. Family 9. Speech 10. Other (not classified in any of the above)
Format/ number of items	1. Paper-based 2. Web-based 3. Mobile/tablet (e.g. App) 4. Others

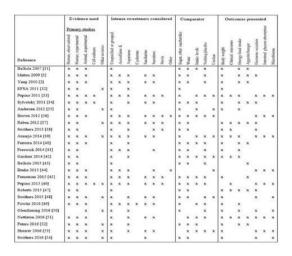


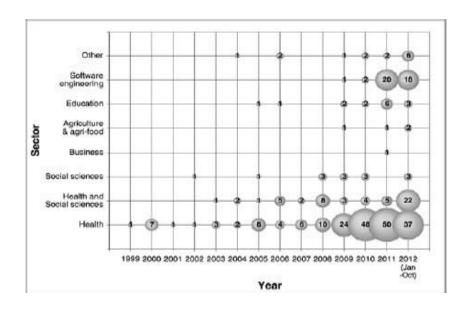
Figure 11.1: Example of data presentation (artificial sweeteners and weight loss/ gain). (Mosdøl et al. 2018)

Tabel 2.5 Penyajian Data Dalam Bentuk Tabel

Tabel dapat berisi informasi tentang distribusi sumber bukti berdasarkan berdasarkan tahun publikasi, negara, area intervensi dan metode penelitian. Ringkasan deskriptif harus menyertakan tabel atau diagram dan harus bisa menjelaskan hasil bagaimana dihubungkan dengan tujuan atau pertanyaan tinjauan penelitian.

3) Diagram gelembung

Metode ini banyak dipakai pada sektor teknis namun demikian dapat digunakan pada disiplin ilmu lainnya termasuk keperawatan. Ukuran masing-masing gelembung mewakili jumlah studi yang dipublikasi setiap tahunnya.



Gambar 2.5 Contoh Bentuk Gelembung

i. Tahap 9: merangkum bukti

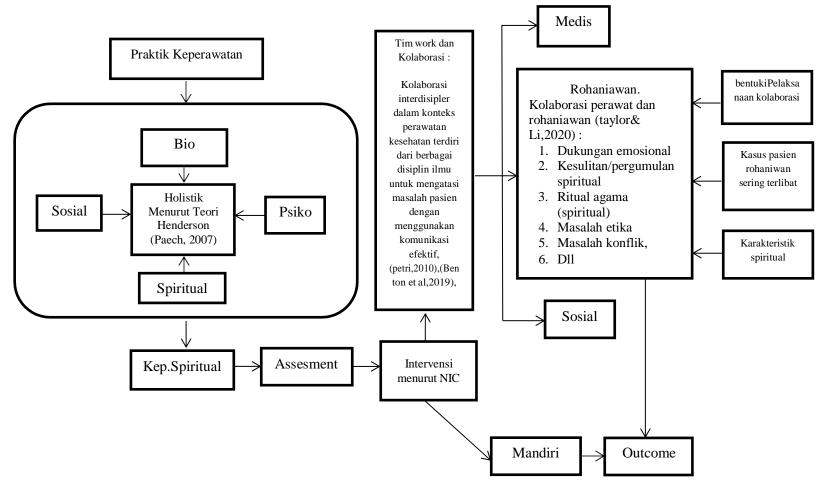
Rangkuman bukti-bukti dalam scoping review harus mencakup komponen berikut : garis besar tinjauan, kriteria inklusi (elemen PCC), strategi pencarian, ekstraksi data, penyajian dan ringkasan hasil, serta implikasi studi terhadap penelitian praktik.

4. Kualitas scoping review

Untuk menjamin sebuah kualitas scoping review, dibutuhkan sebuah panduan yang berisi poin-poin untuk mengkritisi studi scoping. Cooper et al (2019) menyusun sebuah panduan yang berisi enam kriteria kunci dalam menilai kualitas sebuah scoping review. Kriteria-kriteria tersebut terdiri dari beberapa item ceklis (lampiran 1). Secara keseluruhan, nilai 12-20 mengindikasikan kepatuhan penulis dalam

menulis scoping review sesuai panduan. Kriteria dimana tinjauan dapat ditingkatkan kualitasnya adalah aspek jumlah reviewer (Item 9), format grafik data (Item 11), kualitas tulisan (Item 14) dan masalah terkait bias (Item 11). Diharapkan agar scoping review dianggap berkualitas maka reviewer diharapkan mampu mengikuti panduan.

F. Kerangka Teori



Gambar 2.6 Kerangka Teori