

TESIS

**EKSPLORASI KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN MUSLIM
DI INTENSIVE CARE UNIT DARI PERSPEKTIF
PERAWAT DAN KELUARGA**



**ANDI RIRIN LATIF
R012182014**

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

**EKSPLORASI KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN MUSLIM
DI INTENSIVE CARE UNIT DARI PERSPEKTIF
PERAWAT DAN KELUARGA**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

ANDI RIRIN LATIF
R012182014

Kepada

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

TESIS
EKSPLORASI KEBUTUHAN SPIRITUAL PASIEN MUSLIM
DI INTENSIVE CARE UNIT DARI PERSPEKTIF
PERAWAT DAN KELUARGA

Disusun dan diajukan oleh

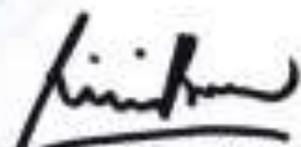
ANDI RIRIN LATIF
R012182014

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 14 Februari 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Komisi Penasihat,


Prof. Dr. Elysa L. Siattar, S.Kn, M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002


Kusnini Sadar, S.Kn, MN, Ph.D.
NIP. 19760311 200501 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,


Prof. Dr. Elysa L. Siattar, S.Kn, M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002


Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,
Dr. Arif Nur Sulich, S.Kn, M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Andi Ririn Latif
NIM : R012182014
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Eksplorasi Kebutuhan Spiritual Pasien Muslim di *Intensive Care Unit* dari Perspektif Perawat dan Keluarga

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat 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 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, Februari 2022

Yang Menyatakan,


Andi Ririn Latif

KATA PENGANTAR

KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh. Alhamdulillah Robbilalaamiin. Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan judul “Eksplorasi Kebutuhan Spiritual Pasien Muslim di *Intensive Care Unit* dari Perspektif Perawat dan Keluarga”. Proses penulisan tesis ini telah melewati perjalanan panjang dan banyak kendala yang dihadapi oleh penulis. Namun, dengan adanya petunjuk, bimbingan dan motivasi dari para pembimbing dan penguji serta kerjasama dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina P., MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan sekaligus Pembimbing I yang tulus dan ikhlas membimbing, meluangkan waktunya dan mengarahkan penulis agar memberikan hasil yang lebih baik dalam penulisan tesis ini.
4. Ibu Ibu Kusri S. Kadar, S.Kp., MN., Ph.D, selaku Pembimbing II atas kesabaran dan keikhlasan serta kelapangan waktunya mengarahkan penulis agar memberikan hasil yang lebih baik dalam penulisan tesis ini.
5. Ibu, Dr. dr. Siti Maisuri Tadjuddin Chalid, Sp.OG (K) selaku Direktur Utama RS Universitas Hasanuddin.
6. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep., selaku Kepala Bidang Keperawatan RS Universitas Hasanuddin.
7. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
8. Perawat RS Unhas yang telah meluangkan waktunya dan bersedia menjadi responden pada penelitian ini.

9. Rekan-rekan PSMIK angkatan 20182 yang telah banyak membantu dan memberi dukungan kepada penulis dalam penyusunan tesis ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian proposal tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu.

Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya di PSMIK Universitas Hasanuddin. Penulis mengharapkan penyusunan tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan juga semoga Allah SWT membalas semua pihak yang telah berjasa kepada penulis selama penulis menempuh pendidikan dengan pahala yang berlipat ganda.

Makassar, Februari 2022

Andi Ririn Latif

ABSTRAK

Latar Belakang: *Intensive Care Unit (ICU)* merupakan unit pelayanan yang didukung perawatan mutakhir berteknologi tinggi dalam membantu proses penyembuhan pasien. Meskipun teknologi canggih dari modalitas di ICU menjadi kebutuhan, penting untuk saat ini perawat memberikan perhatian pada aspek spiritual pasien muslim di ICU yakni pemenuhan kebutuhan spiritualnya. Mengingat bahwa muslim akan ditemukan di seluruh dunia meskipun di beberapa negara merupakan minoritas, sehingga sangat memungkinkan seorang profesional kesehatan akan merawat pasien muslim selama kariernya.

Tujuan: mengeksplorasi dan mengidentifikasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ruang ICU dari perspektif perawat dan keluarga.

Metode: Pada penelitian ini fenomenologi deskriptif digunakan untuk menggambarkan kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU dari perspektif perawat dan keluarga, bukan dari beberapa sudut pandang teoritis. Informasi diperoleh melalui wawancara mendalam dengan meminta responden untuk mendeskripsikan pengalaman mereka sebagaimana yang mereka rasakan dan penting bagi peneliti untuk melepaskan semua pengetahuan pribadi sebelumnya (*bracketing*).

Hasil: Dua puluh dua orang responden direkrut, yang terdiri dari 12 responden perawat dan 10 responden keluarga. Kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU dari perspektif perawat dan keluarga, tercermin dalam empat aspek yaitu: (1) kewajiban agama, (2) praktik spiritual, (3) koneksi interpersonal dan (4) interaksi profesional. Temuan lain dalam penelitian ini adalah besarnya motivasi perawat dan harapan perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU.

Kesimpulan: Kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU yang ditemukan dalam penelitian ini dapat memberikan gambaran intervensi keperawatan dalam hal dukungan spiritual sehingga perawat memberikan asuhan yang sesuai standar secara holistik dan komprehensif serta peka budaya.

Keywords: *Spiritual needs, Muslim patient, intensive care unit*

ABSTRAK

Background: The Intensive Care Unit (ICU) is a service unit that is supported by the latest high-tech treatments in helping the patient's healing process. Although advanced technology of modalities in the ICU has become a necessity, nurses need to pay attention to the spiritual aspect of Muslim patients in the ICU, namely the fulfillment of their spiritual needs. Given that Muslims will be found all over the world even though in some countries they are a minority, it is very likely that a health professional will treat Muslim patients throughout their career.

Objective: to explore and identify the spiritual needs of Muslim patients in the ICU from the perspective of nurses and families.

Methods: In this study, descriptive phenomenology was used to describe the spiritual needs of Muslim patients in the ICU from the perspective of nurses and families, not from some theoretical point of view. Information was obtained through in-depth interviews by asking respondents to describe their experiences as they felt and it was important for the researcher to let go of all previous personal knowledge (bracketing).

Results: Twenty-two respondents were recruited, consisting of 12 nurses and 10 family respondents. The spiritual needs of Muslim patients in the ICU from the perspective of nurses and families are reflected in four aspects, namely: (1) religious obligations, (2) spiritual practice, (3) interpersonal connections and (4) professional interactions. Another finding in this study is the magnitude of the motivation of nurses and nurses' expectations in fulfilling the spiritual needs of Muslim patients in the ICU.

Conclusion: The spiritual needs of Muslim patients in the ICU found in this study can provide an overview of nursing interventions in terms of spiritual support so that nurses provide standardized care that is holistic and comprehensive and culturally sensitive.

Keywords: Spiritual needs, Muslim patient, intensive care unit

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	6
C. TUJUAN PENELITIAN	8
D. RUANG LINGKUP PENELITIAN	8
E. ORIGINALITAS PENELITIAN	8
BAB II	10
TINJAUAN PUSTAKA	10
A. SPIRITUAL	10
A. KONSEP KEPERAWATAN HOLISTIK.....	25
B. PENELITIAN KUALITATIF	28
BAB III.....	46
KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	46
A. KERANGKA KONSEP	46
BAB IV.....	49
METODOLOGI PENELITIAN	49
A. DESAIN PENELITIAN	49
B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN	49
C. POPULASI DAN SAMPEL	49
D. INSTRUMEN, METODE DAN PROSEDUR PENGUMPULAN DATA	50

E. ANALISIS DATA	53
F. KEABSAHAN DATA	54
G. ETIKA PENELITIAN	56
H. ALUR PENELITIAN.....	57
I. <i>TIME LINE</i>	58
BAB V.....	59
HASIL PENELITIAN	59
A. DEMOGRAFI RESPONDEN.....	59
B. HASIL PENELITIAN.....	61
BAB VI.....	101
DISKUSI	101
A. DISKUSI HASIL	101
B. IMPLIKASI DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN	111
C. KETERBATASAN PENELITIAN	112
BAB VII	113
PENUTUP	113
A. KESIMPULAN.....	113
B. SARAN.....	114
C. PENDANAAN.....	114
DAFTAR PUSTAKA	viii
LAMPIRAN	xx

DAFTAR TABEL

4.1 <i>Time Schedule</i> Penelitian	59
5.1 Demografi Responden Perawat	61
5.2 Demografi Responden Keluarga	62
5.3 Tema, Sub Tema dan Kategori Hasil Wawancara	65

DAFTAR GAMBAR

3.1 Kerangka Konsep Kebutuhan Spiritual	51
4.1 Alur Penelitian	60
5.1 Tema 1: Pemahaman Perawat tentang Spiritual	68
5.2 Tema 2: Aktivitas Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Muslim di ICU	70
5.3 Tema 3: Motivasi Perawat dalam Memenuhi Kebutuhan Spiritual Pasien Muslim di ICU	83
5.4 Tema 4: Hambatan Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Muslim di ICU	86
5.5 Tema 5: Harapan Perawat dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Muslim di ICU ...	92
5.6 Tema 6: Harapan Keluarga dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Muslim di ICU	97

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Permohonan Menjadi Responden	xviii
Lampiran 2a: Lembar Persetujuan Menjadi Responden Perawat	xx
Lampiran 2b: Lembar Persetujuan Menjadi Responden Keluarga	xxi
Lampiran 3a: Panduan Wawancara Perawat	xxii
Lampiran 3b: Panduan Wawancara Keluarga	xxiii
Lampiran 4: Lembar Catatan Lapangan (<i>Field Note</i>)	xxiv
Lampiran 5: Persetujuan Komisi Etik	xxv
Lampiran 6: Surat Izin Penelitian	xxvi
Lampiran 7: Hasil Transkrip Wawancara Responden Perawat.....	xxxiii
Lampiran 8: Hasil Transkrip Wawancara Responden Keluarga	cvi
Lampiran 9:Tabel Analisis Tematik	viii

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
D3	: Diploma tiga
e.c	: <i>et causa</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKM	: Fakultas Kesehatan Masyarakat
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HP	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
L	: Laki-Laki
P	: Perempuan
PEB	: Preeklampsia Berat
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
RK	: Responden Keluarga
RP	: Responden Perawat
S1	: Strata satu
S2	: Magister
SAW	: Shallallahu 'Alaihi wa Sallam
SWT	: Subhānahu Wata'ālā

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Intensive Care Unit (ICU) merupakan unit pelayanan yang didukung perawatan mutakhir berteknologi tinggi dalam membantu proses penyembuhan pasien (Wall et al., 2007; Willemse et al., 2017). Pasien ICU secara umum berada dalam kondisi tidak dapat berkomunikasi dengan baik karena penyakit atau perawatan yang mereka dapatkan (sedasi dan intubasi) (Willemse et al., 2017; Quenot et al., 2017). Pada kondisi demikian, perawat sering kali merasa terdorong untuk fokus pada perawatan fisik pasien, yang menyebabkan perawatan emosional dan spiritual terabaikan (Canfield et al., 2016). Proses perawatan yang hanya fokus memberikan perawatan fisik pada pasien di ICU karena pengetahuan (Choi et al., 2015; Abu-El-Noor, 2016; Ho et al., 2018) dan pengalaman perawat yang masih kurang (Wu & Koo, 2016) dalam hal pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, hal ini merupakan hambatan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga secara konsisten (Pauw et al., 2017). Meskipun kondisi-kondisi di ICU sangat kompleks, namun perawat harus tetap mengenali dan menyadari pentingnya kebutuhan spiritual untuk semua pasien (Carla, 2007).

Selama dua dekade terakhir, minat terhadap kerohanian dan perawatan spiritual di ICU berkembang cukup pesat (Abu-El-Noor, 2016). Selain itu, apresiasi terhadap spiritualitas di ICU menyiratkan bahwa spiritualitas berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga (Willemse et al., 2020). Kebutuhan spiritual semakin diakui sebagai komponen penting dalam memberikan perawatan holistik kepada pasien utamanya pasien ICU yang berada dalam kondisi kritis dan tidak terduga serta memiliki ketergantungan tinggi, dimana pada kondisi tersebut, pasien mencari makna dan bimbingan (Guevara-Armenta, 2016; Kurniawati et al., 2017; O'Brien et al., 2019). Hal ini diungkapkan juga oleh Swinton & Pattison (2010) bahwa dalam situasi sakit,

orang cenderung memikirkan nilai-nilai spiritual dalam upaya meringankan penderitaannya. Studi yang dilakukan oleh Wu & Koo, (2016) memberikan data empiris akan kebutuhan perawatan spiritual pada pasien, serta pengetahuan perawat untuk memenuhi kebutuhan ini. Spiritualitas tertanam dalam nilai-nilai inti praktek keperawatan sehari-hari dan bukan sesuatu yang ditambahkan (Timmins & Mcsherry, 2012) serta berlaku sama disemua lingkungan klinis (Ronaldson et al., 2012). Sehingga, layanan spiritual menjadi komponen vital dalam asuhan keperawatan dan merupakan tanggung jawab etis perawat (Karimollahi et al., 2008; Labrague et al., 2016).

Spiritual merupakan dimensi universal pada setiap pasien dan disiplin kesehatan memiliki tanggung jawab untuk memberikan perawatan holistik oleh karena itu pemenuhan kebutuhan spiritualitas merupakan hal yang tidak bisa diabaikan (Moeini *et al.*, 2015). Perawatan spiritual adalah filosofi perawatan pribadi yang memandu praktik keperawatan kritis sehari-hari, diungkapkan melalui pemikiran dan tindakan keperawatan yang menghasilkan kepuasan dan makna profesional (Kociszewski, 2004). Pasien di ICU serta keluarganya merupakan bagian integral dari perawatan dalam layanan perawatan kritis yang layak mendapatkan penghormatan dan perhatian sehingga sangat perlu mendapatkan perawatan spiritual (Wall et al., 2007; Carpenter et al., 2008). Laporan mengenai kebutuhan spiritual pasien dan keluarga di ICU masih sangat sedikit dibandingkan dengan pengaturan perawatan pasien lainnya (Ronaldson et al., 2012; Selby et al., 2016) meskipun perawatan spiritual berlaku sama disemua lingkungan klinis namun, sistem yang mendukung dan filosofi yang memandu lingkungan klinis tersebut sangat berpengaruh (Ronaldson et al., 2012). Oleh karena itu pengetahuan kebutuhan spiritual di ICU sangat diperlukan, hal ini direkomendasikan juga oleh Guevara-Armenta, (2016); Bakir et al., (2017); dan Willemse et al., (2020) untuk mengetahui secara mendalam pengalaman perawat dan keluarga tentang kebutuhan spiritual pasien di ICU.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga dapat meningkatkan hasil layanan, mengatasi penyakit

(Johnstone et al., 2012; Lace et al., 2020), memfasilitasi penyembuhan, pemulihan termasuk kualitas hidup (Vitorino et al., 2016), dan beberapa pedoman menyarankan perawatan spiritual harus menjadi bagian dari pemberian layanan kesehatan yang komprehensif (Puchalski, 2004; El Nawawi et al., 2012; Coombs et al., 2017). Selain itu, penelitian menunjukkan bahwa kegagalan untuk mengatasi kebutuhan spiritual pasien meningkatkan biaya perawatan kesehatan (Koenig, 2015).

Kebutuhan spiritual cukup bervariasi dan mencakup lebih dari sekedar agama (Hermann, 2001). Namun diungkapkan oleh Koenig, (1998) dalam penelitiannya terhadap 542 pasien yang dirawat di rumah sakit bahwa 88% pasien menganggap keyakinan spiritual dan agama penting. Diungkapkan juga oleh Ehman et al., (1999) dalam penelitiannya bahwa 51% dari peserta studi melaporkan mereka religius, selain itu, 45% menjawab bahwa jika mereka sakit parah, keputusan yang mereka ambil dipengaruhi oleh keyakinan spiritual atau agama mereka. Hal yang sama dilaporkan oleh Bakir et al. (2017) bahwa asuhan spiritual melibatkan semua asuhan keperawatan yang mendukung praktik keagamaan, keyakinan pribadi dan nilai pasien, dengan demikian agama adalah bagian utama dari konsep spiritualitas.

Keyakinan dan praktik keagamaan adalah cara bagi pasien dan keluarga untuk mengekspresikan spiritualitas mereka (Rochmawati et al., 2018). Keyakinan spiritual agama memberikan dampak positif bagi pemeluknya, digunakan sebagai bentuk pengharapan dan motivasi yang besar untuk kesembuhan (Willemsse et al., 2020). Dalam agama Kristen misalnya, kebutuhan spiritual dapat dipenuhi dengan pemberian terapi doa bersama, dan pemberkatan pada pasien oleh pastor atau pendeta. Diungkapkan oleh Johnson et al., (2014) bahwa anggota keluarga lebih puas dengan perawatan spiritual jika seorang pendeta atau penasihat spiritual memberikan pemberkatan dan doa diakhir kehidupan pasien. Begitupula pemeluk agama lain yakni Hindu, Budha, Yahudi, dan Protestan bahwa keyakinan agama memberikan bimbingan spiritual dan motivasi yang besar untuk kesembuhan serta dapat mempengaruhi sikap dan

perilaku pasien (Swihart et al., 2021). Oleh karena itu, Rassool, (2000) mengungkapkan bahwa spiritualitas biasanya berakar pada pemikiran dan praktik keagamaan, dan agama menyediakan jalan bagi cara hidup spiritual, dan memang menjadi kebutuhan yang penting untuk semua pasien dengan agamanya masing-masing. Akan tetapi yang menjadi perhatian bahwa muslim merupakan mayoritas dari populasi di 49 negara seluruh dunia yaitu sekitar dua puluh satu persen populasi dunia yang terdiri dari 1,7 miliar orang (Farzaneh et al., 2013; Desilver & Masci, 2017), dan secara global menjadi agama dengan pertumbuhan tercepat di dunia (Lipka & Hackett, 2017). Muslim akan ditemukan di seluruh dunia meskipun di beberapa negara merupakan minoritas sehingga sangat memungkinkan seorang profesional kesehatan akan merawat pasien muslim selama kariernya. Selain itu, menurut Heydari et al. (2016) muslim memiliki perspektif yang unik tentang spiritual karena mencakup semua aspek manusia. Dengan demikian, penting untuk mempelajari dengan cermat perbedaan antara konsep spiritual Islam dan konsep agama dan ideologi lain untuk merancang asuhan keperawatan yang sesuai dan berguna bagi pasien.

Indonesia merupakan negara dengan populasi muslim terbesar diantara semua negara di dunia dengan 88% dari 241 juta orang (Farzaneh et al., 2013; Desilver & Masci, 2017). Di Sulawesi Selatan terdiri dari 88% dari 8,4 juta orang adalah muslim dan khususnya di Makassar sekitar 83% dari 1,2 juta orang (BPS Sulawesi Selatan, 2015). Oleh karena besarnya populasi muslim di Indonesia terkhusus di Makassar, sangat penting untuk mengetahui kebutuhan spiritual pasien muslim.

Spiritualitas dalam konteks keyakinan muslim, tertanam dalam konsep agama. Dalam agama Islam, kebutuhan dalam memenuhi kewajiban agama menjadi prioritas utama dan tidak boleh sama sekali ditinggalkan (Karimollahi et al., 2008; Bakir et al. 2017). Kewajiban agama merupakan salah satu dari enam kebutuhan spiritual yang diungkapkan oleh Hodge & Horvath (2011). Kebutuhan spiritual lainnya yaitu makna, tujuan dan harapan; hubungan dengan Tuhan; praktik spiritual; hubungan interpersonal; dan interaksi profesional (Hodge &

Horvath 2011). Kebutuhan keagamaan yang menjadi prioritas utama bagi pasien muslim adalah sholat lima waktu, bersuci dengan berwudhu atau tayammum (Karimollahi et al., 2008; Heydari et al., 2016; Marzband et al., 2016). Muslim percaya bahwa sholat adalah ibadah yang terbaik diantara semua ibadah jika diterima oleh Allah Subhānahu Wata'ālā (SWT), tindakan ibadah lainnya juga akan diterima. Dan jika sholatnya tidak diterima, maka amalan lainnya juga tidak diterima (Khân, 1994). Dalam keyakinan muslim, sangat penting bagi seseorang untuk menganggap hanya Allah sebagai Yang Tertinggi yang menciptakan manusia, dunia dan seluruh isinya. Masalah spiritual hanya bisa merujuk pada dua hal, realitas Sang Pencipta dan hubungan antara Sang Pencipta dan yang diciptakan (Heydari et al., 2016).

Mendukung keyakinan agama muslim dalam konteks pelayanan tidak hanya sebagai tanda penghormatan tetapi, berdasarkan hasil dari penelitian Ragsdale et al., (2018), merupakan kunci untuk membantu keluarga muslim dalam pengambilan keputusan medis mereka. Faktanya, dalam kitab suci ummat Islam yaitu Al Qur'an memberikan informasi tentang aspek spiritual dan fisik yang berkaitan dengan kesehatan manusia (Başar, 2014). Menanggapi masih sangat terbatasnya penelitian pada perawatan spiritual dalam konteks Islam di dunia keperawatan, penting untuk menggali lebih dalam kebutuhan spiritual dalam Islam (Heydari et al., 2016) sehingga hal ini dapat menjadi salah satu bahan rujukan secara global karena meskipun seorang muslim berada dibelahan bumi yang berbeda mereka tetap dihubungkan oleh keyakinan dan warisan Islam yang sama (Karimollahi et al., 2008).

Populasi pasien muslim di ICU terkhusus di rumah sakit Unhas yang didapatkan dari data rekam medis sekitar 85% hingga 90%, agama Kristen 4% hingga 6% dan agama Budha 2% hingga 3%, Islam merupakan agama mayoritas dianut oleh pasien. Pasien didampingi oleh keluarga mereka, keluarga merekalah yang meberikan terapi doa, senantiasa melatunkan ayat Al-Qur'an disamping pasien. Dalam beberapa kasus, suasana spiritualitas tersebut memiliki efek yang baik mempengaruhi *outcome* pasien sebagaimana penelitian tanda-tanda vital

pasien jadi normal, meningkatkan skor *Glasgow Coma Scale* (GCS) (Maryana & Erwan, 2019), keluarga mereka lebih tenang saat mendapatkan penjelasan kondisi pasien, lebih pasrah dan berserah diri kepada keputusan yang terbaik dengan keyakinan ikhtiar dan doa. Kondisi yang demikian mempermudah perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien yang dapat meningkatkan hasil layanan, mengatasi penyakit, memfasilitasi penyembuhan, dan pemulihan (Koenig, 2015; Willemse et al., 2020).

Memahami perspektif dan keyakinan unik setiap pasien merupakan komponen penting dalam memberikan perawatan kesehatan yang kompeten. Oleh karena itu, sistem keperawatan perlu mengadopsi teori-teori baru untuk memenuhi kebutuhan sosial dan budaya keagamaan (Hammoud et al., 2005), seperti Islam. Dimana Islam merupakan yang mayoritas, dengan pertumbuhan agama tercepat serta memiliki keyakinan dan warisan Islam yang sama sehingga diharapkan dapat menjadi salah satu bahan rujukan yang dapat menggambarkan kebutuhan spiritual pasien muslim. Saat ini, perbedaan budaya, agama, dan sosial dalam masyarakat yang berbeda (seperti populasi Islam) merupakan tantangan besar bagi sistem perawatan baik di negara mayoritas Islam maupun di negaran minoritas (Halligan, 2006; Alimohammadi & Taleghani, 2015). Kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU sangat penting untuk diketahui, pendapat ini sesuai yang telah diungkapkan oleh Herlianita et al., (2018) bahwa perawatan spiritual dalam lingkungan keyakinan muslim sangat mendesak untuk diketahui lebih dalam. Oleh sebab itu, peneliti merasa perlu mengeksplorasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU dari perspektif perawat dan keluarga.

B. RUMUSAN MASALAH

Pasien ICU mengalami defisit secara keseluruhan dan membutuhkan perawatan secara komprehensif sehingga pemenuhan kebutuhan fisiologi di ICU lebih diutamakan, dan identifikasi terhadap kebutuhan spiritual sering terabaikan. Kebutuhan ini sering tidak tersampaikan sementara perawat berperan untuk memberikan perawatan holistik, termasuk perawatan spiritual, untuk semua pasien. Dalam lingkungan perawatan kritis yang sibuk, perawat sering kali merasa

terdorong untuk fokus pada perawatan fisik pasien, mungkin dengan mengorbankan perawatan emosional dan spiritual (Canfield et al., 2016). Padahal, dua dekade terakhir, minat terhadap kerohanian dan perawatan spiritual di lingkungan ICU telah tumbuh (Abu-El-Noor, 2016). Selain itu, apresiasi terhadap spiritualitas di lingkungan ICU menyiratkan bahwa spiritualitas berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga (Willemse et al., 2020).

Oleh karena itu, memenuhi kebutuhan spiritual dalam konteks asuhan keperawatan merupakan bagian penting dari pemberian asuhan keperawatan yang holistik. Akan tetapi, peran perawat dalam hal memberikan asuhan spiritual masih belum optimal. Masalah pelaksanaan perawatan spiritual di ICU diungkapkan bahwa perawat merasa memiliki waktu yang sedikit (Choi et al., 2015; Abu-El-Noor, 2016 & Ho et al., 2018) meskipun pada kenyataannya spiritualitas tertanam dalam nilai-nilai inti praktek keperawatan sehari-hari bukan sesuatu yang ditambahkan (Timmins & Mcsherry, 2012) dan pengetahuan serta pengalaman yang kurang mengenai perawatan spiritual (Choi et al., 2015; Abu-El-Noor, 2016 & Ho et al., 2018). Ketika kebutuhan spiritual tidak terpenuhi, pasien berisiko mengalami depresi dan berkurangnya makna spiritual dalam diri dan kedamaian (Pearce et al., 2012). Atribut perawatan spiritual adalah kehadiran penyembuhan, penggunaan terapeutik diri, indra intuitif, eksplorasi perspektif spiritual, pemusatan pada pasien, intervensi terapeutik yang berpusat pada makna dan penciptaan lingkungan yang memelihara spiritual. Perawatan spiritual adalah konsep subyektif dan dinamis, aspek unik dari perawatan yang mengintegrasikan semua aspek lainnya. Pemberian perawatan spiritual mengarah pada konsekuensi positif seperti penyembuhan bagi pasien dan peningkatan kesadaran spiritual bagi perawat (Ramenzani, A; Ahmadi, F; Mohammadi, E; Kazemnejad, 2014).

Pengakuan kebutuhan keluarga di ICU menginformasikan perkembangan intervensi untuk memenuhi kebutuhan keluarga dan meningkatkan kualitas perawatan. Dalam studi Al-Mutair et al., (2014) telah dibuktikan bahwa keluarga memiliki kebutuhan spiritual yang harus diketahui oleh perawat. Pasien ICU yang

mayoritas muslim yaitu 85% hingga 90% dari total pasien yang dirawat, merupakan populasi yang mendominasi sehingga menjadi perhatian untuk memenuhi kebutuhan mereka. Oleh karena itu, penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi dan mengidentifikasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU dari perspektif perawat dan keluarga. Berdasarkan hal tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU dari perspektif perawat dan keluarga?”

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mengeksplorasi dan mengidentifikasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ruang ICU dari perspektif perawat dan keluarga.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ruang ICU dari perspektif perawat dan keluarga pasien.
- b. Mengidentifikasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ruang ICU dari perspektif perawat dan keluarga pasien.
- c. Mengidentifikasi hambatan dan harapan perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien Muslim di ruang ICU.
- d. Mengidentifikasi harapan keluarga pasien muslim di ruang ICU dalam pemenuhan kebutuhan spiritual.

D. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin pada tanggal 15 Oktober sampai 5 Desember 2021. Responden dalam penelitian ini adalah perawat dan keluarga pasien muslim di ICU Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

E. ORIGINALITAS PENELITIAN

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas merupakan hal yang tidak bisa diabaikan (Moeini *et al.*, 2015). Pasien di ICU serta keluarganya merupakan

bagian integral dari perawatan dalam layanan perawatan kritis yang layak mendapatkan penghormatan dan perhatian oleh karena itu pasien yang sakit kritis dan anggota keluarga umumnya merasa perlu untuk mendapatkan perawatan spiritual (Carpenter et al., 2008). Ada lebih sedikit laporan yang dipublikasikan membahas kebutuhan spiritual pasien dan keluarga di ICU dibandingkan dengan unit lainnya.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan mengenai spiritualitas diantaranya penelitian yang dilakukan oleh Abbas Saleh Al-Mutair et al., (2014) dengan metode kualitatif dan *survey cross-sectional* mengidentifikasi kebutuhan spiritual sesuai budaya dan agama, pasien ICU menurut persepsi perawat dan penyedia layanan. Penelitian yang mengeksplorasi dimensi kebutuhan spiritual pasien muslim dengan kondisi penyakit kronis di komunitas dari persepsi pasien, keluarga dan penyedia layanan (Irajpour & Moghimian, 2018), dan pasien muslim yang dirawat di rumah sakit (Karimollahi et al., 2008; Zeilani & Seymour, 2010; Zakaria Kiaei et al., 2015; Bakir et al., 2017). Penelitian dengan topik spiritualitas yang telah dilakukan di Indonesia dengan metode kuantitatif antara lain perilaku *caring*, tindakan keperawatan dan pemenuhan kebutuhan spiritual berdasarkan Islam pada pasien di ICU dari perspektif keluarga pasien dan perawat (Wardhani et al., 2017; Ismail & Hatthakit, 2018). Penelitian eksplorasi yang tidak dilihat dari sisi agama ataupun budaya tertentu mengenai perawatan spiritual, pemenuhan kebutuhan spiritual dan dukungan dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di ICU dari perpektif perawat dan keluarga (Romadoni et al., 2013; Kurniawati et al., 2019; Utama et al., 2019; Maryana & Erwan, 2019). Dan untuk penelitian yang khusus mengeksplorasi mengenai kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU belum ditemukan, sehingga penelitian kualitatif ini akan mengeksplorasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU dari perspektif perawat dan keluarga. Oleh karena itu, diharapkan penelitian ini akan memberikan gambaran kebutuhan spiritual pasien muslim yang dirawat di ICU.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. SPIRITUAL

1. Definisi

Spiritualitas sering kali disalahartikan sebagai agama, tetapi sebenarnya merupakan konsep yang jauh lebih luas. Spiritualitas didefinisikan oleh Levin (2003) sebagai hubungan yang dirasakan dengan aspek non mental, non emosional, dan non fisik. Spiritualitas tersebut dapat dilihat sebagai elemen makna, tujuan, koneksi ke Kekuatan Yang Lebih Tinggi atau sesuatu yang lebih besar dari diri sendiri (Targ & Levine, 2002). Spiritualitas merupakan aspek kemanusiaan yang mengacu pada cara individu mencari dan mengekspresikan makna, tujuan, dan cara mereka mengalami keterkaitan mereka saat ini, diri sendiri, orang lain, dan dengan alam secara sakral (Sinha & Kumar, 2014).

Greenstreet (1999) menyatakan bahwa dalam konteks keperawatan, kebutuhan spiritual dan spiritualitas harus dilihat sebagai konsep luas yang mencakup agama tetapi tidak disamakan dengan itu. Namun, faktanya tidak ada yang bisa mendefinisikan spiritualitas secara tepat (Speck et al., 2004). Ini bukan untuk mengatakan bahwa spiritualitas sebagai fenomena manusia dalam konteks keperawatan tidak ada (Rogers & Wattis, 2015). Kevern (2012) mengemukakan bahwa spiritualitas menyangkut pertanyaan tentang nilai dan makna yang mendasar dalam pencarian makna dalam kehidupan (Greenstreet, 1999). Spiritualitas selalu dipandang sebagai nilai moral atau estetis (Rogers & Wattis, 2015). Seperti yang ditekankan oleh Timmins & Mcsherry (2012), spiritualitas tertanam dalam nilai-nilai inti praktik keperawatan sehari-hari dan bukan sesuatu yang ditambahkan. Lebih jauh, seseorang tidak bisa menjadi perawat tanpa bertemu dengan roh manusia di beberapa titik dan mengetahui sesuatu tentang spiritualitas. Dalam situasi sakit, orang cenderung memikirkan nilai-nilai spiritual dalam upaya meringankan penderitaan (Timmins & Mcsherry, 2012).

2. Spiritual dalam Konteks Islam

Islam memiliki perspektif unik tentang kesehatan spiritual karena mencakup semua aspek manusia (Heydari et al., 2016). Sudut pandang Islam, manusia dalam aspek nonmateri (jiwa) telah lahir bakat dan kemampuan yang muncul, tumbuh, dan mencapai kesempurnaan di bawah cahaya kognitif/perseptif, emosional, sosial dan spiritual. Karenanya, kesehatan tidak hanya terdiri dari kedua aspek material dan nonmateri, tetapi juga adanya keseimbangan dan kesehatan antara kedua bidang tersebut (Alimohammadi & Taleghani, 2015).

Kesehatan spiritual adalah konsep yang senantiasa berubah dan berfluktuasi maknanya dalam kaitannya dengan agama dan konteks. Menurut tinjauan pustaka, cinta kepada Sang Pencipta yakni Allah Subhānahu Wata'ālā (SWT), kehidupan berbasis tugas, rasionalitas agama, keseimbangan psikologis, perhatian pada akhirat, dan akhlak suci muncul sebagai atribut kritis kesehatan spiritual dalam Islam dari sintesis karakteristik yang sering diungkap dalam beberapa literatur (Heydari et al., 2016).

Atribut pertama "**cinta Sang Pencipta**" didefinisikan sebagai rasa keterhubungan hanya dengan Tuhan, Makhluq Tertinggi adalah Allah, pencipta manusia dan pencipta/penyemangat alam semesta. Karena Allah SWT menciptakan manusia, Allah SWT paling tahu apa yang paling penting untuk kehidupan terhormat dan bahagia. Manusia berkomunikasi secara romantis dengan Pencipta mereka. Mereka menyembah-Nya secara langsung dengan doa dan secara tidak langsung mematuhi perintah-Nya setiap saat dalam hidup atau memastikan bahwa Tuhan diingat dalam setiap aktivitas yang mereka lakukan. Mereka menganggap bahwa siapa pun yang menerima Allah SWT sebagai Yang Mahakuasa, menjadi satu-satunya pendukung dan pemilik dunia, menjadi Yang Mahakuasa dan Mahatahu, akan menerima nasib mereka dengan kepuasan. Jenis keyakinan ini meningkatkan kemampuan, intuisi, atau wawasan seseorang untuk melihat Allah SWT di mana saja dan kapan saja (Heydari et al., 2016).

Orang yang beriman kepada Allah tidak mengalami depresi, kekecewaan, atau stres. Kehidupan mereka memiliki kedamaian, harapan, kepercayaan, makna, dan tujuan, serta kepuasan spiritual yang berkelanjutan dalam arti praktis disemua tingkat kehidupan. Kesadaran diri spiritual mengarah pada harga diri yang berasal dari kepribadian "batin" seseorang, yang terhubung dengan Allah SWT dan memiliki keyakinan/kepercayaan mutlak kepada Allah SWT. Orang dengan kesehatan spiritual percaya bahwa tidak ada yang dapat terjadi pada diri seseorang atau menyakiti orang tersebut kecuali itu atas Kehendak Allah Yang Maha Kuasa. Ketika seseorang melihat kekuatan Allah SWT dibalik itu semua, maka dia menjadi lebih fleksibel dalam segala aspek kehidupan. Hal ini mengarahkan pada **keseimbangan psikologis** (Heydari et al., 2016).

Atribut berikutnya adalah "**rasionalitas religius**". Rasionalitas religius mencakup empat sub-kategori: pandangan holistik, pencarian pengetahuan yang progresif dan berguna, spiritualitas kebebasan, dan pemikiran mendalam di alam semesta. Pandangan holistik menuntut seseorang untuk memberikan perhatian yang sama pada kehidupan dan akhirat. Ini membutuhkan kebijaksanaan dan pemikiran yang seimbang dalam semua dimensi manusia: fisik, psikologis, dan spiritual. Ketika seseorang mencoba untuk memahami ilmu Allah SWT lebih mendekatkan diri dengan Allah SWT berdasarkan Alquran dan Hadits, ini berarti mencari ilmu yang progresif dan berguna. Manusia memiliki empat musuh menurut tradisi Islam: nafs (diri yang lebih rendah), hawa (keinginan non-fisik), setan (Setan), dan duniya (dunia material sementara ini) (Khân, 1994). "Spiritualitas kebebasan" adalah perjuangan melawan semua kelemahan ini di bawah perintah akal dan iman dan dalam ketaatan pada perintah Tuhan. Seseorang harus mengevaluasi apakah dia telah melakukan perbuatan baik atau dosa. Ini membutuhkan pemeriksaan diri, evaluasi, dan kritik atau penilaian diri. Hal ini menuntun pada seseorang untuk menyingkirkan kebiasaan dan keinginan jahat mereka, memperoleh karakter manusia yang lebih mulia, dan melakukan tindakan

yang lebih baik, dan mencapai pengendalian diri dan pembatasan diri terhadap godaan jahat. Sub-kategori terakhir membutuhkan pemikiran tentang diri sendiri dan tentang semua hal di dunia. Dengan cara ini, seseorang belajar bahwa semua hal di alam semesta memiliki tujuan, kecerdasan, dan kematian (Heydari et al., 2016).

“Perhatian pada akhirat” adalah atribut kesehatan spiritual. Keyakinan fundamental dalam Islam adalah keyakinan akan kehidupan setelah kematian. Ketika Hari Pembalasan dan Kebangkitan tiba, setiap orang harus menjawab pikiran dan tindakan mereka. Penugasan ke Surga atau Neraka hanya akan bergantung pada tindakan seseorang. Dalam konteks ini, kehidupan seorang individu dibuat bermakna dan diperkaya asalkan diisi dengan **“perbuatan baik”**. Penghakiman terakhir seringkali memotivasi umat Islam untuk menjalani hidup mereka secara bertanggung jawab dan etis. Orang berharap untuk melihat Pencipta mereka di surga. Jadi, orang harus memanfaatkan, sejauh-jauhnya, semua kemampuan dan potensi yang dilimpahkan kepada mereka untuk mencari keridhaan Allah SWT (Heydari et al., 2016).

Kesehatan spiritual pada diri seorang muslim dapat tercermin dari akhlak yang mulia dimana seseorang tersebut tidak membahayakan orang lain, bersikap tenang dan damai dan dekat dengan Allah, bersabar, mengutamakan tugas akhirat, menjauhkan diri dari kesenangan duniawi yang dilarang, mencari yang progresif dan bermanfaat ilmu dengan mempelajari literatur agama, melakukan tugas-tugas agama, dan mengandalkan Allah. Kesehatan spiritual adalah situasi dengan tahapan yang berbeda. Dalam tahapan ini, pengetahuan, sikap, dan kemampuan yang diperlukan dapat berkembang untuk mengaktualisasikan semangat seseorang. Ini mengarah pada kedekatan dengan Allah SWT dengan menggunakan semua sumber daya batin manusia. Terakhir, berdasarkan tahapan aktualisasi ruh, perilaku pilihan bebas lahir/batin mengungkapkan keterhubungan seseorang dengan Allah SWT, diri, masyarakat dan alam (Marzband et al., 2016). Tujuan kesehatan spiritual

adalah kedekatan dengan Allah SWT dan keterhubungan dengan Allah SWT, diri, orang lain, dan alam. Menurut Shojaei (2011) dalam Heydari et al. (2016), “kesehatan spiritual membutuhkan pemeliharaan dan aktualisasi fitrah manusia agar dapat terhubung secara kuat dengan Allah SWT dan merancang sistem nilai pribadi yang stabil. Orang tersebut kemudian memiliki kehidupan yang bertujuan dan hubungan sehat, jujur, produktif dengan diri sendiri dan orang lain ”. Definisi ini juga memandang kesehatan spiritual sebagai hubungan dengan Allah SWT, diri, dan orang lain berdasarkan sistem nilai pribadi untuk kehidupan yang bertujuan akhirat.

Menurut agama Islam, memberikan perawatan dan kasih sayang kepada pasien adalah suatu keharusan. Dalam Islam, merawat pasien adalah tugas dan pahala yang berharga. Ross, (1994) mendefinisikan spiritualitas sebagai makna, tujuan, dan pemenuhan dalam hidup; keinginan untuk hidup; keyakinan pada diri sendiri, orang lain, dan Tuhan. Pada tahap ini, istilah spiritual dalam Islam bertemu pada titik yang sama (Bakir et al., 2017). Dalam keperawatan, kesehatan spiritual adalah proses dinamis mendekati Allah SWT, yang dengannya pasien memberi makna pada penyakit dengan mengkomunikasikan secara ilmiah, bijaksana, dan penuh kasih kepada pencipta, diri, dan orang lain. Kontinum untuk memberikan transendensi ini terdiri dari cinta kepada Sang Pencipta, kehidupan berbasis kewajiban, rasionalitas religius, dan perhatian pada akhirat. Pasien memiliki derajat, situasi, dan kualitas yang berbeda pada kontinum ini. Kesehatan spiritual menyebabkan keseimbangan psikologis dan semangat yang teraktualisasi seperti atribut Pencipta (Allah SWT) (Heydari et al., 2016).

Kesehatan spiritual menurut pandangan Islam adalah rangkaian tindakan atau langkah yang diambil untuk mengembangkan semangat seperti sifat-sifat Sang Pencipta (Allah SWT), bukan sembarang Tuhan. Itu memiliki perubahan, aktivitas, atau proses yang konstan. Tingkat kesehatan spiritual tergantung pada seberapa dekat seseorang yang sakit dekat dengan Tuhannya. Hubungan batin ini dibangun dan diperkuat dengan mengikuti aktivitas unik

yang telah ditentukan oleh Allah SWT sendiri, bahkan dalam penyakit. Pasien menciptakan makna penyakit melalui refleksi keterkaitan dengan Allah, diri, dan lain-lain. Karena, setiap orang itu unik, makna ini harus dibuat secara individual, bukan ditemukan. Ketika pasien terhubung dengan Allah, kesehatan spiritual sebagai produk metafisik dapat mengarah pada kepuasan, harapan, stabilitas pribadi, kesadaran diri/kesadaran selama penyakit. Pasien memahami bahwa setiap peristiwa selama penyakit dirancang dengan sengaja dan secara intelektual oleh Allah SWT untuk meningkatkan derajat manusia. Dengan demikian, orang yang sakit mengingat Allah SWT, mengingat cinta-Nya, mengingatkan dirinya sendiri akan perintah Ilahi-Nya, dan mempersiapkan dirinya untuk ketaatan yang lebih besar kepada Allah SWT. Dengan itu, mereka mampu melanjutkan perjalanannya dengan spiritual yang sehat dan bersiap untuk menjalani segala kesulitan selama hidup. Pasien perlu mengingat bahwa penyakitnya dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu, pasien harus berusaha mempersiapkan perhitungan hari kiamat dengan melakukan semua *kewajiban* agamanya baik selama penyakit maupun setelahnya. Semakin baik seseorang melakukan ini dengan penuh rasa tanggung jawab, ketaatan, dan kerendahan hati, dan dengan tujuan mencari keridhaan Tuhan selama penyakit itu semakin dekat orang tersebut dengan Allah SWT. Orang yang sakit melihat penyakit sebagai kertas pertanyaan. Dia harus memberikan akun terbaik dari dirinya yang dia bisa (Heydari et al., 2016).

3. Kebutuhan Spiritual

Setiap orang mempunyai dimensi spiritual dan semua pasien mempunyai kebutuhan untuk merefleksikan spiritualitasnya. Kebutuhan seringkali menonjol pada saat sakit atau pada saat terjadi krisis kesehatan lainnya. Pasien yang memiliki keyakinan spiritual baik, dapat menemukan atau merasakan bahwa keyakinannya ditantang oleh situasi kesehatannya, sementara orang dengan keyakinan spiritual tidak baik, akan merasakan secara tiba-tiba berhadapan dengan berbagai pertanyaan yang menantang

terkait makna dan tujuan hidup, oleh karenanya perawat perlu sensitif terhadap indikasi-indikasi kebutuhan spiritual pasien dan berespon secara tepat (Christman, 2018).

Kebutuhan spiritual pasien berubah seiring dengan waktu dan kondisinya (Speck et al., 2004) oleh karena itu, penilaian kebutuhan spiritual tidak dilakukan hanya satu kali karena pertanyaan eksistensial muncul kembali diberbagai titik dalam jalur perawatan, terutama ketika gejala baru muncul, pengobatan memiliki efek samping yang menyusahkan, dan konsekuensi emosional dan sosial dari penyakit muncul (Margaret et al., 2010). Perubahan kebutuhan spiritual akibat dari perubahan dalam hubungan dengan orang-orang terdekat dan perasaan 'terputus' dari diri sendiri dan orang lain dapat menimbulkan tekanan spiritual yang serius. Oleh karena itu, perawat harus berkontribusi pada tinjauan rutin rencana perawatan spiritual dan berusaha untuk selaras dengan dimensi spiritual karena pasien mungkin mengungkapkan kebutuhan spiritual mereka hanya sekali (Gijberts et al., 2019).

Pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien menjadi bagian dari perawatan secara menyeluruh yang dapat diterapkan dalam proses keperawatan dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Kebutuhan dan perawatan spiritual di dalam kerangka kerja proses keperawatan ini telah terbukti sangat membantu baik dari segi filosofis maupun praktis. Aspek spiritual harus dapat diperhatikan dalam perawatan selain aspek fisik dan psikososial karena menurut beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa keyakinan spiritual berpengaruh terhadap kesehatan dan perawatan (Puchalski, 2001; Rumun, 2014; Jawaid, 2014).

Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien dapat meningkatkan perilaku koping dan memperluas sumber-sumber kekuatan pada pasien (Saad & Medeiros, 2012; Isaac et al., 2016). Kebutuhan spiritual sebagai faktor yang penting untuk mempertahankan atau memelihara hubungan pribadi yang dinamis dari seseorang dengan Tuhan dan hubungan berkaitan dengan

pengampunan, cinta, harapan, kepercayaan dan makna serta tujuan dalam hidup (Rudolfsson et al., 2015).

Menurut Hodge & Horvath (2011) terdapat enam kebutuhan spiritual yaitu (1) makna, tujuan dan harapan; (2) hubungan dengan Tuhan; (3) praktik spiritual; (4) kewajiban agama; (5) hubungan interpersonal; dan (6) interaksi professional.

a. Makna, Tujuan dan Harapan

Pasien mengungkapkan kebutuhan spiritual akan makna, tujuan dan harapan. Keinginan untuk memahami dan menafsirkan peristiwa kehidupan biasa disebutkan. Pasien membutuhkan untuk memahami keadaan mereka saat ini, melewatinya, dan melanjutkan hidup. Pasien membutuhkan penjelasan mengapa penyakit atau kematian itu terjadi, berhenti bertanya "mengapa saya?", Mengurangi frustrasi yang terkait dengan kemampuan yang berkurang, mengenali bahwa orang lain lebih buruk, merasakan alasan keberadaan mereka saat ini, menjadi sadar akan hal-hal positif dalam situasi mereka, hitung berkat mereka, fokus pada kebaikan dalam hidup, lakukan tinjauan kehidupan, dan mencoba menjadikan dunia tempat yang lebih baik.

b. Hubungan dengan Tuhan

Kebutuhan pasien dan keluarga akan spiritual diungkapkan dengan kebutuhan akan hubungan pasien dengan Tuhan (atau transenden). Bagi banyak pasien, hubungan ini adalah sarana yang dapat digunakan untuk memahami situasi mereka saat ini. Hubungan pasien dengan Tuhan dianggap sebagai realitas yang dialami secara subyektif dapat memberikan makna dan tujuan menyeluruh. Hubungan pasien dengan Tuhan memberikan harapan untuk masa depan dan akhirat.

Mengenai hubungan pasien dengan Tuhan, pasien mempertanyakan, menyalahkan, memohon, atau bergumul dengan Tuhan; menjadi benar dihadapan Tuhan; tahu, menerima, atau memercayai kehendak Tuhan dalam konteks saat ini; memahami rencana Tuhan; percaya pada Tuhan

untuk kesembuhan; diyakinkan akan kehadiran dan perhatian Tuhan; dan mengetahui bahwa Tuhan mengendalikan dan mengawasi mereka.

c. Praktik spiritual

Kebutuhan untuk terlibat dalam praktik spiritual dapat dipahami sebagai aktivitas khusus dan teratur yang membina hubungan transenden pasien. Praktik-praktik ini biasanya digunakan oleh pasien sebagai cara untuk meningkatkan hubungan dengan Tuhan yang pada gilirannya memperkuat kemampuannya untuk mengatasi tantangan yang pasien hadapi, misalnya, memberikan rasa tujuan transenden.

Pasien menyebutkan sejumlah praktik spiritual diantaranya adalah kebutuhan untuk atau terlibat dalam doa (mungkin latihan spiritual yang paling sering disebutkan), membaca Alkitab, meditasi, meditasi pada kitab suci, refleksi, dan layanan keagamaan. Praktik spiritual lainnya termasuk kebutuhan untuk mendengarkan kaset dan pesan yang menginspirasi, mendengarkan musik devosional, membaca buku bertema spiritual, dan menerima sakramen religius.

d. Kewajiban agama

Kebutuhan spiritual akan kewajiban agama diungkapkan dengan melaporkan tradisi keyakinan khusus mereka. Selain praktik spiritual yang memfasilitasi hubungan dengan yang transenden, kebutuhan dilaporkan mengalir dari ajaran tradisi keyakinan pasien. Meskipun kewajiban ini mungkin juga terkait dengan rasa hubungan klien dengan Tuhan, kewajiban ini mungkin lebih bersifat preskriptif daripada kebutuhan yang dijelaskan sebelumnya.

Misalnya, pasien Muslim menyebutkan persyaratan untuk makanan halal yang dibolehkan oleh agamanya. Masalah lain termasuk kebutuhan akan pilihan pengobatan, menghormati kesopanan, dan peran gender yang saling melengkapi di antara Muslim, serta melaporkan praktik khusus seputar kematian dan pengurusan jenazah.

e. Koneksi Interpersonal

Selain koneksi vertikal dengan Tuhan atau yang transenden, pasien juga melaporkan kebutuhan spiritual untuk koneksi horizontal dengan orang lain. Termasuk hubungan dengan komunitas keagamaan, yang sering dipandang sebagai alat untuk penyelenggaraan kebutuhan ini secara tepat, juga mencakup kebutuhan akan interaksi yang teratur dan penuh kasih dengan teman, keluarga dan mereka yang telah meninggal dalam arti tertentu.

Kebutuhan akan koneksi interpersonal termasuk juga mengunjungi anggota keluarga; bercakap-cakap dengan orang yang memiliki nilai spiritual yang sama; menerima doa dari orang lain; mencari pengampunan dari orang yang dianiaya di masa lalu; memproses acara dengan orang lain yang memiliki pengalaman serupa; menerima ekspresi nyata dari dukungan dan dorongan; dihargai dan dicintai oleh orang lain; dan kehadiran fisik yang sederhana dari seseorang.

f. Interaksi profesional

Sesuai dengan pentingnya interaksi manusia, banyak pasien memilih hubungan dengan penyedia layanan kesehatan sebagai area dimana kebutuhan spiritual hadir. Dengan kata lain, kebutuhan spiritual spesifik pasien yang dilaporkan terkait dengan interaksi mereka dengan staf profesional. Mungkin karena staf tersebut merupakan ambaran koneksi interpersonal dari sistem perawatan kesehatan, pasien merasakan kebutuhan spiritual khusus yang secara langsung berkaitan dengan kualitas hubungan mereka dengan staf profesional. Kekhawatiran yang disebutkan termasuk perlunya ekspresi wajah, kata-kata, dan bahasa tubuh yang ramah; interaksi yang mengkomunikasikan martabat dan rasa hormat; empati dan kepedulian; informasi medis yang lengkap dan akurat; kesempatan untuk mendiskusikan pilihan pengobatan dan konsekuensinya; dan kepercayaan, integritas, dan kemauan untuk "berusaha keras" untuk pasien. Beberapa pasien menginginkan staf untuk memainkan peran aktif

dalam kegiatan pemenuhan kebutuhan spiritualnya misalnya, berdoa dengan pasien.

4. Pasien *Intensive Care Unit*

Pasien yang dirawat di ICU adalah pasien yang sakit gawat bahkan dalam keadaan terminal yang sepenuhnya tergantung pada orang yang merawatnya dan memerlukan perawatan secara intensif. Pasien ICU yaitu pasien yang kondisinya kritis sehingga memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terus menerus. Di ICU, perawatan pasien lebih fokus pada menstabilkan status fisiologis pasien. Prioritas tinggi diberikan untuk mempertahankan oksigenasi, perfusi, dan nutrisi yang cukup untuk tubuh pasien yang sakit kritis. Perawat harus berurusan dengan banyak obat penenang, vasoaktif, dan obat atau prosedur lainnya. Dengan kemajuan waktu, lingkungan ICU menjadi lebih kompleks serta kompleksitas perawatan dan intervensi medis yang disediakan untuk pasien yang sakit kritis sehingga asuhan keperawatan diarahkan untuk mengendalikan dan menstabilkan pasien secara fisiologis lebih dari berfokus pada kebutuhan spiritual mereka.

Pasien ICU tidak hanya memerlukan perawatan dari segi fisik tetapi memerlukan perawatan secara holistik. Kondisi pasien yang dirawat di ICU (1) pasien sakit berat, pasien yang tidak stabil yang memerlukan terapi intensif seperti bantuan ventilator, pemberian obat melalui infuse secara terus menerus, seperti pasien gagal napas berat, pasien pasca bedah jantung terbuka, dan *syok septic* (2) pasien yang memerlukan bantuan pemantauan intensif sehingga komplikasi berat dapat dihindari atau dikurangi seperti pasien pasca bedah besar dan luas, pasien dengan penyakit jantung, paru, dan ginjal (3) pasien yang memerlukan terapi intensif untuk mengatasi komplikasi-komplikasi dari penyakitnya seperti pasien dengan tumor ganas dengan komplikasi infeksi dan penyakit jantung (Morton & Fontaine, 2018).

Dari pemaparan di atas bahwa kondisi pasien ICU yang mengalami masalah fisik seperti demikian akan mempengaruhi kondisi psikis, sosial, dan

spiritualitas. Demikian pula dengan lingkungan ICU, kaya akan tekanan fisiologis dan psikososial yang mengancam keadaan kesejahteraan pasien dan keluarga (Morton & Fontaine, 2018). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Hupcey, (2000) bahwa pasien 45 pasien ICU yang dirawat selama tiga hari di ICU mengalami distress spiritual. Distress spiritualitas merupakan suatu keadaan ketika pasien mengalami gangguan dalam kepercayaan atau sistem nilai yang memberikannya kekuatan, harapan dan arti kehidupan, mengungkapkan adanya keraguan dalam sistem kepercayaan, adanya keraguan yang berlebihan dalam mengartikan hidup, mengungkapkan perhatian yang lebih dari kematian, menolak kegiatan ritual dan terdapat tanda-tanda seperti menangis, menarik diri, cemas dan marah, kemudian didukung dengan tanda-tanda fisik seperti nafsu makan terganggu, kesulitan tidur dan tekanan darah meningkat (Willemse et al., 2020). ICU adalah ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat, mengobati pasien dengan perubahan fisiologi yang cepat memburuk, mempunyai intensitas defek fisiologi satu organ ataupun mempengaruhi organ lainnya sehingga merupakan keadaan kritis yang dapat menyebabkan kematian. Setiap pasien kritis erat kaitannya dengan perawatan intensif oleh karena memerlukan pencatatan medis yang berkesinambungan dan monitoring cepat untuk mengetahui perubahan fisiologis yang terjadi atau akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh lainnya (Morton & Fontaine, 2018).

5. Kebutuhan Spiritual Pasien ICU

Selama dekade terakhir, minat terhadap kerohanian dan perawatan spiritual di lingkungan *Intensive Care Unit* (ICU) telah tumbuh (Abu-El-Noor, 2016). Selain itu, apresiasi terhadap spiritualitas di lingkungan ICU menyiratkan bahwa spiritualitas berkontribusi pada peningkatan kesejahteraan spiritual dan kualitas hidup, pasien dan keluarga (Willemse et al., 2020). Dijelaskan juga oleh Movafagh et al., (2017) bahwa secara khusus, kesejahteraan spiritual terkait erat dengan kualitas hidup umum dan sub-skala

yang terdiri dari kualitas hidup, termasuk fisik, sosial/keluarga, emosi, dan kesejahteraan fungsional.

Kebutuhan spiritualitas adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Menurut Penha & Júlia, (2012) bahwa kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan akan arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan berhubungan serta kebutuhan mendapatkan pengampunan. Ketika penyakit menyerang seseorang, kekuatan spiritualitas sangat berperan penting dalam proses penyembuhan. Selama sakit, individu kurang mampu untuk merawat diri mereka dan lebih tergantung pada orang lain. Individu yang menderita suatu penyakit mengalami distress spiritualitas. Distress spiritualitas menyebabkan individu mencari tahu sesuatu yang terjadi pada dirinya yang menyebabkan individu merasa sendiri dan terisolasi dari orang lain (Roze des Ordons et al., 2018).

Pasien yang dirawat di ICU bukan hanya mengalami masalah fisik, psikis dan sosial, tetapi mengalami masalah pada spiritualitas sehingga pasien kehilangan hubungan dengan Tuhan dan hidup tidak berarti (Willemse et al., 2020). Perasaan-perasaan tersebut menyebabkan seseorang menjadi stress dan depresi berat menurunkan kekebalan tubuh dan akan memperberat kondisinya (Christman, 2018). Kondisi distress spiritual yang dialami oleh pasien ICU, akan mampu diatasi dengan memberikan asuhan keperawatan yang holistik dengan menjadikan masalah spiritual adalah masalah yang sama pentingnya dengan masalah fisik pasien. Penilaian yang tepat atas kebutuhan spiritual pasien akan meningkatkan konduksi perawatan spiritual yang efektif. Intervensi untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien di ICU seperti bersama pasien, mendengarkan mereka, menekankan pentingnya menyeimbangkan kebutuhan jiwa, pikiran, dan tubuh; dan membuat rujukan yang tepat dapat

membantu pasien dalam proses penyembuhan spiritual mereka. (Abuatiq, 2015).

Rencana perawatan spiritual berorientasi pasien sangat penting untuk memberikan pemulihan yang efektif dan efisien dari penyakit kritis. Pasien yang memiliki kebutuhan spiritual ketika diatasi dan menerima perawatan spiritual, kecemasan akan berkurang, stress menurun, koping meningkat, dan memiliki prognosis yang lebih baik (Abuatiq, 2015).

6. Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas oleh Keluarga

Definisi keluarga adalah sekelompok orang yang terdiri dari orang tua, anak-anak mereka, tinggal bersama atau tidak; dalam arti luas yaitu kesatuan dibentuk oleh mereka yang hampir terhubung oleh darah dan afinitas. Keluarga menurut *Institute for Patient and Family Centered Care* (PFCC) merujuk pada dua orang atau lebih yang memiliki hubungan kekerabatan apa pun, secara biologis, legal, atau emosional. Dalam pendekatan yang berpusat pada pasien dan keluarga, definisi dari keluarga, serta jumlah keterlibatan dalam pengambilan keputusan, ditentukan oleh pasien jika mampu untuk melakukannya. Keluarga diartikan sebagai setiap orang yang menjalani rutinitas sehari-hari atau kehidupan intim dengan pasien yang sakit kritis. Selain itu, siapa pun yang merupakan bagian penting dari gaya hidup normal dan rutinitas pasien dianggap sebagai anggota keluarga. Istilah keluarga menggambarkan orang-orang yang keseimbangan sosial dan kesejahteraannya diubah oleh masuknya pasien ke dalam arena penyakit kritis atau cedera. Filosofi yang mengakui bahwa pasien adalah bagian dari entitas yang lebih besar sangat penting untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien dan keluarganya (Morton & Fontaine, 2018).

Kebutuhan keluarga didefinisikan sebagai persyaratan anggota keluarga yang jika dipenuhi, meringankan atau mengurangi kesusahan keluarga dan, jika tidak terpenuhi, dapat menimbulkan tekanan pada anggota keluarga dan tim ICU (Kosco & Warren, 2000). Para peneliti telah

menunjukkan bahwa keluarga memiliki kebutuhan informasi, jaminan, dukungan dan kedekatan yang harus dipenuhi agar keluarga dapat mengatasi penyakit kritis kerabat mereka (Verhaeghe et al., 2005). Anggota keluarga memiliki kebutuhan yang jika tidak terpenuhi dapat menimbulkan stres pada pasien, keluarga dan tim medis perawatan kritis (Abbas Saleh Al-Mutair et al., 2014).

Keluarga mempunyai fungsi-fungsi yang terdiri dari fungsi keagamaan, fungsi budaya, fungsi cinta kasih, fungsi perlindungan, fungsi reproduksi, fungsi sosialisasi, fungsi ekonomi, fungsi pelestarian lingkungan (Schwab et al., 2002). Keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien dalam memberikan dukungan dan keyakinan pada mereka (Williams, 2005). Menurut Borges et al., (2011) menyatakan bahwa keluarga berperan dalam perawatan pasien ICU khususnya pada pemenuhan kebutuhan spiritualitas pada pasien yang mempengaruhi penyembuhan pasien.

Penyakit kritis dapat dilihat oleh keluarga dari perspektif agama atau spiritual (Morton & Fontaine, 2018). Oleh karena itu, keluarga dapat memberikan dukungan spiritual pada anggota keluarganya yang sakit dengan bantuan doa, ritual agama, menghiburnya, merasakan pengertiaan yang dialami oleh anggota keluarga yang sakit. Keluarga dapat memberikan dukungan spiritual tertentu yang tidak dapat diberikan oleh orang lain. Keluarga merupakan orang terdekat dari individu ketika sakit. Peran keluarga mengenai masalah kesehatan yaitu mampu mengambil keputusan dalam kesehatan, ikut merawat anggota keluarga yang sakit, dan memodifikasi lingkungan (Morton & Fontaine, 2018). Menurut Jaber et al., (2019) penyembuhan dan spiritualitas secara dekat saling berkaitan berdasarkan keyakinan bahwa spiritual merupakan hakikat dari siapa diri kita sebagai manusia kita percaya bahwa penyembuhan pada hakikatnya merupakan proses spiritual yang bertujuan agar manusia selalu sehat.

Keluarga dapat membantu perawat dalam menafsirkan bagaimana keluarga mengatasi stres, bagaimana mekanisme koping mereka akan

memengaruhi pasien, dan bagaimana mereka beradaptasi dengan penyakit pasien. Pasien-keluarga menetapkan keluarga bukan sebagai pengunjung melainkan sebagai peserta dalam perawatan (Morton & Fontaine, 2018).

A. KONSEP KEPERAWATAN HOLISTIK

Falsafah keperawatan adalah keyakinan perawat terhadap nilai-nilai keperawatan yang menjadi pedoman dan landasan dalam pemberian asuhan keperawatan, yang harus tertanam baik pada individu, keluarga, ataupun masyarakat. Falsafah keperawatan memandang individu secara holistik, sebagai satu kesatuan yang utuh dan kompleks, yang memiliki aspek biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Cathie Guzzetta (1988) dalam Christman, (2018) mendeskripsikan konsep holistik sebagai penggabungan "keseimbangan sensitif antara seni dan sains, keterampilan analitik dan intuitif, dan kemampuan serta pengetahuan untuk memilih dari berbagai macam modalitas pengobatan untuk mempromosikan keseimbangan, keterkaitan tubuh, pikiran dan jiwa". Keseluruhan aspek tersebut saling terhubung dan berkaitan satu dengan yang lainnya. Kegagalan pemenuhan salah satu aspek dari dimensi holistik tersebut, akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan di keempat aspek yang lain.

Konsep holistik dalam ilmu keperawatan merupakan suatu konsep yang mendasari asuhan keperawatan. Karena holistik sangat terkait dalam usaha untuk mewujudkan kesejahteraan kesehatan manusia dari segala aspek kebutuhan baik; fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual. Konsep tersebut juga diperkuat dengan pernyataan WHO yang menyatakan bahwa sehat adalah keadaan sempurna dari fisik, mental, dan kesejahteraan sosial tidak hanya terbebas dari penyakit ataupun kelemahan fisik. Holistik memiliki arti 'menyeluruh'. Bahwa pandangan holistik bermakna luas dalam membangun kehidupan manusia secara utuh, sehat, dan seimbang, terkait dengan seluruh aspek dalam unsur kehidupan seperti; aspek fisik, emosi, spiritual, moral, imajinasi, intelektual, budaya, dan estetika. Jadi pandangan sehat yang dimaksud bukan hanya pada aspek fisik semata, namun lebih dari hal itu, bahwa pandangan sehat merupakan sinergitas

dari *mind*, *body*, dan *spirit*. Usaha dalam aspek penyembuhan tersebut, tentu berdasarkan proses ilmiah. Karena tubuh manusia merupakan keterpaduan sistem yang sangat kompleks, dan saling mempengaruhi antara satu dengan yang lainnya (Dossey & Keegan, 2013).

Perawatan holistik berfokus pada melindungi, mempromosikan, dan mengoptimalkan kesehatan dan kebugaran serta mencegah penyakit dan cedera, pada saat yang sama mengurangi penderitaan dan mendukung orang untuk menemukan kedamaian, kenyamanan, keseimbangan melalui penyakit mereka (Mariano, 2007). Perawatan holistik juga mengakui holisme. Menurut American Holistic Nurses (1994) "holisme melibatkan mempelajari dan memahami hubungan timbal balik dari dimensi bio-psikososial-spiritual dari seseorang yang mengakui bahwa keseluruhan lebih besar daripada jumlah bagian-bagiannya; dan bahwa holisme melibatkan pemahaman individu sebagai satu kesatuan yang utuh yang berinteraksi dengan dan ditindaklanjuti oleh lingkungan internal dan eksternal" (Keegan, 2008).

Diyakini bahwa keseluruhan orang terdiri dari bagian-bagian yang saling bergantung dan jika satu bagian tidak berfungsi dengan baik, semua bagian lainnya akan terpengaruh. Oleh karena itu terdapat keseimbangan fisik, emosional, atau spiritual pada orang sakit yang pada gilirannya berdampak negatif terhadap kesehatan mereka secara keseluruhan. Tujuan dari keperawatan holistik adalah untuk fokus pada semua bentuk penyembuhan dari pengobatan konvensional hingga terapi alternatif untuk merawat pasien (Strandberg et al., 2007). Menurut (Dossey, 2005) peran perawat holistik "adalah untuk belajar menggabungkan terapi yang berorientasi pada pikiran di semua bidang keperawatan untuk merawat fisiologis serta sekuel psikologis dan spiritual untuk penyakit" (Frisch & Rabinowitsch, 2019).

Dalam konsep perawatan holistik ini, semua penyakit memiliki komponen psikosomatis, serta faktor biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang selalu berkontribusi terhadap gejala, penyakit, atau penyakit pasien. Dimensi spiritual dalam Model Bio-Psiko-Sosial-Spiritual memasukkan

spiritualitas dalam konteks yang luas: nilai, makna, dan tujuan hidup. Ini mencerminkan sifat manusia yang penuh perhatian, cinta, kejujuran, kebijaksanaan, dan imajinasi. Konsep roh menyiratkan kualitas transendensi, kekuatan penuntun, atau sesuatu di luar diri dan di luar perawat atau klien individu. Ini mungkin mencerminkan keyakinan akan keberadaan kekuatan yang lebih tinggi atau roh penuntun (Hatala, 2012).

Dimensi dari perawatan holistik bersifat saling mempengaruhi dan mengendalikan satu sama lain. Interaksi dari berbagai dimensi ini tidak dapat dipisahkan, yang akhirnya menghasilkan holistik. Berikut, dimensi dalam perawatan holistik yang saling terkait dan ketergantungan dimiliki oleh tiap individu, yaitu (Dossey & Keegan, 2013):

1. Dimensi Fisik

Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari, pencapaian kehehatan, memelihara nutrisi secara adekuat dan berat badan ideal, terhindar dari ketergantungan obat dan alkohol atau rokok serta secara umum melakukan kebiasaan hidup positif.

2. Dimensi Sosial

Terkait dengan kemampuan seseorang berinteraksi secara baik dengan orang lain dan lingkungan, membina dan memelihara keakraban dengan orang lain serta menghargai dan toleransi terhadap kepercayaan yang berbeda

3. Dimensi Psikologi

Dimensi psikologi menekankan bahwa individu memiliki kemampuan untuk menghadapi stres dan mengekspresikan emosi dengan baik. Kesejahteraan emosional, bila dapat mengenal, menerima dan mengekspresikan perasaan dan kekurangan orang lain.

4. Dimensi Spiritual

Terkait dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti, alam, ilmu, agama atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan. Meliputi moral, nilai, dan etik yang dimiliki seseorang. Pengenalan spiritualitas dan potensinya untuk mempengaruhi keyakinan dan perilaku

kesehatan sangat penting bagi penyedia yang ingin memberikan perawatan holistik (Isaac et al., 2016).

B. PENELITIAN KUALITATIF

1. Defenisi

Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang berfokus menggambarkan dan memahami fenomena (konsep) dalam dunia sosial dari perspektif individu yang memiliki pengalaman dalam dunia sosial tersebut. Dari definisi tersebut, penelitian kualitatif dalam keperawatan menekankan pada investigasi pengalaman, proses sosial atau aspek budaya yang dialami individu (pasien, perawat ataupun keluarganya) yang berhubungan dengan kesehatan (Dharma, 2017). Creswell & Poth (2018) juga memberikan beberapa klarifikasi konseptual dengan mendefinisikan penelitian kualitatif merupakan proses penyelidikan pemahaman berdasarkan tradisi penelitian yang berbeda dengan metode mengeksplorasi masalah sosial atau manusia. Pada penelitian kualitatif, peneliti membangun gambaran holistik yang kompleks, menganalisis kata-kata, melaporkan pandangan rinci dari responden, dan melakukan penelitian dalam suasana alami. Kedalaman investigasi data untuk menggambarkan suatu fenomena lebih diutamakan daripada data yang banyak namun hanya superfisial (Dharma, 2017).

Penelitian kualitatif dimulai dengan asumsi dan penggunaan kerangka kerja interpretatif/teoritis yang menginformasikan studi tentang masalah penelitian membahas tentang makna individu atau kelompok yang dianggap berasal dari masalah sosial atau manusia (Creswell & Poth, 2018). Penelitian kualitatif mengacu pada metode inkuiri di mana peneliti bertindak sebagai instrumen pengumpulan data, berusaha menjawab pertanyaan tentang bagaimana atau mengapa fenomena tertentu terjadi. Pertanyaan tentang apa yang terdiri dari fenomena juga dapat memandu penelitian kualitatif (Jones, 1999).

Metode penelitian kualitatif merupakan metode penelitian dalam keperawatan dianggap paling sesuai untuk meneliti proses yang berhubungan

dengan kesehatan atau penyakit (*grounded theory*), budaya yang mempengaruhi kehidupan masyarakat dan respon terhadap penyakit (*ethnography*) serta pengalaman sehat/sakit yang dialami oleh individu (*phenomenology*). Pengetahuan yang dikembangkan dari penelitian kualitatif dapat digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan (Dharma, 2017).

2. Jenis Penelitian Kualitatif

Ada berbagai pendekatan dalam penelitian kualitatif. Contoh pendekatan kualitatif yang digunakan dalam penelitian keperawatan mencakup teori dasar, fenomenologi, etnografi, dan deskripsi kualitatif. Setiap pendekatan memiliki asumsi dan tujuan masing-masing dan pendekatan yang sesuai dipilih berdasarkan pertanyaan penelitian. Berikut beberapa pendekatan dalam penelitian kualitatif:

a. Fenomenologi

Fenomenologi merupakan suatu pendekatan dalam mempelajari makna dari pengalaman manusia dalam menjalani suatu fase kehidupannya (Creswell & Poth, 2018; Polit & Beck, 2009). Tujuan penelitian fenomenologi adalah untuk memahami makna dari pengalaman kehidupan yang dialami oleh responden dan menjelaskan perspektif filosofi yang mendasari fenomena tersebut (Dharma, 2017). Ahli fenomenologi berasumsi bahwa inti dari fenomena yang dialami oleh orang-orang adalah adanya esensi atau struktur esensial yang dapat dipahami. Esensi menurut para ahli merupakan apa yang membuat fenomena menjadi apa adanya, dan tanpanya, tidak akan menjadi apa adanya. Ahli fenomenologi menyelidiki fenomena subjektif dengan keyakinan bahwa kebenaran kritis tentang realitas didasarkan pada pengalaman hidup orang. Topik-topik yang sesuai dengan fenomenologi adalah topik-topik yang mendasar bagi pengalaman hidup manusia, seperti makna penderitaan atau kualitas hidup penderita sakit kronis (Polit & Beck, 2009).

Dalam studi fenomenologi, sumber data utama adalah wawancara yang mendalam. Melalui wawancara ini, para peneliti berusaha untuk masuk ke dunia responden dan memiliki akses ke pengalaman mereka saat hidup. Responden diminta untuk mendeskripsikan pengalaman mereka sebagaimana yang mereka rasakan. Mereka mungkin menulis tentang pengalaman mereka (misalnya di buku harian) tetapi informasi umumnya diperoleh melalui wawancara (Nieswiadomy & Bailey, 2017). Berger (2015) menyatakan bahwa wawancara adalah bagian yang sangat penting tetapi sering kali diremehkan dari studi fenomenologi. Ia mengusulkan bahwa peneliti harus memiliki pemahaman yang akurat dan jelas tentang fenomena yang menarik, dan menggunakan pertanyaan deskriptif untuk mendapatkan tanggapan yang paling lengkap dari peserta. Studi fenomenologis biasanya melibatkan sejumlah kecil peserta, seringkali 10 atau kurang. Bagi beberapa peneliti fenomenologi, inkuiri tidak hanya mengumpulkan informasi dari responden tetapi juga upaya untuk mengalami fenomena tersebut, melalui partisipasi, observasi, dan refleksi. Ahli fenomenologi membagikan wawasan mereka dalam laporan yang kaya dan jelas yang menggambarkan tema-tema utama. Bagian hasil dalam laporan fenomenologi harus membantu pembaca "melihat" sesuatu dengan cara berbeda yang memperkaya pemahaman mereka tentang pengalaman (Polit & Beck, 2018).

Fenomenologi memiliki beberapa varian dan tafsir. Dua aliran pemikiran utama adalah fenomenologi deskriptif dan fenomenologi interpretif (hermeneutika).

1) Fenomenologi Deskriptif

Fenomenologi deskriptif dikembangkan pertama kali oleh Husserl, yang terutama tertarik pada pertanyaan, Apa yang kita kenal sebagai manusia? Ahli fenomenologi deskriptif bersikeras pada penggambaran yang cermat dari pengalaman sadar biasa dalam kehidupan sehari-hari, penggambaran "hal-hal" saat orang mengalaminya. "Hal-hal" ini

termasuk mendengar, melihat, percaya, merasakan, mengingat, memutuskan, dan mengevaluasi. Studi fenomenologi deskriptif sering melibatkan empat langkah berikut: *bracketing*, *intuiting*, menganalisis, dan mendeskripsikan. *Bracketing* mengacu pada proses mengidentifikasi dan menahan keyakinan dan opini yang terbentuk sebelumnya tentang fenomena yang diteliti. Peneliti berusaha keras untuk menggolongkan pengandaian dalam upaya untuk menghadapi data dalam bentuk murni. Peneliti fenomenologi (serta peneliti kualitatif lainnya) sering kali membuat jurnal refleksif dalam upaya mereka untuk mengelompokkan (Polit & Beck, 2018).

Intuiting, langkah kedua dalam fenomenologi deskriptif, terjadi ketika peneliti tetap terbuka terhadap makna yang dikaitkan dengan fenomena oleh mereka yang mengalaminya. Peneliti fenomenologi kemudian melanjutkan keanalisis (yaitu, mengekstraksi pernyataan penting, mengkategorikan, dan memahami makna esensial). Terakhir, fase deskriptif terjadi ketika peneliti memahami dan mendefinisikan fenomena tersebut (Polit & Beck, 2018).

2) **Fenomenologi Interpretatif**

Fenomenologi *interpretative* atau hermeneutika dikembangkan oleh Heidegger seorang mahasiswa Heidegger yang menekankan bahwa, menafsirkan dan memahami, tidak hanya mendeskripsikan pengalaman manusia. Dia percaya j kaitannya dengan bagian-bagian dalam kerangka keseluruhan. Peneliti terus menerus mempertanyakan makna teks tersebut. Hermeneutika mengandaikan pemahaman sebelumnya dari pihak peneliti. Ahli fenomenologi interpretatif idealnya mendekati setiap teks wawancara dengan keterbukaan, mereka harus terbuka untuk mendengar apa yang dikatakan teks tersebut (Polit & Beck, 2018).

Ahli fenomenologi interpretatif, seperti ahli fenomenologi deskriptif, mengandalkan terutama pada wawancara mendalam dengan individu

yang pernah mengalami fenomena yang menarik, tetapi mereka mungkin melampaui pendekatan tradisional untuk mengumpulkan dan menganalisis data. Misalnya, ahli fenomenologi interpretatif terkadang menambah pemahaman mereka tentang fenomena melalui analisis teks tambahan, seperti novel, puisi, atau ekspresi artistik lainnya atau mereka menggunakan materi tersebut dalam percakapan dengan peserta studi (Polit & Beck, 2018).

b. Etnografi

Etnografi merupakan penelitian kualitatif yang berfokus pada deskripsi tentang tema-tema budaya yang melatar belakangi suatu fenomena. Penelitian ini mempersyaratkan peneliti memasuki dunia responden untuk melihat langsung apa yang terjadi dan mendengar apa yang disampaikan oleh responden. Menurut Leininger (1985) dalam Nieswiadomy & Bailey (2017), etnografi dapat didefinisikan sebagai "proses sistematis dalam mengamati, merinci, mendeskripsikan, mendokumentasikan, dan menganalisis jalan hidup atau pola tertentu dari suatu budaya (atau subkultur) untuk memahami cara hidup atau pola masyarakat. di lingkungan yang mereka kenal ". Etnografi merupakan salah satu bentuk penelitian kualitatif yang berfokus pada hubungan sosial dan konteks di mana hal tersebut terjadi. Ada beberapa jenis etnografi: klasik, natural, interpretatif, kritis, digital, autoetnografi, dan etnografi berbasis bukti subjektif. Variasi etnografi ini memiliki beberapa karakteristik umum yang meliputi membangun kepercayaan, periode waktu yang lama dengan budaya, kebutuhan peneliti untuk mempraktikkan reflektivitas, dan analisis yang cermat dari berbagai sumber data (Mannay & Morgan, 2015).

Dalam penelitian etnografi, peneliti sering menghabiskan waktu lama dengan kelompok dan menjadi bagian dari budaya mereka. Peneliti mengeksplorasi dengan kelompok ritual dan adat istiadat mereka. Seluruh kelompok budaya atau hanya satu subkelompok dapat dipelajari. Istilah

budaya dapat digunakan dalam arti luas untuk berarti komunitas etnis, misalnya, atau dalam arti yang lebih sempit yaitu satu unit asuhan keperawatan atau satu kelompok perawat. Sumber data dapat mencakup tetapi tidak terbatas pada wawancara, gambar, observasi, atau interaksi antara peneliti dan responden (Lahlou et al., 2015).

Melindungi kerahasiaan peserta penting dalam semua penelitian kualitatif, tetapi mungkin lebih penting dalam penelitian etnografi. Karena lamanya waktu yang dihabiskan peneliti di lapangan dan tingkat kepercayaan yang diperlukan untuk penelitian etnografi, peneliti harus menghasilkan karya yang transparan dan tunduk pada pengawasan dari luar untuk ketelitian, tetapi juga melindungi peserta (Nieswiadomy & Bailey, 2017).

c. *Grounded Theory*

Grounded theory adalah pendekatan penelitian kualitatif yang dikembangkan oleh dua sosiolog, Glaser dan Strauss (1967) merupakan suatu metode kualitatif yang menggunakan proses sistematis untuk membangun teori tentang proses sosial yang mendasari suatu fenomena. Meskipun pendekatan teori dasar dikembangkan oleh sosiolog, pendekatan tersebut sangat tepat untuk digunakan oleh peneliti perawat. Ketika seorang peneliti tertarik pada bidang dimana sedikit penelitian yang telah dilakukan atau teori yang ada, belum cukup kuat menjelaskan fenomena, studi teori dasar adalah pilihan yang baik. Hasil dari studi *grounded theory* adalah teori yang didasarkan pada data dari studi tersebut (Nieswiadomy & Bailey, 2017).

Analisis *grounded theory* lebih mendalam dibandingkan dengan pendekatan kualitatif lainnya. Analisis tidak cukup sampai penjelasan tema-tema dan berbagai konsep seperti pada penelitian fenomenologi, tetapi lebih jauh mengidentifikasi hubungan antar konsep dan membangun teori berdasarkan proses sosial yang mendasari suatu fenomena (Dharma, 2017).

d. Studi Kasus

Studi kasus merupakan pemeriksaan mendalam terhadap orang atau sekelompok orang. Sebuah studi kasus juga dapat memeriksa sebuah institusi, seperti rumah perawatan untuk orang yang sekarat. Metode kasus berakar pada sosiologi dan juga telah banyak digunakan dalam antropologi, hukum, dan kedokteran. Dalam kedokteran, studi kasus sering kali berkaitan dengan penyakit tertentu (Nieswiadomy & Bailey, 2017). Dalam keperawatan, pendekatan studi kasus dapat digunakan untuk menjawab pertanyaan seperti "Bagaimana praktisi perawat menangani profilaksis pra pajanan untuk pencegahan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) pada kelompok risiko tinggi?" (Rowniak, 2015). Topik ini adalah contoh yang baik dari kegunaan metode studi kasus karena topik tersebut penting dan memiliki relevansi klinis, tetapi mungkin tidak cukup sering muncul sehingga cocok untuk metode penelitian kualitatif lainnya (Nieswiadomy & Bailey, 2017).

Studi kasus dapat dianggap sebagai penelitian kuantitatif, kualitatif, atau metode campuran, tergantung pada tujuan penelitian dan desain yang dipilih oleh peneliti. Seperti halnya jenis studi kualitatif lainnya, agar studi kasus dianggap sebagai studi kualitatif, peneliti harus tertarik pada makna pengalaman bagi peserta itu sendiri, daripada menggeneralisasi hasil kepada kelompok orang lain. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk membantu peneliti memahami detail sebuah kasus dari beberapa perspektif; dengan demikian, banyak sumber data dan konteks kasus menjadi penting (Abma & Stake, 2014).

Patricia Benner (1983) adalah peneliti kualitatif yang dikenal luas sebagai ahli dalam memahami bagaimana perawat berpindah dari pemula menjadi ahli. Dia telah menggunakan pendekatan studi kasus secara ekstensif. Dia berpendapat bahwa studi kasus membantu kita memformalkan pengetahuan pengalaman dan, dengan demikian, meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Nieswiadomy & Bailey, 2017).

Data dapat dikumpulkan dalam studi kasus melalui berbagai cara seperti kuesioner, wawancara, observasi, atau catatan tertulis oleh para peserta. Seorang peneliti perawat mungkin tertarik pada bagaimana penderita diabetes menanggapi pompa insulin. Satu orang atau sekelompok penderita diabetes dapat dipelajari untuk suatu waktu untuk menentukan tanggapan mereka terhadap penggunaan pompa insulin. Buku harian dapat digunakan untuk mencatat informasi hari-hari ini. Perawat peneliti kemudian akan menganalisis buku harian ini dan mencoba menafsirkan komentar tertulis (Nieswiadomy & Bailey, 2017).

Ketika peserta dipilih untuk studi kasus, proses seleksi harus dilakukan dengan hati-hati. Dalam contoh yang telah dibahas sebelumnya, peneliti harus menghindari memilih hanya klien yang diharapkan merespon baik atau tidak baik terhadap pompa insulin. Konsep purposive sampling juga berlaku di sini, peneliti harus memilih peserta yang dapat mengisi informasi yang hilang (Nieswiadomy & Bailey, 2017).

3. Tahapan dalam Proses Penelitian Kualitatif Fenomenologi

Seperti studi kuantitatif, studi kualitatif juga memiliki tahapan-tahapan yang diterima secara umum dalam proses penelitian. Namun, bergantung pada desain kualitatif yang dipilih, tahapan-tahapannya mungkin berbeda pada setiap pendekatan. Dalam penelitian ini pendekatan yang digunakan adalah pendekatan deskriptif fenomenologi. Berikut tahapan-tahapan dalam proses penelitian kualitatif (Nieswiadomy & Bailey, 2017):

Tahap 1: Mengidentifikasi masalah penelitian

Seperti halnya identifikasi masalah yang merupakan langkah awal dalam studi penelitian kuantitatif, maka identifikasi masalah atau fenomena penelitian juga merupakan langkah awal dalam proses penelitian kualitatif. Dalam penelitian kuantitatif, peneliti umumnya memulai dengan area studi umum yang luas, kemudian mempersempit fokus ke area studi yang kecil sebelum pengumpulan data dimulai. Dalam penelitian kualitatif, area masalah atau fenomena studi mungkin tetap umum sampai peneliti benar-benar memasuki

setting lapangan. Kemudian, area topik mungkin dipersempit. Masalah yang akan diteliti dalam studi kualitatif dapat menunjukkan sifat umum dari fenomena yang akan dipelajari dan kelompok atau komunitas yang akan dipelajari.

Tahap 2: Menetapkan tujuan penelitian

Dalam artikel yang melaporkan studi kualitatif, pembaca mungkin melihat pernyataan tujuan dalam satu kalimat. Misalnya, pernyataan tujuan pada penelitian ini adalah: "Untuk mengeksplorasi dan mengidentifikasi kebutuhan spiritual pasien muslim di ruang ICU dari perspektif perawat dan keluarga".

Tahap 3: Memilih desain penelitian yang tepat

Rancangan penelitian dalam studi kualitatif bergantung pada fenomena yang akan diteliti. Misalnya dalam pernyataan tujuan tentang korban kekerasan seksual, peneliti akan tertarik pada gambaran tentang apa yang dialami orang-orang selama proses peradilan pidana tersebut. Studi ini mungkin akan membutuhkan pendekatan fenomenologis untuk pengumpulan data. Jika peneliti tertarik pada proses yang digunakan para korban untuk mengatasi pengalaman ini, pendekatan teori dasar dapat digunakan. Jika peneliti tertarik pada bagaimana perawat dapat memfasilitasi pengalaman yang lebih baik bagi korban kekerasan seksual selama proses peradilan pidana, pendekatan penelitian tindakan dapat digunakan. Pada penelitian ini, peneliti tertarik pada gambaran kebutuhan spiritual pasien muslim di ICU, sehingga pendekatan metode yang paling sesuai adalah pendekatan fenomenologi.

Tahap 4: Menyusun tinjauan literatur

Peneliti kualitatif berdebat tentang waktu peninjauan literatur. Beberapa percaya bahwa tinjauan literatur sebelum melakukan penelitian dapat membantu mengidentifikasi kesenjangan dalam pengetahuan dan memfokuskan studi, tetapi beberapa peneliti kualitatif tidak memulai dengan tinjauan literatur.

Sementara studi kuantitatif selalu dimulai dengan tinjauan pustaka yang ekstensif, beberapa penelitian kualitatif mungkin tidak. Sangat sedikit peneliti kualitatif yang percaya bahwa mengkaji literatur secara ekstensif sebelum melakukan studi kualitatif, khususnya studi fenomenologi, akan membuat hasil studi menjadi bias. Mereka tidak ingin tahu apa yang dipikirkan atau diyakini peneliti lain tentang fenomena yang menarik sebelum mengumpulkan data mereka sendiri. Dalam kasus yang jarang terjadi ini, para peneliti percaya bahwa tinjauan pustaka harus dilakukan pada akhir penelitian. Tujuan dari literatur, kemudian, adalah untuk mendapatkan informasi yang akan memungkinkan peneliti untuk menginformasikan kepada pembaca tentang hasil studi penelitian mereka, dan bagaimana temuan studi khusus mereka sesuai dengan pengetahuan yang ada tentang topik yang menarik.

Tahap 5: Menetapkan sampel

Salah satu perbedaan utama studi kualitatif dari kuantitatif adalah bahwa ukuran sampel umumnya lebih kecil. Tidak ada aturan yang ditetapkan tentang ukuran sampel yang diperlukan untuk studi kualitatif. Artikel klasik Sandelowski (1995) "Ukuran Sampel dalam Penelitian Kualitatif" adalah sumber yang sangat baik tentang topik ini. Menurutnya, kualitas informasi yang didapat dari masing-masing responden lebih penting daripada jumlah data yang diperoleh. Data yang dihasilkan dalam studi kualitatif seringkali lebih dalam dan lebih kaya daripada dalam studi kuantitatif dan, pada titik tertentu, mengumpulkan lebih banyak data tidak mengarah pada pemahaman yang lebih baik tentang fenomena yang menarik. Prinsip pedoman ketika mempertimbangkan ukuran sampel dalam penelitian kualitatif adalah kualitas data dan apakah menambahkan lebih banyak peserta akan meningkatkan pemahaman. Seringkali, ukuran sampel kecil dalam penelitian kualitatif.

Kejenuhan adalah konsep penting dalam studi kualitatif tentang pengambilan sampel. Kejenuhan terjadi ketika peneliti mendengar pengulangan tema atau poin penting saat peserta tambahan diwawancarai. Tidak ada informasi baru

yang diperoleh; data menjadi mubazir. Ini bisa terjadi setelah mewawancarai 10 orang, atau tidak sampai 100 orang diwawancarai.

Tahap 6: Mendapatkan ijin masuk ke situs penelitian

Peneliti kualitatif melakukan penelitiannya di lapangan atau tempat responden penelitian tinggal atau bekerja. Namun, sebelum mendekati calon peserta penelitian, peneliti harus mendapat izin penelitian dari komite etik penelitian, serta lokasi pengumpulan data. Selain itu, untuk mendapatkan dana penelitian, peneliti harus menunjukkan bahwa proposal penelitian tersebut telah disetujui oleh komite etik penelitian.

Umumnya, peneliti kualitatif mencoba menghubungi orang-orang penting di bidang yang diminati. Dalam penelitian etnografi, individu-individu ini disebut informan kunci. Mereka mungkin dapat membantu peneliti berhubungan dengan peserta penelitian potensial yang akan dapat memberikan wawasan yang berharga tentang fenomena yang menarik.

Tahap 7: Melindungi hak peserta

Dalam penelitian kualitatif, peneliti berinteraksi sangat erat dengan responden penelitian. Oleh karena itu, masalah etika mungkin lebih penting dalam penelitian kualitatif daripada penelitian kuantitatif. Karena hubungan yang erat antara peneliti dan responden penelitian, orang-orang ini cenderung berbagi informasi pribadi dengan peneliti.

Anonimitas umumnya tidak menjadi pertimbangan dalam penelitian kualitatif karena peneliti mengetahui identitas responden. Bagaimanapun, kerahasiaan sangatlah penting. Peneliti harus sangat berhati-hati untuk melindungi identitas peserta penelitian. Ukuran sampel biasanya kecil dan, karena informasi deskriptif yang kaya yang disajikan dalam hasil studi, mungkin mudah untuk mengidentifikasi responden. Peneliti mungkin harus menghilangkan informasi demografis yang biasa disajikan pada responden dalam laporan penelitian kuantitatif. Misalnya, peneliti kualitatif mungkin ingin menghilangkan informasi seperti usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan peserta studi.

Tahap 8: Mengumpulkan data

Wawancara mungkin merupakan jenis metode pengumpulan data yang paling umum digunakan dalam studi kualitatif. Wawancara adalah metode pengumpulan data di mana pewawancara memperoleh tanggapan dari peserta dalam pertemuan tatap muka atau melalui panggilan telepon. Wawancara yang digunakan dalam penelitian kualitatif umumnya semi-terstruktur daripada terstruktur, seperti yang mungkin terjadi dalam penelitian kuantitatif. Dalam wawancara terstruktur, peneliti memiliki daftar pertanyaan terstruktur yang dijawab secara berurutan, dan penyimpangan dari pertanyaan tidak terjadi. Sebaliknya, wawancara semi-terstruktur adalah wawancara dimana beberapa pertanyaan umum dibangun, tetapi pewawancara terbuka untuk mengizinkan ide atau topik baru untuk diperkenalkan oleh orang yang diwawancarai. Sementara perawat mungkin merasa nyaman berbicara dengan pasien, wawancara penelitian berbeda dan memerlukan keahlian yang berbeda. Pewawancara harus mampu membuat wawancara tetap sesuai topik sambil membiarkan peserta memperkenalkan materi baru yang mungkin penting. Penting bagi pewawancara pemula untuk mempraktikkan metode ini berulang kali, sebaiknya dibawah bimbingan pewawancara berpengalaman.

Wawancara dan observasi memungkinkan adanya fleksibilitas yang dibutuhkan dalam penelitian kualitatif. Dalam penelitian kualitatif, jumlah waktu pengumpulan data umumnya tidak ditentukan saat penelitian dimulai. Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan wawancara semi terstruktur (*semistructure interview*). Wawancara dilakukan dengan melakukan tanya jawab sambil bertatap muka antara responden dan peneliti menggunakan pedoman wawancara, alat perekam suara dan alat tulis. Durasi wawancara selama 30 – 45 menit untuk memberi responden kebebasan menyampaikan pengalaman, ilustrasi, dan penjelasan (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Svend & Steinar, 2009). Dalam kebanyakan jenis penelitian kualitatif, seperti metodologi grounded theory, pengumpulan data terus dilakukan hingga data menjadi jenuh.

Tahap 8: Analisis data

Analisis data dalam penelitian kualitatif dimulai setelah pengumpulan data dimulai. Para peneliti mulai segera mencari tema dalam data dan menyesuaikan pengumpulan data mereka (misalnya, siapa yang mereka wawancarai atau pertanyaan yang mereka ajukan kepada peserta) sedikit saat tema muncul. Analisis data dalam studi kualitatif biasanya melibatkan pemeriksaan kata-kata daripada angka, seperti halnya dalam studi kuantitatif. Umumnya, banyak kutipan langsung yang dibuat oleh para peserta dimasukkan ke dalam laporan studi. Tugas menganalisis semua data ini bisa sangat melelahkan. Satu penelitian besar mungkin melibatkan analisis beberapa ribu halaman catatan. Peneliti kualitatif mungkin menghabiskan waktu berbulan-bulan untuk menganalisis data mereka.

Meskipun langkah-langkah spesifik analisis konten berbeda di antara desain kualitatif, studi kualitatif melibatkan prosedur analisis konten. Secara umum, analisis konten melibatkan pembuatan kategori data dan mengembangkan aturan untuk pengkodean data ke dalam kategori ini. Penggunaan analisis isi bervariasi sesuai dengan jenis penelitian kualitatif yang dilakukan.

Pengkodean adalah alat analisis data dasar peneliti kualitatif. Pernyataan peserta studi dikelompokkan dan diberi kode. Data berkode dikelompokkan menjadi beberapa tema. Peneliti kualitatif kemudian dihadapkan pada tantangan untuk menyampaikan temuan penelitian kepada pembaca. Data dapat dianalisis secara manual atau melalui bantuan program perangkat lunak komputer.

Pada penelitian ini, metode analisa data yang digunakan adalah metode Colaizzi (1978) (Polit & Beck, 2009) untuk menentukan tema dan fenomena yang selaras dengan tujuan penelitian:

- a. Membuat deskripsi responden tentang fenomena dari informan dalam bentuk narasi yang bersumber dari hasil wawancara dan *field note*.
- b. Membaca kembali secara keseluruhan deskripsi informasi dari responden untuk memperoleh perasaan yang sama seperti pengalaman responden.

Peneliti melakukan 3 – 4 kali membaca transkrip untuk merasa hal yang sama seperti responden.

- c. Mengidentifikasi kata kunci melalui penyaringan pernyataan responden yang signifikan dengan fenomena yang diteliti. Pernyataan-pernyataan yang merupakan pengulangan dan mengandung makna yang sama atau mirip maka pernyataan ini diabaikan.
- d. Memformulasikan arti dari kata kunci dengan cara mengelompokkan kata kunci yang sesuai pertanyaan penelitian selanjutnya mengelompokkan lagi kata kunci yang sejenis. Peneliti sangat berhati-hati agar tidak membuat penyimpangan arti dari pernyataan responden dengan merujuk kembali pada pernyataan responden yang signifikan. Cara yang perlu dilakukan adalah menelaah kalimat satu dengan yang lainnya dan mencocokkan dengan *field note*.
- e. Mengorganisasikan arti-arti yang telah teridentifikasi dalam beberapa kelompok tema. Setelah tema-tema terorganisir, peneliti memvalidasi kembali kelompok tema tersebut.
- f. Mengintegrasikan semua hasil penelitian ke dalam suatu narasi yang menarik dan mendalam sesuai dengan topik penelitian.
- g. Mengembalikan semua hasil penelitian pada masing-masing responden untuk divalidasi kembali oleh mereka setelah transkrip dibuat. Setiap ada informasi baru dari responden lalu diikutsertakan pada deskripsi hasil akhir penelitian.

Tahap 9: Menafsirkan data

Interpretasi data sering terjadi bersamaan dengan pengumpulan data. Interpretasi berbeda dengan analisis data. Dalam analisis data, peneliti kualitatif mencari tema dan pola. Selama interpretasi, para peneliti meneliti data mereka berulang kali, mencoba menemukan artinya dalam data. Mungkin ada hubungan antara tema dan pola yang memiliki arti. Meskipun peneliti kualitatif umumnya tidak mencoba membuat generalisasi dari temuan mereka,

mereka mencoba menentukan bagaimana hasil studi mereka dapat diterapkan dan biasanya membahas masalah ini di akhir laporan studi mereka.

Tahap 10: Mengkomunikasikan hasil studi

Dimana dan bagaimana peneliti kualitatif mempresentasikan hasil studinya? Temuan penelitian dapat dikomunikasikan melalui berbagai media, termasuk publikasi di jurnal peer-review. Sebagian besar jurnal penelitian keperawatan berisi laporan penelitian kualitatif. Nyatanya, beberapa jurnal penelitian keperawatan paling bergengsi hanya menerbitkan laporan penelitian kualitatif. Riset Kesehatan Kualitatif adalah salah satu contoh jurnal semacam itu.

Perawat yang melakukan penelitian kualitatif harus mempresentasikan hasil penelitian mereka kepada kolega di konferensi keperawatan nasional, regional, negara bagian, dan lokal. Poster adalah cara yang sangat efektif untuk menyajikan temuan kuantitatif, dan peneliti kualitatif juga dapat mempresentasikan hasilnya pada poster.

Tahap 11: Memanfaatkan hasil studi

Temuan penelitian kualitatif harus digunakan dalam praktik keperawatan, seperti hasil studi kuantitatif. Implikasi untuk praktik keperawatan biasanya disertakan di akhir laporan penelitian kualitatif, seperti yang ditemukan dalam laporan kuantitatif.

Ada beberapa kebingungan tentang pelaksanaan hasil studi kualitatif. Bottorff et al. (2015) mengusulkan bahwa penelitian keperawatan kualitatif dapat digunakan untuk menginformasikan praktik keperawatan klinis bila sejalan dengan teori. Mereka menyatakan bahwa menggunakan penelitian kualitatif yang didukung oleh teori dapat memberikan wawasan tentang konteks dan dinamika kompleks keputusan perawatan kesehatan tentang intervensi.

4. Kualitas Studi Kualitatif Fenomenologi

Para peneliti kualitatif perlu menguji dan menunjukkan bahwa studi yang mereka lakukan kredibel. Jika pada penelitian kuantitatif kredibilitas dalam penelitian kuantitatif tergantung pada instrumen yang dikembangkan, dalam penelitian kualitatif, peneliti adalah instrumennya. Dengan demikian, ketika

para peneliti kuantitatif berbicara tentang validitas dan reliabilitas penelitian, mereka biasanya mengacu sebuah penelitian yang kredibel sementara kredibilitas penelitian kualitatif tergantung pada kemampuan dan usaha dari peneliti. Meskipun reliabilitas dan validitas diperlakukan secara terpisah dalam studi kuantitatif, namun istilah ini tidak dipandang secara terpisah dalam penelitian kualitatif. Terminologi seperti kredibilitas, transferabilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas dipandang sebagai hal melekat dipergunakan dalam penelitian kualitatif (Patton, 2014).

Salah satu kerangka kerja yang paling banyak digunakan untuk menilai atau memastikan ketelitian dalam studi kualitatif diusulkan oleh Lincoln dan Guba pada tahun 1985. Lincoln dan Guba berbicara tentang ketelitian studi kualitatif dalam hal kepercayaan. Untuk memastikan kepercayaan, peneliti harus menunjukkan (1) kredibilitas, (2) transferabilitas, (3) ketergantungan, dan (4) konfirmabilitas. Kredibilitas, atau nilai kebenaran, sebanding dengan validitas dalam studi kuantitatif dan dapat dibuktikan dengan meluangkan waktu yang cukup dengan peserta dan mengumpulkan data yang memadai. Transferabilitas, atau menunjukkan bahwa temuan dapat diterapkan dalam konteks lain, sebanding dengan validitas eksternal dalam studi kualitatif dan dapat ditunjukkan melalui deskripsi data yang tebal dan kaya. Deskripsi tebal adalah penjelasan rinci dari semua elemen penelitian dan memberikan konteks pada data. Ketergantungan sebanding dengan keandalan dalam studi kuantitatif dan dapat dibuktikan dengan audit. Audit adalah proses di mana orang luar studi dapat meninjau studi, menantang proses yang digunakan, menilai kecukupan data, dan memberikan umpan balik untuk meningkatkan studi. Konfirmasi menjadi seobyektif mungkin. Konfirmabilitas dapat ditunjukkan dalam berbagai cara, termasuk membuat jejak audit yang jelas sehingga peneliti lain dapat mengikuti langkah-langkah yang diambil dalam penelitian secara wajar, menggunakan berbagai sumber data untuk memastikan data yang kuat, dan secara sistematis merencanakan dan memperhatikan setiap langkah penelitian untuk hindari bias peneliti .

Reliabilitas dan validitas adalah dua area dimana kriteria empirisme logis tampaknya diterapkan pada fenomenologi sebagai metode penelitian. Komunikasi lintas paradigmatik dapat menimbulkan kesulitan karena kata yang sama mungkin memiliki arti yang berbeda. Tidak dapat diasumsikan bahwa reliabilitas dan validitas memiliki arti yang sama dalam empirisme dan fenomenologi logis. Bahkan di antara tiga metode fenomenologi yang paling sering digunakan dalam penelitian keperawatan, terdapat kurangnya konsensus mengenai masalah reliabilitas dan validitas. Untuk membantu mengklarifikasi reliabilitas dan validitas dari perspektif fenomenologis, metodologi Colaizzi, Giorgi, dan VanKaam dibandingkan dan dikontraskan terkait pendirian mereka terhadap masalah ini. Empat kriteria utama Lincoln dan Guba untuk ketelitian dalam penyelidikan kualitatif, nilai kebenaran, penerapan, konsistensi, dan netralitas dapat menawarkan ahli fenomenologi alternatif yang tepat untuk terminologi positivis logis (Beck, 1994).

Pada penelitian kualitatif juga dikenal istilah triangulasi sumber data, teori dan metodologi yang berkontribusi pada analisis data yang berkualitas. Triangulasi adalah teknik yang digunakan untuk mempromosikan kredibilitas penelitian kualitatif yang pertama kali dianjurkan oleh Denzin pada tahun 1970. Denzin (1970) menegaskan bahwa triangulasi memaksa pengamat untuk menggabungkan beberapa sumber data, metode penelitian, dan skema teoritis. Triangulasi dilakukan untuk mengurangi kemungkinan salah tafsir; dengan demikian, berbagai prosedur digunakan, seperti redundansi pengumpulan data dan tantangan prosedural untuk penjelasan, menggunakan banyak persepsi untuk memperjelas makna dan memverifikasi pengulangan observasi atau interpretasi. Triangulasi adalah strategi yang digunakan untuk mengurangi risiko yang akan tercermin dari kesimpulan peneliti hanya bias atau batasan sistematis dari sumber atau metode tertentu dan memungkinkan seseorang untuk memperoleh pemahaman yang lebih luas dan pemahaman yang lebih aman tentang masalah yang sedang diselidiki. Meskipun

triangulasi sulit, sangat berharga dilakukan karena membuat data dan temuan yang kredibel (Cypress, 2018).