

**TESIS**

**EFEKTIVITAS *SPIRITUAL CARE* TERHADAP  
PENURUNAN KECEMASAN DAN DEPRESI PASIEN  
*ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS)*  
: A SYSTEMATIC REVIEW**



**KAMELIA. R**

**R012182018**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2022**

**TESIS**

**EFEKTIVITAS *SPIRITUAL CARE* TERHADAP  
PENURUNAN KECEMASAN DAN DEPRESI PASIEN  
*ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS)*  
: A SYSTEMATIC REVIEW**

Tesis

Sebagai salah satu syarat untuk mencapai gelar magister keperawatan  
Fakultas ilmukeperawatan  
Disusun dan diajukan oleh



**KAMELIA. R**

**R01218201**

Kepada

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

**TESIS**

**EFEKTIFITAS *SPIRITUAL CARE* TERHADAP  
PENURUNAN KECEMASAN DAN DEPRESI PASIEN  
*ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS)*  
: A SYSTEMATIC REVIEW**

Disusun dan diajukan oleh

**KAMELIA R**  
**Nomor Pokok: R012182018**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 27 Desember 2022  
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Menyetujui**

**Komisi Penasihat,**

**Dr. Kadek Ayu Erika S.Kep., Ns. M.Kes**  
NIP. 19771020 200312 2 001

**Dr. Andi Masyitha Irwan, S.Kep. Ns., MAN. Ph.D**  
NIP. 19830331 200812 2 002

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,

**Prof. Dr. Ehy L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.**  
NIP. 19740422 199903 2 002



## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Kamelia R  
NIM : R012182018  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis :

### **Efektivitas Efektivitas *Spiritual Care* terhadap penurunan kecemasan dan depresi pasien *Acute Coronary Syndrome (ACS)* : *A Systematic Review***

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

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain, maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Hasanuddin Makassar.

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

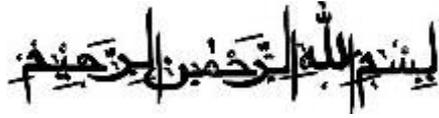
Makassar, 27 Desember 2022

Yang menyatakan



Kamelia R

## KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillah Robbilaamiin. Puji syukur tak terhingga penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas limpahan berkat rahmat, anugerah dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis *Systematic Review* dengan judul “Efektivitas *Spiritual Care* terhadap penurunan kecemasan dan depresi pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS) : A *Systematic Review*”

Proses penulisan proposal tesis *Systematic Review* ini dapat terselesaikan dengan baik karena adanya petunjuk, bimbingan, dan motivasi dari berbagai pihak. Utamanya kedua pembimbing dengan tulus dan ikhlas dalam meluangkan waktu memberikan arahan dan bimbingannya. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat Ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M. Kep selaku pembimbing I dan Ibu Andi Masyitha Irwan, S.Kep., Ns., MAN., Ph. D selaku pembimbing II atas bimbingan, arahan, kesabaran sejak awal proses penyusunan proposal tesis *Systematic Review* hingga layak untuk diajukan dalam proses ujian proposal tesis.

Hasil penelitian ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dari keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan mahasiswa. Ucapan terima kasih kami, secara khusus kepada Ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai Pembimbing I dan ibu Andi Masyitha Irwan, S.Kep.,Ns.,MAN.,Ph.D, sebagai Pembimbing II atas ketulusan memberikan kepada kami bimbingan dan masukan dalam penyelesaian hasil penelitian ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

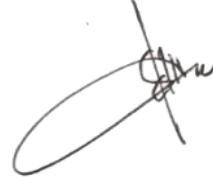
Penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin.

4. Dewan penguji Dr Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M, Kep. Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep dan Prof. Dr. Elly L Sjattar, S.Kp., M.Kes serta seluruh dosen dan staff Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari hasil penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran untuk memperbaiki kekurangan proposal ini. Akhir kata semoga proposal tesis ini dapat memberi manfaat bagi kita semua khususnya bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penelitian selanjutnya di Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin. Aamiin.

Makassar, 27 Desember 2022



Kamelia R

## DAFTAR ISI

|  |     |
|--|-----|
| LEMBAR PENGESAHAN.....                             | i   |
| KATA PENGANTAR.....                                | ii  |
| DAFTAR ISI .....                                   | iii |
| DAFTAR TABEL.....                                  | iv  |
| DAFTAR GAMBAR.....                                 | v   |
| DAFTAR SINGKATAN .....                             | vi  |
| BAB I PENDAHULUAN                                  |     |
| A. Latar belakang .....                            | 1   |
| B. Rumusan masalah.....                            | 4   |
| C. Tujuan penelitian .....                         | 5   |
| D. Manfaat penelitian .....                        | 6   |
| E. Originilitas penelitian .....                   | 6   |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA                            |     |
| A. <i>Acute Coronary Syndrome (ACS)</i> .....      | 8   |
| B. <i>anxietas</i> .....                           | 9   |
| C. Depresi.....                                    | 11  |
| D. Spiritual Care .....                            | 17  |
| E. Kerangka teori topik penelitian.....            | 32  |
| F. <i>Systematic review of effectiveness</i> ..... | 33  |
| BAB III METODE PENELITIAN                          |     |
| A. Desain penelitian .....                         | 34  |
| B. Kriteria inklusi dan eksklusi .....             | 34  |
| C. Strategi pencarian.....                         | 35  |
| D. Prosedur pengumpulan data.....                  | 40  |
| E. Analisis data.....                              | 42  |
| F. Etika Penelitian .....                          | 42  |
| G. Algoritma Pencarian.....                        | 42  |
| BAB IV HASIL PENELITIAN                            |     |
| A. Seleksi Study.....                              | 43  |
| B. Penilaian Kelayakan study.....                  | 44  |
| C. Hasil Study .....                               | 47  |
| BAB IV DISKUSI                                     |     |
| A. Ringkasan Bukti .....                           | 57  |
| B. Implikasi dalam Keperawatan.....                | 61  |
| C. keterbatasan.....                               | 63  |

#### BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

|                     |    |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan ..... | 64 |
| B. Saran .....      | 64 |

#### DAFTAR PUSTAKA

## ABSTRACT

KAMELIA RUPENG. *Effectiveness of Spiritual Care on Anxiety and Depression Decrease of Acute Coronary Syndrome (ACS) Patients: A Systematic Review* (supervised by Kadek Ayu Erika and Andi Masyitha Irwan).

An Acute Coronary Syndrome (ACS) is a noncontagious disease with the highest prevalence. Beside suffering from the disease, the patients are also faced with the psychological conditions (anxiety and depression) either as the result of the prognosis or medication duration which have to be carried out. Therefore, it is necessary to use the holistic approaches: bio, psycho, socio, and spiritual approaches. The intervention of the spiritual care-based anxiety is one of the effective alternatives to overcome the patients' psychological problems.

The research aims at investigating the effectiveness of the spiritual care on the anxiety and depression decrease of the Acute Coronary Syndrome (ACS) patients. The research used the systematic review design. The journal database electronics was published through the Pubmed, ProQuest, Science Direct, DOAJ, Wiley, Garuda, and secondary resource by pubmed which were issued in 2010 – 2020. The structured research questions used PICO. As many as 1822 articles were obtained from the searching and 6 articles were identified to fulfil the inclusive criteria. The articles were analysed and classified based on the evidence and recommendation levels.

The six selected articles prove that the spiritual care significantly has the effect on the anxiety and depression decrease of ACS patients ( $p < 0.001$ ). The ages range from 25 to 92 years old, the intervention durations consist of 10 minutes and 60 minutes. The majority of the interventions consist of Islamic Dhikr, the instruments in the forms of the Hospital Anxiety and Depression (HADS), subscale depression from Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Hamilton Anxiety Scale (HAS), and State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and another effect in the form of the vital sign stability. The research conclusion is that the spiritual care decreases the patients' anxiety and depression. This indirectly prevents the patients from being relapsed, complication, and fatal effect such committing suicide. The accurate handling is not only able to improve the service quality, nursing time efficiency, and medication cost, but also to be the important component from the holistic nursing model, in which the nurses assume someone as the biopsychosocial creature and the spiritual essence is the holistic nursing perspective.

Key words: spiritual care, anxiety, depression, Acute Coronary Syndrome



## ABSTRAK

KAMELIA RUPENG. *Efektivitas Spiritual Care Terhadap Penurunan Kecemasan Dan Depresi Pasien Acute Coronary Syndrome (Acs) A Systematic Review*, (dibimbing oleh Kadek Ayu Erika dan Andi Masyitha Irwan).

*Acute coronary syndrome* (ACS) merupakan penyakit tidak menular dengan prevalensi tertinggi. Selain menderita penyakit, pasien juga dihadapkan pada kondisi psikologis (cemas dan depresi), baik akibat prognosis maupun lama pengobatan yang harus dijalani. Untuk itu, perlu pendekatan holistik bio, psiko, sosio, dan spiritual. Intervensi kecemasan berbasis *spiritual care* merupakan salah satu alternatif dan efektif mengatasi permasalahan psikologis pasien. Penelitian ini bertujuan mengetahui efektivitas *spiritual care* terhadap penurunan kecemasan dan depresi pasien *acute coronary syndrome* (ACS). Desain yang digunakan adalah tinjauan sistematis dengan sumber data berasal dari jurnal berbasis elektronik yang dipublikasikan melalui Pubmed, ProQuest, Science Direct, DOAJ, Wiley, Garuda, dan *secondary resourch by pubmed*. Publikasi tersebut diterbitkan tahun 2010-2020. Pengumpulan data dilakukan melalui pertanyaan penelitian terstruktur menggunakan PICO. Sebanyak 1.822 artikel diperoleh dari pencarian dan 6 artikel diidentifikasi memenuhi kriteria inklusi. Artikel diklasifikasikan dan dianalisis berdasarkan tingkat bukti dan rekomendasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari enam artikel terpilih terbukti *spiritual care* secara signifikan berpengaruh terhadap penurunan kecemasan dan depresi pasien ACS ( $p < 0.001$ ). Hasil lain yang diperoleh adalah rentang usia 25-92 tahun, lama intervensi 10 menit - 60 menit. Mayoritas intervensi zikir Islam, instrumen berupa *hospital anxiety and depression* (HADS) subskala depresi dari *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21), *Hamilton Anxiety Scale* (HAS) dan *State- Trait Anxiety Inventory* (STAI) serta efek lain dari intervensi berupa kestabilan tanda vital. Disimpulkan bahwa *spiritual care* menurunkan kecemasan dan depresi pasien. Hal ini secara tidak langsung mencegah pasien kambuh kembali, komplikasi, serta efek fatal seperti bunuh diri. Dengan penanganan yang tepat, selain mampu meningkatkan kualitas pelayanan, efisiensi waktu perawatan, dan biaya pengobatan juga sebagai komponen penting dari model keperawatan holistik sehingga perawat memandang seseorang sebagai makhluk biopsikososial dengan inti spiritual adalah perspektif keperawatan holistik.

Kata Kunci: *spiritual care*, cemas, depresi, *acute coronary syndrome*



## DAFTAR TABEL

| <b>Nomor</b> | <b>Teks</b>   | <b>Hal</b> |
|--------------|---|------------|
| Tabel 3.1    | Deskripsi <i>keyword</i> yang digunakan pada semua database .....                             | 35         |
| Tabel 3.2    | Deskripsi kata kunci yang digunakan dalam pencarian literatur<br>menggunakan metode PICO..... | 36         |
| Tabel 3.3    | <i>Definisi Operasional</i> .....   | 41         |
| Tabel 4.1    | <i>Synthesis of Evidence Regarding</i> .....  | 45         |
| Tabel 4.2    | <i>Critical Appraisal</i> .....   | 46         |
| Tabel 4.3    | Karakteristik Sampel.....   | 48         |
| Tabel 4.4    | Jenis, durasi dan instrumen .....   | 51         |
| Tabel 4.5    | Efek spiritual Care pada kecemasan dan depresi .....  | 55         |
| Tabel 4.6    | Efek lain Intervensi.....   | 56         |

## DAFTAR GAMBAR

| <b>Nomor</b> | <b>Teks</b>   | <b>Hal</b> |
|--------------|---|------------|
| Gambar 2.1   | Rentang Respon .....                                      | 9          |
| Gambar 2.2   | Kerangka teori penelitian .....                           | 25         |
| Gambar 4.1   | <i>Flowcharts for Study Selection and Inclusion</i> ..... | 44         |

## DAFTAR SINGKATAN

|         |   |
|---------|---|
| ACA     | Acute Coronari syndrome   |
| AMI     | Acute Miocard Infark  |
| ARDS    | Acute Respiratory Dystres Syndrome                                    |
| AHA     | American Heart Association  |
| CAM     | Complementary and Alternative Medicine                                |
| CASP    | Critical Appraisal Skills Programme                                   |
| CEBM    | Centre for Evidence-Based Medicine                                    |
| CI      | Convidence Interval   |
| DASS-21 | Depression Anxiety Stress Scale-21                                    |
| ECT     | Electro Convulsive Therapy  |
| EPHPP   | Effective Public Health Practice Project                              |
| HADS    | Hospital Anxiety and Depression                                       |
| HAS     | Hamilton Anxiety Scale  |
| HR      | Hearth Rate   |
| N-STEMI | Non ST Elevation Myocard Infarct                                      |
| NIC     | Nursing intervention Classification                                   |
| PTM     | Penyakit Tidak Menular  |
| PICO    | Populasi, Intervention, Comparison, Outcome                           |
| PICOT   | Populasi, Intervention, Comparison, Outcome, Time                     |
| PIPP    | Premature Infant Pain Profile   |
| PJK     | Penyakit Jantung Koroner  |
| PRISMA  | Preferred Reporting Items For Systematic reviews And<br>Meta-Analyses |
| RCT     | Randomized Controlled Trial   |
| SEFT    | Spiritual Emotional Freedom Technique                                 |
| SKA     | Syndroma Koroner Akut   |
| SPo2    | Saturation Pulse Oximeter Oxygen                                      |
| SSRI    | Selective Serotonin Re-Uptake Inhibisi                                |
| STEMI   | ST Elevation Myocard Infarct  |
| STAI    | State-Trait Anxiety Inventory   |
| TCAs    | Tricyclic Antidepresan  |
| UAP     | Unstable Angina Pectoris  |
| VAS     | Visual Analog Scale   |
| WHO     | World Heart Association   |

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Trend pola penyakit secara global mengalami pergeseran, peningkatan prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM) menjadi perhatian dalam bidang kesehatan (Babamohamadi et al, 2020). Salah satunya adalah penyakit kardiovaskuler yang terjadi dan dihubungkan dengan gaya hidup seseorang (Sylvia Price Anderson., 2006) . Penyakit kardiovaskuler ini merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia (Hailemariam, Tessema, Asefa, Tadesse, & Tenkolu, 2012). Data *World Health Organisation* pada tahun 2013 menunjukkan bahwa sebanyak 17,3 miliar orang di dunia meninggal karena penyakit kardiovaskuler dan diperkirakan akan mencapai 23,3 miliar penderita yang meninggal pada tahun 2020 (WHO, 2020). Sementara Indonesia menduduki urutan nomer empat negara dengan jumlah kematian terbanyak akibat penyakit kardiovaskuler, yang disumbang oleh penyakit stroke, jantung iskemik dan diabetes mellitus menurut laporan *Global Burden of Disease 2019* (Unger et al., 2020)

Penyakit kardiovaskuler yang paling banyak diderita di negara Indonesia adalah *Acute Coronary Syndrome (ACS)*, jenis ACS terdiri dari angina tidak sabil (UAP), N-STEMI dan STEMI (Silbernagl & Lang, 2000). Kejadian ACS hampir 90% disebabkan oleh erosi ataupun rupture plak atheroma sehingga dapat menyebabkan trombosis intravaskular yang menimbulkan ketidakseimbangan pasokan dan kebutuhan oksigen di miokard (Myrtha, 2012). Kondisi ini menyebabkan perubahan atau penurunan fungsi tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis pada pasien.

Perubahan fisiologis dan psikologis yang dialami pasien dengan ACS merupakan reaksi terhadap situasi yang mengancam dan tak terduga (Kumpulan Pemikiran Pelajar Indonesia Sedunia, 2021). Selama pasien terinfeksi, baik dari sel imun bawaan dan adaptif secara sinergis berpartisipasi dalam respon anti-virus. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya nyeri dada mialgia, mual muntah, kelelahan dan sesak napas serta adanya kecenderungan leukopenia, pada pasien dengan kasus berat dapat terjadi gagal napas berat *Acute Respiratory Distress*

*Syndrome* (ARDS), disertai dengan kegagalan banyak organ (Crayne, Albeituni, Nichols, & Cron, 2019). dan bahkan dibeberapa kesempatan peneliti mengungkapkan tentang perubahan psikologis yaitu diantaranya isolasi sosial, marah, cemas, stress dan depresi (Huffman, Celano, & Januzzi, 2010).

Prevalensi kecemasan (WHO, 2020) sebanyak lebih dari 200 juta orang di seluruh dunia (3,6% dari populasi) sementara itu jumlah penderita depresi sebanyak 322 juta orang (4,4% dari populasi). 70-80 % penderita penyakit jantung mengalami kecemasan (Abu Ruz, Lennie, & Moser, 2011). Dalam suatu penelitian lebih lanjut didapatkan hasil bahwa pasien dengan penyakit kardio vaskuler 50 % mengalami depresi, 70 % mengalami kecemasan dan 48 % mengalami stres (Carney & Freedland dikutip dalam reddy et,al, 2007). Untuk sebagian besar pasien, kecemasan dan depresi disebabkan karena pasien dihadapkan pada ketidakpastian, kekhawatiran tentang efek pengobatan, takut akan perkembangan perjalanan penyakit dan kematian, rasa bersalah, dan pertanyaan spiritual (Baqtayan, 2012)

Kecemasan yang tidak ditangani dengan baik akan memperburuk kondisi pasien dan akan menimbulkan dampak lebih lanjut seperti depresi, gangguan tidur, risiko bunuh diri, dan menurunkan kualitas hidup pasien ACS (Anguiano, Mayer, & Piven, 2012; Brown, Kroenke, Theobald, Wub, & Tu, 2011) selain itu penanganan kecemasan harus menjadi bagian dari perawatan pada pasien jantung yang bertujuan untuk pemulihan dan dapat mengurangi risiko serangan berikutnya (Crayne, Albeituni, Nichols, & Cron, 2019) bahkan untuk mencegah seseorang mengalami kondisi fatal mengakhiri kehidupannya (Asadzandi, 2020) akibat depresi yang berkepanjangan. Untuk itu perlu penanganan kecemasan dan depresi lebih lanjut tidak hanya aspek fisik tetapi juga lebih memperhatikan aspek psikologis pasien ACS.

Berbagai metode telah banyak diperkenalkan baik pendekatan farmakologik untuk aspek fisik bahkan telah terdapat beberapa alternative intervensi non farmakologik dalam upaya penurunan kecemasan dan depresi pasien ACS alternative tersebut seperti akupunktur, seni dan terapi, ekspresif menulis, *hypnosis* atau *hypnotherapy*, meditasi, relaksasi otot progresif dan *guide imagery*, *reflexology*, reiki, relaksasi, *virtual reality*, dan yoga (Lindquist, Snyder, & Tracy,

2014), Namun, yang paling umum digunakan menurut survei adalah *chiropractic /osteopathic manipulation*, terapi herbal, do'a syafaat, dan spiritual terapi atau Spiritual Care (Anderson, 2012).

Konsep spiritualitas sebagai bagian dari standar keperawatan dan kebutuhan spiritualitas seseorang merupakan sebuah bagian integral dari asuhan keperawatan (Qolizadeh, Myaneh, & Rashvand, 2019). Perawatan yang menggunakan spiritualitas sebagai komponen penting dari model keperawatan holistik dimana perawat juga memandang seseorang sebagai makhluk biopsikososial dengan inti spiritual adalah perspektif keperawatan holistik. Setiap komponen diri (mental, fisik, sosial, dan spiritual) merupakan bagian integral, dan mempengaruhi yang lain (Nugroho & Kusrohmaniah, 2019).

Kebutuhan spritual akan mempersiapkan diri untuk menghadapi kesulitan apa pun yang dialami selama sakit dan menjelang datangnya kematian yang dijalani dengan rasa ketaatan, tanggung jawab dan kerendahan hati dengan tujuan mencari keberkahan dan keridhoan (Asadzandi, 2020). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rosyanti, Hadi dan Akhmad (2022) yang mengatakan bahwa spiritual care berupa terapi Al-Quran menjadi solusi utama dan penting dalam membantu dalam penyembuhan mental, spiritual, dan fisik pada pasien dalam menghadapi Acute Coronary Disease.

*Spiritual Care* dapat menimbulkan respons kesehatan dan relaksasi, dapat menimbulkan keyakinan dalam perawatan diri, dan bermanfaat terhadap kecemasan dan panik pada pasien terminal yang dapat menimbulkan ketenangan. Hasil penelitian lain menyebutkan terdapat perbedaan penurunan tingkat depresi pada pasien gagal jantung yang mendapatkan bimbingan spiritual, dimana bimbingan spiritual dapat meningkatkan motivasi sosial, gejala fisik dan peningkatan status kesehatan yang berhubungan dengan depresi (Bekelman et al., 2007)

Berbagai studi telah mengungkapkan efektifitas *Spiritual Care* yang berdampak terhadap kecemasan dan depresi pasien telah banyak dilakukan. Bentuk atau jenis dari intervensi *Spiritual Care* yang diberikan yang beragam, berbagai kondisi klinis pasien yang berbeda. Beberapa hasil studi diantaranya, penerapan murottal Al-Qur'an selama 3 hari, menunjukkan hasil penurunan tingkat kecemasan pada subyek dengan gagal ginjal yang menjalani hemodialisa (yudha et

al, 2021). Dzikir Khafi efektif untuk menurunkan tingkat kecemasan pada lansia di Desa Saronggi (Hannan, 2017). Adanya pengaruh terapi murottal Alqur'an terhadap tingkat kecemasan pada pasien gagal jantung dipuskesmas Yosomulyo, kota Metro (Sarwo Edi, Ludiana, 2021). Terapi spiritual yang paling banyak digunakan adalah SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique), Qur'anic Therapy (Islamic Bibliotherapy), Murottal, bimbingan spiritual, sleep hygiene and deep breathing with spiritual care, dan holy qur'an. Pasien yang menjalani hemodialisa terbukti efektif dapat meningkatkan kualitas hidup melalui terapi spiritual Terapi spiritual sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, karena dapat mengatasi rasa cemas dan menjadikan suasana hati lebih damai dan tenang. (Megawati, Victoria, Arlies Zenitha, 2021). Manfaat doa dan relaksasi bagi pasien diabetes mellitus tipe 2 yaitu menurunkan gula darah dengan cara menghasilkan efek relaksasi yang dapat menekan produksi hormon kortisol dan meningkatkan hormon endorpin untuk menurunkan gula darah. Terapi spiritual yang terdiri dari doa, sholat, zikir, relaksasi nafas dalam dan relaksi benson dapat menurunkan kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus tipe 2 (Ongebele et al., 2020)

Studi berbasis bukti tentang efek dari *Spiritual Care* terhadap penurunan kecemasan dan depresi telah dilakukan, namun intervensi tersebut mengambil semua jenis artikel baik studi protocol, cross sectional, studi prospektif dan studi intevensi tanpa kelompok perbandingan sehingga belum diketahui secara jelas efektivitas terapi berbasis spritiual yang murah, mudah dan praktis serta efisien, yang spesifik dan berfokus pada kecemasan dan depresi pasein ACS, meliputi jenis berbagai intervensi *Spiritual Care*, waktu pelaksanaan intervensi terkait sebelum-setelah tindakan, durasi serta frekuensi *Spiritual Care*, instrumen yang digunakan, serta efek lain dari intervensi. Sehingga peneliti tertarik untuk melakukan review secara sistematis tentang efektivitas *Spiritual Care* pada penurunan kecemasan dan depresi pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS)

## **B. Rumusan masalah**

Kecemasan dan depresi merupakan dua jenis gangguan psikologis umum yang terjadi pada pasien ACS yang satu dengan lainnya saling berkaitan (Fabiana Meijon Fadul, 2019). Seseorang yang mengalami depresi seringkali ada komponen

ansietasnya, demikian pula sebaliknya (Jamil, 2019). Manifestasi cemas dan depresi tidak selalu dalam bentuk keluhan-keluhan kejiwaan, tetapi juga bisa dalam bentuk keluhan-keluhan fisik berupa sesak nafas, jantung berdebar-debar, gemetar, berkeringat, tersedak, merasa perut mual atau rasa panas dan pusing atau perasaan berputar. Sedangkan efek emosional yang timbul antara lain perasaan seperti khawatir, marah, panik, dan teror. Efek mental termasuk berpikir akan mati, Sedangkan efek spiritual yang mungkin muncul adalah merasa terasing, terpisah dan tidak berhubungan dengan diri sendiri dan orang lain (Clark, 2006).

Intervensi kecemasan berbasis *Spiritual Care* merupakan salah satu intervensi alternatif untuk mengatasi permasalahan psikologi pasien, mencegah untuk kambuh kembali, mencegah komplikasi serta mencegah efek fatal seperti bunuh diri. sehingga dengan penanganan yang tepat selain mampu meningkatkan kualitas pelayanan, mengefisienkan waktu perawatan dan biaya pengobatan. Bahkan spiritualitas sebagai komponen penting dari model keperawatan holistik dimana perawat juga memandang seseorang sebagai makhluk biopsikososial dengan inti spiritual adalah perspektif keperawatan holistik. Setiap komponen diri (mental, fisik, sosial, dan spiritual) merupakan bagian integral, dan mempengaruhi yang lain (Nugroho & Kusrohmaniah, 2019).

Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut diatas, efektifitas *Spiritual Care* telah di ketahui, namun penelitian tersebut merupakan penelitian eksperimen dan belum ada systematic review terkait efektifitas *Spiritual Care* terhadap penurunan kecemasan dan depresi pasien *Acute Coronary Syndrom (ACS)*. Melalui tinjauan sistematis ini maka akan diperoleh ulasan secara menyeluruh dan menghindari risiko bias dari berbagai hasil penelitian terdahulu. Oleh sebab itu, tinjauan ini akan diulas dengan menggunakan desain systematic review dengan pertanyaan penelitian adalah apakah intervensi *Spiritual Care* efektif dalam menurunkan masalah kecemasan dan depresi pasien *Acute Coronary Syndrom (ACS)* ?.

## **C. Tujuan penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengevaluasi modalitas intervensi dan efektivitas *Spiritual Care* terhadap penurunan kecemasan dan depresi pada pasien *Acute Coronary syndrome (ACS)*

## 2. Tujuan khusus

- a. Diidentifikasi jenis *Spiritual Care* yang diberikan pada pasien ACS
- b. Diidentifikasi pelaksanaan intervensi meliputi (waktu, durasi serta frekuensi pelaksanaan intervensi *Spiritual Care*)
- c. Diidentifikasi instrumen evaluasi kecemasan dan depresi yang digunakan
- d. Diidentifikasi efek dari intervensi *Spiritual Care* pada pasien (outcome primer dan sekunder)

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Praktis

review ini dapat bermanfaat bagi pengembangan penanganan kecemasan dan depresi khususnya pada pasien ACS dalam perawatan dengan menggunakan pendekatan terapi berberbasis Spiritual

### 2. Manfaat Teoritis

- a. Memperkaya wawasan peneliti terkait penerapan *Spiritual Care* dalam penanganan kecemasan dan depresi pada pasien ACS.
- b. Sebagai rujukan atau sumber bagi peneliti selanjutnya yang ingin melanjutkan penelitian dalam lingkup terapi spiritual dalam penanganan kecemasan dan depresi yang dialami pasien ACS

## E. Originilitas penelitian

Beberapa review penerapan *Spiritual Care* dalam penanganan kecemasan dan depresi telah banyak dilakukan, review tersebut antara lain Efektifitas penerapan intervensi *Spiritual* meningkatkan pandangan tentang akhir kehidupan, menurunkan tingkat rasa sakit, kekhawatiran, tingkat depresi, kecemasan, stres, dan meningkatkan kesejahteraan spiritual dan relaksasi pasien. Dimensi agama dan dimensi eksistensial mengalami peningkatan nilai yang signifikan. sehingga Intervensi perawatan spiritual meningkatkan kesejahteraan spiritual sehingga pasien memiliki penguatan diri dan semangat hidup untuk menjalani penyakitnya (Herniyanti, Saleh, & Irwan, 2019). Terapi psikoreligius/psikospiritual akan membangkitkan rasa percaya diri (self- confident) dan rasa optimisme. Dua hal ini (rasa percaya diri dan rasa optimisme) penting bagi penyembuhan dari suatu penyakit disamping terapi obat-obatan dan tindakan medis lainnya. Terapi Al-Qur'an merupakan terapi penyembuhan dan solusi penyakit fisik, spiritual dan sosial bagi umat islam. Mendengarkan dan membaca Al-Qur'an secara ilmiah menimbulkan efek menenangkan, meningkatkan relaksasi, dan menghilangkan

gangguan negative fisik dan jiwa, merangsang pelepasan endorfin di otak, yang berefek positif pada suasana hati dan ingatan, fokus pada pikiran dan pengalaman positif, mengalihkan pikiran negatif, menurunkan stress, kecemasan, dan depresi, menjadi pengobatan nonfarmakologi untuk melengkapi terapi yang ada. (Rosyanti, Hadju, & Hadi, 2018). Penurunan kecemasan ini disebabkan oleh layanan spiritual yang diberikan kepada responden dalam bentuk berdoa memungkinkan pendekatan spiritual dapat dijadikan masukan bagi perawat untuk memberikan intervensi kepada seluruh keluarga pasien di rumah sakit, terutama mereka yang mengalami kecemasan (Sari, Widyastuti, & Rifah, 2021). Penurunan yang signifikan dalam tingkat kecemasan melalui uji klinis menilai efek RSI menunjukkan manfaat tambahan dibandingkan dengan kelompok kontrol, termasuk pengurangan gejala klinis (terutama tingkat kecemasan) (Ahmad, 2018) selanjutnya (Mariani, Nurachmah, & Waluyo, 2021) menyimpulkan bahwa terdapat lima terapi tersebut (terapi Benson, terapi pijat, terapi aromatik, terapi spiritual dan guided imagery), yang dapat direkomendasikan untuk diaplikasikan dalam intervensi tindakan medis untuk menurunkan kecemasan, dimana intervensi ini merupakan pelengkap/pendamping farmakoterapi atau murni sebagai alternatif terapi komplementer. Meskipun sejauh ini telah dilakukan Review secara sistematis tentang Spiritual Care terhadap penurunan kecemasan dan depresi. Namun sebagai pembeda bahwa menjadikan RCT dan sebagai kriteria inklusi belum dilakukan Sehingga originilitas penelitian ini adalah tinjauan sistematis efektivitas *Spiritual Care* terhadap penurunan kecemasan dan depresi pasien *Acute Coronary Syndrome* (ACS)

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. *Acute Coronary Syndrome (ACS)***

##### **1. Defenisi**

Defenisi *Acute Coronary Syndrome (ACS)* atau Sindroma Koroner Akut (SKA) adalah suatu terminologi yang dipakai untuk menunjukkan sekumpulan gejala nyeri dada iskemik yang akut dan perlu penanganan segera (keadaan emergensi). SKA merupakan sindroma klinis akibat adanya penyumbatan pembuluh darah koroner, baik bersifat intermitten maupun menetap akibat rupturnya plak atherosklerosis. Hal tersebut menimbulkan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen miokard. ACS sendiri merupakan bagian dari penyakit jantung koroner (PJK) dimana yang termasuk ke dalam ACS adalah angina pektoris tak stabil (Unstable Angina Pectoris/UAP), infark miokard dengan ST Elevasi (ST Elevation Myocard Infarct/STEMI), dan infark miokard tanpa ST Elevasi (Non ST Elevation Myocfrd Infarct/NSTEMI) (Myrtha, 2012).

##### **2. Etiologi**

Etiologi terjadinya ACS adalah aterosklerosis yang ruptur sehingga menyebabkan trombosis intravaskular dan gangguan suplai darah miokard. Aterosklerosis adalah kondisi patologis dengan ditandai oleh endapan abnormal lipid, trombosit, makrofag, dan leukosit diseluruh lapisan tunika intima dan akhirnya ke tunika media (Wahyuningsih, 2020). Sumbatan pada arteri koroner ini yang menyebabkan terhambatnya aliran darah ke suatu bagian dari jantung. Jika terhambatnya aliran darah ini berlansung lebih dari beberapa menit, maka jaringan jantung akan mati (Ayuningtias, 2018).

##### **3. Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis dari ACS adalah adanya nyeri dada yang khas, perubahan EKG, dan peningkatan enzim jantung. Nyeri dada khas ACS dicirikan sebagai nyeri dada di bagian substernal, retrosternal dan prekordial. Karakteristik seperti ditekan, diremas, dibakar, terasa penuh yang terjadi dalam beberapa menit. Nyeri dapat menjalar ke dagu, leher, bahu, punggung, atau kedua lengan. Nyeri disertai rasa mual, sempoyongan, berkeringat, berdebar, dan sesak napas. Selain itu

ditemukan pula tanda klinis seperti hipotensi yang menunjukkan adanya disfungsi ventrikular, hipertensi dan berkeringat yang menunjukkan adanya respon katekolamin, edema dan peningkatan tekanan vena jugular yang menunjukkan adanya gagal jantung (Muttaqin, 2009; Pramana, 2011 dalam Prihandana 2013).

#### **4. Patofisiologi**

*Acute Coronary Syndrome* disebabkan karena ketidakseimbangan pasokan dan kebutuhan oksigen miokard yang menyebabkan nekrosis miokard. Penyebab utama hal ini terjadi karena adanya faktor yang mempengaruhi arteri koroner, tetapi juga dapat terjadi sebagai akibat dari proses sekunder seperti hipoksemia atau hipotensi dan faktor-faktor yang meningkatkan kebutuhan oksigen miokard. Penyebab yang paling umum adalah pecah atau erosi plak aterosklerotik yang mengarah pada penyelesaian oklusi arteri atau oklusi parsial dengan embolisasi distal dari bahan trombolitik. Banyak episode dari iskemia miokard umumnya dipercaya berasal dari penurunan mutlak dalam aliran darah miokard regional dibawah level-level paling dasar, dengan subendokardium membawa sebuah beban terbesar dari defisit aliran dari epikardium, apakah dipicu oleh sebuah penurunan besar dalam aliran darah koroner atau sebuah peningkatan dalam kebutuhan oksigen. Beragam sindroma koroner akut membagikan sebuah substrat patologi yang lebih-atau-kurang umum. Perbedaan-perbedaan presentasi klinis dihasilkan secara besar dari perbedaan-perbedaan dalam besaran oklusi koroner, durasi oklusinya, pengaruh berubahnya aliran darah lokal dan sistemik, dan kecukupan kolateral-kolateral koroner (Crayne, Albeituni, Nichols, & Cron, 2019).

#### **B. Ansietas**

##### **1. Defenisi**

Ansietas merupakan perasaan yang tidak santai dan samar-samar dikarenakan adanya rasa takut atau ketidaknyamanan yang disertai dengan munculnya suatu respons dalam tubuh (Sutejo, 2018). Menurut Stuart, (2016) ansietas merupakan perasaan yang tidak jelas atau khawatir yang berkaitan dengan perasaan tidak berdaya dan tidak pasti dengan timbulnya perasaan emosi sehingga tidak memiliki objek. Ansietas merupakan kondisi emosional yang menimbulkan rasa khawatir sehingga menyebabkan ketidaknyamanan disertai

penyebab yang tidak menentu oleh suatu hal yang belum terbukti kejelasannya (Annisa & Ifdil, 2016).

Ansietas merupakan perasaan kekhawatiran atau tidak nyaman yang timbul dengan samar disertai munculnya respons otonom (sumber yang muncul sering tidak diketahui oleh individu dan tidak spesifik); perasaan khawatir yang disebabkan oleh antisipasi terhadap munculnya bahaya. Hal ini merupakan suatu isyarat kewaspadaan yang mampu memperingatkan seorang individu akan munculnya bahaya dan menjadikan individu untuk melakukan tindakan apabila menghadapi suatu ancaman (Herdman, 2018). Pengalaman sehari-hari yang dihadapi individu yang berupa perasaan khawatir, was-was, perasaan tidak nyaman yang mengingatkan individu terhadap munculnya bahaya dan apabila tidak segera teratasi maka dapat menyebabkan perilaku yang mal adaptif, merupakan definisi ansietas menurut (Livana, Keliat, & Putri, Ansietas, 2019)

## **2. Manifestasi Klinis**

Ansietas dapat dilihat dari tanda gejala yang meliputi perasaan gelisah, khawatir yang berlebih, perasaan tegang, mudah letih, otot tegang, sulit berkonsentrasi, gangguan tidur, mimpi buruk atau ingatan berulang yang sangat mengganggu mengenai peristiwa traumatik, perasaan mehidupkan kembali trauma, kesulitan merasakan emosi, insomnia, marah yang meledak-ledak, perilaku yang kasar berkaitan dengan kekerasan, merasa keraguan, adanya rasa takut yang menetap dan nyata akan suatu situasi tertentu (Prabowo, 2014)

Sutejo (2018) mengemukakan gejala ansietas diantaranya adalah:

- a. Pasien merasa tidak tenang, tegang, mudah terkejut dan gelisah.
- b. Mengatakan takut pada keramaian yang banyak orang atau bila sendiri.
- c. Mengalami gangguan daya ingat dan gangguan konsentrasi.
- d. Mengalami mimpi yang menegangkan dan mengalami gangguan pola tidur.
- e. Terdapat keluhan somatik, misalnya rasa sakit pada tulang belakang dan otot, pendengaran yang berdengig atau berdebar-debar, sesaknafas, mengalami gangguan pencernaan, berkemih atau sakit kepala.

### 3. Respon Ansietas

Rentang respon ansietas mampu dikonseptualisasikan dalam sebuah rentang respon. Respon ini dapat digambarkan dalam suatu rentang respon adaptif sampai maladaptife. Respon adaptif merupakan hasil yang positif akan mampu didapatkan jika seorang individu dapat mengatur dan menerima kecemasan. Ansietas dapat menjadi suatu motivasi yang sangat kuat untuk mampu menyelesaikan suatu masalah yang ada. Strategi adaptif pada seorang biasanya digunakan seseorang untuk dapat mengatur kecemasan antara lain dengan menangis, berbicara kepada orang lain, tidur, mampu menggunakan teknik relaksasi dan latihan

Respon maladaptif seseorang timbul ketika kecemasan tidak mampu untuk diatur, individu dapat menggunakan mekanisme koping yang tidak berkesinambungan dengan yang lainnya dan disfungsi. koping maladaptif pada seseorang mempunyai banyak jenis antara lain bicara tidak jelas dan isolasi diri, perilaku agresif, banyak makan, mengkonsumsi alkohol, melakukan judi, dan mengkonsumsi obat terlarang (Stuart, 2016).

Sistem saraf sensorik akan menerima berupa persepsi ancaman kemudian persepsi tersebut timbul akibat adanya pengaruh pengalaman dari masa lalu atau faktor genetik. Rangsangan yang diterima oleh panca indera kemudian akan diteruskan dan direspon oleh sistem saraf pusat dengan urutan *cortex cerebri – limbic system – reticular activating asystem-hypothalamus* yang memberi respon kepada kelenjar hipofise dan mensekresi media hormonal terhadap target organ yaitu kelenjar adrenal kemudian menimbulkan saraf otonom melalui mediator hormonal lain (Owen, 2016).

Stuart (2013), Direja (2011) menggambarkan rentang respon tingkat ansietas sebagai berikut:



Hasil penelitian Ihtiarianti, Anggaeni dan PH (2020) tentang respon ansietas pada lansia yang mengalami penurunan fungsi tubuh didapatkan respon ansietas pada respon perilaku dalam kategori baik, respon afektif dalam kategori

baik, respon fisiologis dalam kategori baik, respon simpatis dalam kategori baik, respon parasimpatis dalam kategori baik, dan kognitif dalam kategori baik, semua respon dalam kategori baik karena hasil dari semua respon mayoritas menunjukkan respon yang positif.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Wahyuningsih (2020) tentang terapi *thought stopping*, relaksasi progresif dan psikoedukasi terhadap penurunan ansietas pasien GGK yang sedang menjalani hemodialisa di suatu ruang hemodialisa. Hasil menunjukkan bahwa respon pasien ansietas setelah mendapatkan terapi adalah persepsi pasien meluas, respon fisiologis pasien terjadi peningkatan tidur dan makan, respon afektif pasien tidak merasa khawatir dan pasien dapat bersosialisasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Syisnawati, Keliat dan Putri (2017) tentang penerapan terapi relaksasi otot progresif pada klien ansietas. Menunjukkan hasil respon kognitif 16 orang menunjukkan respon kognitif paling banyak adalah kurang konsentrasi dan berfokus pada diri sendiri. Respons afektif yang muncul pada klien yang paling banyak adalah gugup dan khawatir sebanyak 16 orang. Respons fisiologis sebanyak 16 orang kebanyakan klien merasa dada berdebar-debar, keringat dingin, dan sulit mengawali tidur. Respons perilaku 16 klien kebanyakan sering mengamati bagian tubuh yang sakit dan merasa gelisah. Respons sosial 15 orang menunjukkan respon merasa sangat memerlukan keberadaan orang lain.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh PH, Keliat dan Putri (2016) tentang penurunan tingkat ansietas pada klien yang memiliki penyakit fisik dengan terapi generalis yang dilakukan di rumah sakit umum bogor terhadap 100 responden hasil menunjukkan bahwa terapi generalis dapat menurunkan respon ansietas terhadap sebelum dan sesudah dilakukannya terapi generalis. Klien mengalami penurunan pada respons kognitif (25 klien) ditandai dengan merasa lebih fokus pada hal yang penting, sulit konsentrasi, lapang persepsi menyempit, cepat berespons terhadap stimulus, perlu arahan. Respons afektif (57 klien) ditunjukkan dengan perasaan yang sedih yang diakibatkan oleh perubahan status kesehatan yang dialaminya sehingga menimbulkan rasa khawatir akan mengalami peristiwa yang sama. Respons fisiologis (38 klien) ditunjukkan dengan

ketegangan otot, perubahan tanda-tanda vital dan perubahan sistem pencernaan. Respon perilaku (42 klien) ditunjukkan dengan waspada, produktivitas menurun dan lebih sering bertanya dan respon sosial (46 klien) ditunjukkan dengan interaksi sosial menurun karena adanya penyakit fisik sehingga membutuhkan orang lain

#### **4. Tingkat Respon Ansietas**

Sutejo (2018), Direja (2011), Kusumawati (2010) mengklasifikasi tingkat ansietas diantaranya

##### **a. Ansietas Ringan**

Ansietas ringan dapat berhubungan dengan rasa ketegangan dalam kehidupan sehari-hari sehingga mampu menyebabkan seorang menjadi lebih waspada dan meningkatkan tingkat persepsinya. Ansietas tingkat ringan mampu menumbuhkan tingkat motivasi untuk belajar serta mampu menghasilkan pertumbuhan kreativitas. Penyebab dari ansietas ringan biasanya dari pengalaman hidup sehari-hari, individu akan merasa tidak nyaman, mudah marah, gelisah atau kebiasaan untuk mengurangi ketergantungan seperti menggigit kuku, menekan jari-jari tangan atau kaki. Pada respon fisik ditandai dengan adanya tekanan darah dan nadi semakin meningkat, gangguan lambung, muka terasa berkerut dan bibir terasa bergetar. Pada respon kognitif dan afektif ditandai dengan perasaan sedikit waspada, tidak mampu untuk duduk dengan tangan dan suara terkadang menjadi meninggi.

##### **b. Ansietas Sedang**

Ansietas tingkat sedang dapat membuat seorang untuk memutuskan perhatian pada sesuatu hal yang penting dan lebih mengesampingkan yang lain, sehingga membuat seorang mengalami perhatian yang lebih selektif, tetapi mampu melakukan sesuatu hal yang lebih terarah. Pada respon fisik ditandai dengan jantung bedebar-debar, meningkatnya nadi dan pernafasan, keringat dingin serta terjadi gejala somatik berupa gangguan lambung dan sakit kepala dilatasi. Pada Respon kognitif ditandai dengan mulai fokus terhadap stimulus, lahan persepsi menurun, rasa perhatian sudah mulai selektif. Respon emosional ditandai dengan mudah tersinggung, labil dan merasa tidak nyaman. Pada

individu yang mengalami ansietas tersebut dapat memberi isyarat bahwa individu tersebut membutuhkan perhatian lebih

c. Ansietas Berat

Ansietas berat ini merupakan ansietas sangat mengurangi lapang persepsi seorang. Adanya kecenderungan untuk memutuskan pada sesuatu yang terperinci dan lebih spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku yang ditunjukkan untuk mengurangi suatu ketegangan yang muncul. Seorang tersebut memerlukan banyak arahan untuk dapat memutuskan suatu hal lain.

Individu yang mengalami ansietas berat hanya berfokus dengan satu hal dan sulit memahami keadaan yang terjadi. Situasi ini sangat tidak memungkinkan untuk memecahkan masalah bahkan bisa jadi individu menjadi linglung dan kebingungan. Pada respon fisik ditandai dengan hiperventilasi, ketegangan otot, peningkatan keringat, bicara dengan cepat dan nada tinggi. Rahang menegang, mondar-mandir, meremas tangan, berteriak.

Pada respon kognitif ditandai dengan ketidak mampuan untuk mempertimbangkan informasi, tidak mampu menyelesaikan masalah yang ada dan sulit untuk berfikir. Pada respon emosional ditandai dengan takut, bingung, menerima diri, menyangkal serta ingin bebas dari suatu ancaman

d. Tingkat panik

Ansietas tingkat panik berhubungan dengan adanya perasaan diteror dan ketakutan, serta ketidakmampuan untuk melakukan apapun walaupun sudah dengan pengarahan. Panik mampu menurunkan kemampuan yang berhubungan dengan orang lain, mampu meningkatkan aktivitas motorik, serta menghilangkan pemikiran rasional.

Seseorang yang mengalami panik sangat sulit untuk memahami kejadian disekitar dan kehilangan realitas. Kebiasaan yang mungkin muncul yaitu teriak-teriak, mondar-mandir, mengamuk bahkan menarik diri, bahkan pada level ini individu dapat mengalami halusinasi. Respon ansietas pada tahap ini tanda-tanda vital naik kemudian menurun, ketegangan otot, dilatasi pupil, mulut ternganga dan insomnia.

Pada respon kognitif ditandai dengan pikiran yang tidak logis, kepribadian yang kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, lebih fokus terhadap diri sendiri. Respon emosional ditandai dengan putus asa, merasa terbebani, marah, sangat takut dan kaget.

## 5. Faktor yang mempengaruhi ansietas

Menurut Stuart (2013), Direja (2011), Kaplan dan Sadock, (2010), Kusumawati (2010) membagi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan antara lain:

### a. Faktor predisposisi

#### 1) Teori Psikoanalitik

Ansietas timbul karena adanya konflik antara kepribadian dan ego yang tidak dalam dikendalikan. Fungsi ego sebagai pertengahan dari elemen yang sedang konflik dan ansietas sebagai pengantar ego untuk meningkat karena adanya bahaya.

#### 2) Teori Interpersonal

Ansietas muncul karena rasa takut karena terdapat penolakan secara interpersonal dan kehilangan.

#### 3) Teori Behavior

Segala sesuatu bertujuan untuk mendapatkan hal yang di inginkan namun terganggu salah satunya dapat menimbulkan ansietas.

#### 4) Teori perspektif keluarga

Pola interaksi maladaptive dalam keluarga dapat menimbulkan ansietas.

#### 5) Teori perspektif biologi

Dalam otak terdapat reseptor khusus yaitu *benzodiazepine* yang menunjukkan fungsi biologis sehingga reseptor membantu mengatur ansietas.

### b. Factor Predisposisi

#### 1) Faktor eksternal

##### a) Ancaman integritas fisik

Ketidakmampuan atau penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

b) Ancaman sistem diri

Ancaman terhadap identitas diri, fungsi sosial dan harga diri dari seseorang.

2) Faktor eksternal

a) Usia

Gangguan ansietas lebih rentan dialami oleh usia muda dibandingkan dengan usia yang lebih tua.

b) Stressor

Perubahan keadaan yang mengakibatkan individu mengalami tuntutan untuk adaptasi. Stressor dapat bersifat berubah dengan tiba-tiba dan dapat menimbulkan ansietas namun tergantung dengan coping individu tersebut.

c) Jenis kelamin

Perempuan biasanya lebih sering untuk mengalami ansietas dibandingkan pria, karena perempuan lebih peka terhadap emosi yang akhirnya mempengaruhi perasaan.

d) Pendidikan

Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah untuk berfikir secara rasional dan kemampuan menganalisis akan memudahkan individu dalam menghadapi masalah.

e) Lingkungan

Individu yang berada di tempat baru akan mudah mengalami ansietas.

## 6. Batasan Karakteristik Ansietas

Herdman (2018) mengidentifikasi batasan karakteristik ansietas sebagai berikut:

- a. Perilaku (*Behavioral*) : penurunan produktivitas, gerakan ekstra, melihat sepintas, tampak waspada, agitasi, insomnia, kontak mata yang buruk, gelisah, perilaku mengintai, khawatir tentang perubahan dalam peristiwa hidup.
- b. Afektif (*Affective*) : kesedihan yang mendalam, gelisah, distres, perasaan tidak adekuat, merasa ketakutan, putus asa, sangat khawatir, peka, gugup, senang berlebihan, menggemerutkan gigi, menyesal, lebih berfokus pada diri sendiri, ragu.

- c. Psikologis (*Physiological*) : wajah tegang, tremor tangan, peningkatan keringat, peningkatan ketegangan, gemetar, tremor, suara bergetar.
- d. Simpatik (*Sympathetic*) : gangguan pola pernafasan, anoreksia, peningkatan refleks, eksitasi kardiovaskuler, diare, mulut kering, wajah memerah, palpitasi jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, peningkatan frekuensi pernafasan, dilatasi pupil, vasokonstriksi superfisial, kedutan otot, lemah.
- e. Parasimpatik (*Parasympathetic*) : nyeri abdomen, perubahan pola tidur, penurunan tekanan darah, penurunan denyut nadi, diare, pusing, keletihan, mual, kesemutan pada ekstremitas, sering berkemih, anyang-anyangan, dorongan segera berkemih.
- f. Kognitif (*Cognitive*) : gangguan perhatian, gangguan konsentrasi, menyadari adanya gejala fisiologis, bloking pikiran, adanya penurunan lapang persepsi, konfusi, adanya penurunan kemampuan untuk menyelesaikan sebuah masalah, adanya penurunan kemampuan untuk melakukan belajar, lupa, preokupasi, sering melamun, kecenderungan lebih menyalahkan orang lain.

### **C. Depresi**

#### **1. Defenisi**

Depresi merupakan suatu masa terganggunya fungsi manusia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyerta, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya serta keinginan untuk bunuh diri (Hailemariam, Tessema, Asefa, Tadesse, & Tenkolu, 2012). Depresi merupakan suatu gangguan afektif yang ditandai dengan hilangnya minat atau kesenangan dalam aktivitas-aktivitas yang biasa dilakukan sehari-hari pada waktu yang lampau (Ami, 2019)

#### **2. Etiologi**

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya depresi: (Lalitya, 2012)

##### **a. Faktor Biologi**

Gangguan depresi melibatkan keadaan patologi di sistem limbic ganglia basalis, dan hipotalamus. Sistem limbic dan ganglia basalis berhubungan erat, hipotesa belakangan ini menyebutkan produksi alam perasaan berupa emosi, depresi dan mania merupakan peran utama limbic. Disfungsi

hipotalamus berakibat pada perubahan regulasi tidur, selera makan, dorongan seksual, dan memacu perubahan biologi dalam endokrin dan imunologik.

b. Faktor Genetika

Gangguan alam perasaan (mood) baik tipe bipolar (episode maniak dan depresi depresif) dan tipe unipolar (episode depresi saja) memiliki kecenderungan menurun kepada generasi selanjutnya.

c. Faktor Psikososial

Peristiwa traumatik kehidupan dan lingkungan sosial dengan suasana yang menegangkan dapat menjadi penyebab gangguan depresi

d. Jenis Kelamin

Depresi lebih sering terjadi pada wanita, karena lebih sering mencari pengobatan sehingga depresi terdiagnosis. Wanita lebih sering terpajan dengan stressor lingkungan dan ambangnya terhadap stressor lebih rendah bila dibandingkan dengan pria. Ketidakseimbangan hormon pada wanita akan menyebabkan terjadinya depresi.

e. Status Perkawinan

Status perceraian menempatkan seseorang pada resiko yang lebih tinggi untuk menderita depresi. Depresi lebih sering pada orang yang tinggal sendiri bila dibandingkan dengan yang tinggal bersama kerabat.

f. Riwayat Keluarga

Dalam riwayat keluarga risiko yang semakin tinggi adalah depresi bila ada riwayat genetik dalam keluarga tersebut.

g. Riwayat Penyakit

Depresi lebih banyak terjadi pada orang yang menderita penyakit kronik, dimana orang dengan penyakit kronik mempunyai resiko 4 kali daripada orang sehat untuk mengalami depresi.

h. Kepribadian

Seseorang dengan kepribadian yang lebih tertutup mudah cemas, hipersensitif dan bergantung pada orang lain rentan terhadap depresi.

i. Stressor Sosial

Stressor merupakan suatu keadaan yang dirasakan sangat menekan sehingga seseorang tidak dapat beradaptasi dan bertahan. Stressor sosial merupakan faktor risiko terjadinya depresi.

j. Dukungan Sosial

Dukungan sosial terdiri dari empat komponen yaitu : jaringan sosial interaksi sosial, dukungan sosial yang didapat, dukungan instrumental. Interaksi sosial dapat ditentukan dengan frekuensi interaksi antara subjek dengan anggota-anggota yang lain. Isolasi sosial menempatkan seorang pada risiko depresi. Selain frekuensi dan kualitas interaksi jauh lebih penting dalam menentukan terjadinya depresi.

k. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan support sistem (sistem pendukung) yang berarti sehingga dapat memberikan petunjuk tentang kesehatan mental klien dalam peristiwa hidupnya dan sistem dukungan yang diterima.

l. Tidak Bekerja

Tidak mempunyai pekerjaan atau menganggur juga merupakan faktor risiko terjadinya depresi.

**3. Tanda dan gejala**

Seseorang yang mengalami gangguan depresi tidak selalu memiliki gejala yang sama satu dengan yang lain. Setiap individu memiliki frekuensi, durasi yang dialami seseorang antara lain: (Hailemariam, Tessema, Asefa, Tadesse, & Tenkolu, 2012)

a. Gambaran Emosi

- 1) Perasaan depresi, sedih atau murung
- 2) Iribilitas dan ansietas
- 3) Ikatan emosi berkurang
- 4) Menarik diri dari hubungan interpersonal
- 5) Preokupasi dengan kematian
- 6) Keinginan untuk bunuh diri

- b. **Gambaran Kognitif**
  - 1) Kritik keras pada diri sendiri, perasaan tak berharga, rasa bersalah
  - 2) Pesimis, tidak ada harapan, putus asa
  - 3) Bingung, konsentrasi buruk
  - 4) Tak pasti dan ragu-ragu
  - 5) Keluhan somatik
  - 6) Gangguan memori
  - 7) Ide-ide mirip waham
- c. **Gambaran Vegetatif**
  - 1) Lesu dan tidak bertenaga
  - 2) Tidak bisa tidur atau banyak tidur
  - 3) Tidak mau makan banyak makan
  - 4) Penurunan berat badan atau penambahan berat badan
  - 5) Libido terganggu

#### **4. Tingkatan depresi**

Menurut Kukihara, Yamawaki, Uchiyama, Arai dan Horikawa (2014) , tingkatan depresi ada tiga berdasarkan gejala-gejalanya yaitu:

- a. **Depresi Ringan Gejalanya:**
  - 1) Kehilangan minat dan kegembiraan
  - 2) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.
  - 3) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
  - 4) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
  - 5) Lamanya gejala tersebut berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu
  - 6) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.
- b. **Depresi Sedang Gejalanya:**
  - 1) Kehilangan minat dan kegembiraan
  - 2) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas

- 3) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
  - 4) Harga diri dan kepercayaan diri yang kurang
  - 5) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
  - 6) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
  - 7) Lamanya gejala tersebut berlangsung minimum sekitar 2 minggu
  - 8) Mengadaptasi kesulitan untuk meneruskan kegiatan sosial pekerjaan dan urusan rumah tangga
- c. Depresi Berat Gejalanya:
- 1) Mood depresif
  - 2) Kehilangan minat dan kegembiraan
  - 3) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas
  - 4) Konsentrasi dan perhatian yang kurang
  - 5) Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
  - 6) Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis Perbuatan yang membahayakan dirinya atau bunuh diri
  - 7) Tidur terganggu
  - 8) Disertai waham, dan halusinasi
  - 9) Lamanya gejala tersebut berlangsung selama 2 minggu

## **5. Factor Depresi**

Menurut Ami, (2019), faktor resiko depresi sebagai berikut:

### **a. Jenis Kelamin**

Perbedaan gender dalam perkembangan gangguan emosional sangat dipengaruhi oleh persepsi mengenai ketidakmampuan untuk mengontrol. Sumber perbedaan ini bersifat kultural, karena peran jenis yang berbeda untuk laki-laki dan perempuan. Laki-laki cenderung mandiri, masterful, dan asertif. Sedangkan perempuan mungkin lebih banyak tergantung pada orang lain dibandingkan laki-laki.

b. Usia

Orang yang berusia lanjut memiliki resiko depresi yang lebih besar. Itu bisa disebabkan oleh beberapa faktor lain, seperti hidup sendiri, dan kurangnya dukungan social.

c. Genetik

Faktor keturunan yang memengaruhi kesehatan jiwa seseorang, pada kasus tertentu seperti retardasi mental, terdapat kromosom trisomi pada pasangan kromosom. Berdasarkan teori neurologi serta adanya faktor konstitusi yang menunjukkan genetik keseluruhan ataupun yang diperolehnya kemudian dari hasil interaksi genotip dan fenotip tersebut.

## 6. Penatalaksanaan depresi

a. Terapi Non Farmakologi : (Yuniastuti, 2013)

1) Psikoterapi

Teknik psikoterapi tersusun seperti teori tingkah laku, terapi interpersonal, dan terapi untuk pemecahan sebuah masalah. Dalam fase akut terapi efektif dan dapat menunda terjadinya kekambuhan selama menjalani terapi lanjutan pada depresi ringan atau sedang

2) *Electro Convulsive Therapy* (ECT)

Electro convulsive therapy merupakan terapi dengan mengalirkan arus listrik ke otak. Terapi menggunakan ECT biasa digunakan untuk kasus depresi berat yang mempunyai resiko bunuh.

3) Teknik Relaksasi Progresif

Teknik relaksasi progresif dapat dilakukan dengan melakukan peregangan otot yang mengalami ketegangan, sehingga ketegangan otot yang terjadi sebelumnya akan hilang dan akan memberikan kondisi yang relaks pada otot yang mengalami ketegangan ( Iyus & Yosep, 2010)

b. Terapi Farmakologi : (Sabin, Cardozo, Nackerud, Kaiser, & Varese, 2013)

1) Antidepresan

2) Setraline

3) Golongan tricyclic antidepresan (TCAs)

- 4) Menambahkan antidepresan yang sedang digunakan dengan litium, liotrionin, atau antikonvulsan seperti karbamazepine atau asam valproat, atau penambahan antipsikotik

#### ***D. Spiritual Care***

##### **1. Definisi**

Menurut Amna (2015), Spiritual care adalah tingkat konsepsi seseorang terhadap agama dan tingkat komitment seseorang terhadap agamanya. spiritual adalah kedalaman seseorang dalam meyakini suatu agama disertai dengan pengalaman nilai-nilai agama yakni dengan mematuhi aturan-aturan dan menjalankan kewajiban-kewajiban dengan keikhlasan hati dalam kehidupan sehari-hari yang berkaitan dengan ibadah (Noviah, 2018).

Spiritual juga mempunyai peran suportif pada pasien khususnya dalam hal mengurangi gejala afektif yang negatif dan merupakan cara yang paling efektif untuk mengatasi kesulitan hidup pada seseorang, seperti yang telah dibuktikan pada penelitian. Religi atau agama pada umumnya terdapat aturan-aturan dan kewajiban-kewajiban yang harus dilaksanakan, yang semuanya ini berfungsi untuk mengikat dan mengutuhkannya diri seseorang atau kelompok orang dalam hubungan terhadap tuhan, sesama manusia dan alam sekitarnya (Perayunda, 2017).

##### **2. Tingkatan religiusitas**

Menurut Herdman, (2018) menjelaskan gambaran religiusitas yaitu :

- a. Mengungkapkan keinginan meningkatkan pola keyakinan agama yang dahulu dianut
- b. Mengungkapkan keinginan meningkatkan hubungan dengan pemimpin agama
- c. Mengungkapkan keinginan meningkatkan memaafkan
- d. Mengungkapkan keinginan meningkatkan partisipasi dalam pengalaman religious
- e. Mengungkapkan keinginan meningkatkan partisipasi dalam praktik religious
- f. Mengungkapkan keinginan meningkatkan kebiasaan religious dahulu dijalankan
- g. Mengungkapkan keinginan meningkatkan pilihan religious
- h. Mengungkapkan keinginan meningkatkan penggunaan benda-benda religious.

### 3. Fungsi Religiusitas

Menurut Ami, (2019) menjelaskan fungsi religiusitas bagi manusia erat kaitanya dengan fungsi agama, agama merupakan kebutuhan emosional manusia dan merupakan kebutuhan alamiah. Adapun fungsi agama bagi manusia menurut Ayuningtias, (2018), agama memiliki beberapa fungsi dalam kehidupan manusia meliputi :

a. Fungsi edukatif

Para penganut agama berpendapat bahwa ajaran agama yang mereka anut memberikan ajaran-ajaran yang harus dipatuhi. Ajaran agama secara yuridis berfungsi menyeluruh dan melarang. Kedua unsur suruhan dan larangan ini mempunyai latar belakang yang mengarahkan bimbingan agar pribadi penganutnya menjadi lebih baik dan terbiasa dengan baik menurut ajaran dan agama masing-masing.

b. Fungsi penyelamat

Dimanapun manusia berada dia selalu menginginkan keselamatan. Keselamatan meliputi bidang yang luas adalah keselamatan yang diajarkan agama. Keselamatan yang diberikan oleh agama kepada penganutnya melalui : pengenalan kepada masalah sakral, berupa keimanan kepada tuhan.

c. Fungsi perdamaian

Melalui agama, seseorang yang bersalah atau berdosa dapat mencapai kedamaian batin melalui tuntutan agama. Rasa berdosa dan rasa bersalah akan segera menjadi hilang dari batinnya apabila seseorang pelanggar telah menebus dosanya melalui tobat, penebusan atau penebusan dosa.

d. Fungsi pengawasan social

Para penganut agama sesuai dengan ajaran agama yang dipeluknya terikat batin kepada tuntutan ajaran tersebut, baik secara pribadi maupun kelompok. Ajaran agama penganutnya dianggap sebagai norms, sehingga dalam hal ini agama dapat berfungsi sebagai pengawasan social secara individu maupun kelompok karena:

- 1) Agama secara instansi, merupakan norma bagi pengikutnya.

2) Agama secara dogmatis (ajaran) mempunyai fungsi kritis yang bersifat profesi (wahyu, kenabian)

e. Fungsi memupuk rasa solidaritas

Para penganut agama yang sama secara psikologis akan merasa memiliki kesamaan dalam kesatuan ini akan membina rasa solidaritas dalam kelompok maupun perorangan bahkan kadang-kadang dapat membina rasa persaudaraan yang kokoh pada beberapa agama rasa persaudaraan itu bahkan dapat mengalahkan rasa kebangsaan.

f. Fungsi normative

Ajaran agama dapat mengubah kehidupan kepribadian seseorang atau kelompok menjadi kehidupan kepribadian baru sesuai dengan ajaran agama yang dianutnya, kehidupan baru yang diterimanya berdasarkan ajaran agama yang dipeluk kadangkala mampu merubah kesetiannya kepada adat atau norma kehidupan yang dianut yang sebelumnya.

g. Fungsi kreatif

Ajaran agama mendorong dan mengajak para penganutnya untuk bekerja produktif bukan saja untuk kepentingan dirinya sendiri, tapi juga untuk kepentingan orang lain.

h. Fungsi sublimatif

Ajaran agama mengkuduskan segala usaha manusia bukan saja yang bersifat agama ukhrawi tapi juga bersifat duniawi. Segala usaha manusia selama tidak bertentangan dengan norma-norma agama, bila dilakukan atas nilai yang tulus, karena untuk ibadah.

#### 4. Factor-faktor yang mempengaruhi religiusitas

Menurut Reza (2015) dalam faktor yang mempengaruhi religiusitas ialah :  
(Perayunda, 2017)

a. Faktor intelektual

Pada factor intelektual ini, didapatkan melalui proses belajar yang didapatkan manusia. Melalui pengetahuan tentang keagamaan, seseorang dapat mempengaruhi dalam menjalankan keberagamaanya.

b. Faktor psikologis

Pada factor ini psikologis maksudnya, seseorang yang mengalami kondisi psikologis yang didapatkan dari aktivitas keberagamaan. Kondisi psikologis yang dimaksud berupa pengalaman batin ketika menjalankan ritual keagamaan.

c. Faktor social

Pada factor social maksudnya keberagamaan dipengaruhi oleh interaksi terhadap semua manusia. Lingkungan keluarga dan masyarakat memiliki pengaruh dalam membentuk keberagamaan seseorang.

d. Faktor pelaksanaan ritual keagamaan.

Pada factor pelaksanaan ritual keagamaan seseorang dipengaruhi oleh ketekunan dalam menjalankan ritual keagamaan.

e. Faktor genetic-biologis

Factor genetic-biologis maksudnya keberagamaan seseorang dipengaruhi oleh “fitrah” manusia yang selalu ingin dekat dengan Tuhan-nya. Dalam artian bahwa, jika seseorang mengalami suatu kesulitan, maka usaha saja tidaklah cukup, tetapi diperlukan keekuatan lain yang dapat membantu permasalahan yang dihadapi, agama dapat berfungsi sebagai solusi permasalahan yang terjadi

## 5. Respon Religiusitas

(Ayuningtias, 2018) menjelaskan respon religious yang banyak diungkapkan adalah terkait melakuka ritual agama dan bersyukur yang dibagi menjadi :

a. Respon Adaptif

Saat berhasil melakukan ritual agama secara mandiri. Pasien akan merasakan kebanggaan dan kepuasan sehingga mereka akan lebih bersemangat.

b. Respon non adaptif

Berkebalikan dengan hal tersebut, beberapa pasien yang tidak melakukan ritual agamanya akan merasa rendah diri, tidak berguna dan semakin menarik diri dari lingkungan.

## 6. Spiritualitas dalam penyembuhan

Spiritualitas adalah pencarian pribadi untuk memahami jawaban sebagai tujuan akhir dalam hidup, tentang makna, dan tentang hubungan suci atau transenden, yang mana (atau mungkin juga tidak) memimpin pada atau bangun dari perkembangan ritual keagamaan dan bentukan komunitas (King and Koenig, 2009). Menurut Florence Nightingale, Spirituality adalah proses kesadaran menanamkan kebaikan secara alami, yang mana menemukan kondisi terbaik bagi kualitas perkembangan yang lebih tinggi. Spiritualitas mewakili totalitas keberadaan seseorang dan berfungsi sebagai perspekti pendorong yang menyatukan berbagai aspek individual. Spiritualitas dalam keperawatan, adalah konsep yang luas meliputi nilai, makna dan tujuan, menuju inti manusia seperti kejujuran, cinta, peduli, bijaksana, penguasaan diri dan rasa kasih; sadar akan adanya kualitas otoritas yang lebih tinggi, membimbing spirit atau transenden yang penuh dengan kebatinan, mengalir dinamis seimbang dan menimbulkan kesehatan tubuh-pikiran-spirit.

Dari beberapa pengalaman untuk memperoleh proses penyembuhan, baik yang rasional maupun paradoksikal, kenyataannya kesemuanya dapat menunjukkan hasil dalam proses penyembuhan. Oleh karena itu, dalam keperawatan holistik dikenal istilah terapi komplementer dan alternatif (*Complementary And Alternative Therapy*, CAM)

Paradigma dalam keperawatan holistik, body-mind-spirit adalah sesuatu yang saling ketergantungan dan saling memperkuat satu sama lain. Setiap manusia mempunyai komponen body-mind-spirit, keberadaannya sangat diperlukan dalam proses penyembuhan (healing). Kata healing itu sendiri berasal dari kata; *whole* dan *holy*, keduanya berasal dari asal kata yang sama *hol*, yang berarti *whole* = menyeluruh. Paradigma inilah yang memberikan sugesti secara alamiah bahwa proses penyembuhan merupakan proses spiritual yang mencerminkan totalitas manusia. Totalitas spiritual manusia tampak pada domain spiritual, berupa; *mystery, love, suffering, hope, forgiveness, peace and peacemaking, grace, and prayer*

### a. *Mystery*

*Mystery* adalah pengalaman manusia yang melekat dalam kehidupannya, dan ini merupakan nilai spiritual yang melekat dalam

dirinya. Mystery adalah sesuatu yang dimengerti dan dapat menjelaskan yang akan terjadi setelah kehidupan ini. Kepercayaan terhadap apa yang terjadi setelah kehidupan inilah yang memberi nilai spiritualitas manusia, sehingga dia bisa menilai kualitas perilaku dalam kehidupan untuk kehidupan akhirat. Kepercayaan terhadap nilai kehidupan akhirat akan memberikan spirit khusus, menjadi motivator persepsi dalam memaknai sehat sakit, menjadi sumber kekuatan dalam proses penyembuhan yang dapat mengalahkan semua kesakitan dan penderitaan di dunia. Hidup di dunia hanyalah sementara, kehidupan akhirat akan kekal selamanya, dan semua bekal kehidupan kekal di akhirat harus di bangun dan diciptakan selama hidup di dunia

*b. Love*

Cinta merupakan sumber dari segala kehidupan, menjadi bahan bakar dari nilai spiritual, karena perasaan cinta berasal dari hati, pusat dari penampilan ego seseorang. Ego adalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangannya. Cinta, seperti sebuah spirit, tidak jelas tempatnya, waktu, dan situasi dimana perasaan tersebut dirasakan, tetapi ini merupakan sumber energi dalam proses penyembuhan. Hubungan antara cinta dan proses penyembuhan adalah meneruskan berbagai sumber untuk eksplorasi sesuatu yang menakjubkan dalam proses penyembuhan. Cinta termasuk suatu yang misterius, terkait dengan pilihan dan perasaan, antara memberi dan menerima. Cinta termasuk dimensi cinta pada diri sendiri, devine love, cinta untuk orang lain, cinta kepada Rasulullah, dengan kehidupan rohaniah, dan cinta untuk seluruh aspek kehidupan. Adanya perasaan cinta merupakan kunci dari domain spiritualitas seseorang

*c. Suffering*

Keberadaan dan arti penderitaan adalah merupakan domain spiritual. Penderitaan adalah salah satu issue inti dari misteri kehidupan, dapat terjadi karena masalah fisik, mental, emosional dan spiritual. Meskipun demikian, tidak semua orang merasakan penderitaan yang sama untuk suatu keadaan yang sama. Perasaan dipengaruhi oleh konsep sakit dan nilai spiritual tentang makna penderitaan, budaya, latar belakang keluarga, amalan keagamaan, dan kepribadian seseorang. Perawat perlu memperhatikan respon penderitaan seseorang karena akan mempengaruhi konsep sehat sakit dan upaya mencari

penyembuhan. Penderitaan atau kesengsaraan adalah sesuatu yang relatif, tergantung fokus dan makna spiritual yang dikembangkan. Nabi Ayyub, pernah dicoba oleh Allah dengan diberikan penderitaan berupa penyakit kulit yang tidak kunjung sembuh. Beliau dengan sabar dan iklas menjalani penderitaan ini dengan makna spiritual yang sangat tinggi, bahkan sampai ditinggalkan oleh anak dan istri, dikucilkan oleh masyarakat. Meskipun demikian, sama sekali tidak ada penderitaan yang dirasakan oleh Nabi Ayyub, bahkan beliau menjadi sangat bahagia karena bisa memberi hak hidup bagi semua kuman penyebab penyakit yang dialami. Ulat yang menggerogoti pinggir lukanya tetap dibiarkan hidup, disisihkan ketika akan sholat, dan dikembalikan lagi setelah sholat. Subhanallah, akhirnya Nabi Ayyub kembali diberikan kesembuhan oleh Allah SWT.

d. Hope

Harapan terkait dengan keinginan di masa yang akan datang, berorientasi pada masa yang akan datang. Ini adalah merupakan energi spirit untuk mengantisipasi apa yang akan terjadi kemudian, bagaimana caranya bisa menjadi lebih baik. Disinilah makna spiritualitas dari sebuah harapan. Dia merupakan hubungan yang positif antara harapan, spiritual well-being , nilai keagamaan, dan perasaan positif lainnya. Menanamkan harapan dalam kehidupan spiritual yang sesungguhnya akan menjadi pondasi utama dalam menemukan makna kehidupan seseorang, menjadi penentu arah dalam pilihan kehidupan, menjadi dasar dalam berfikir dan berperilaku seseorang. Oleh karena itu, penguatan nilai-nilai spiritual orang tua kepada anak menjadi hal penting dalam membangun masadepan anak, menjadi penentu arah kemana mereka akan berkembang.

e. Forgiveness

Pemaaf adalah komponen utama dari self-healing . Sikap mau memaafkan adalah kebutuhan yang mendalam dan pengalaman yang sangat diharapkan dapat dilaksanakan seseorang. Keadaan ini memerlukan keyakinan kuat bahwa Tuhan Maha Pemaaf. Memaafkan adalah suatu sifat, sikap dan perilaku yang sulit dilaksanakan, apalagi ketika kita merasa pernah disakiti, semua akan tetap membekas. Memerlukan kesadaran mendasar bahwa kita ini bukan siapa-siapa, semua terjadi atas kehendak-Nya. Kita lahir tidak membawa apa-apa, matipun

tidak membawa apaapa. Apa yang harus kita sombongkan, kenapa tidak bisa memaafan seseorang. Tuhan saja maha pengampun. Kita memang bukan tuhan, kita bukan malaikat, tetapi kesadaran untuk bisa memaafan terhadap perilaku yang kurang bisa terima adalah sesuatu yang harus kita latih dengan mengedepankan makna spiritual bahwa kitapun belum tentu lebih benar dan lebih baik dari mereka. Dengan demikian forgiveness akan menjadi komponen utama dalam proses penyembuhan diri dan mengurangi makna penderitaan.

f. *Peace and Peacemaking*

Damai dan pembentukan perdamaian bagi sebagian orang tidak bisa dipisahkan dari keadilan yang melekat pada diri seseorang, dimana seseorang bisa hidup dan berada dalam langkungan alamiah dan menyembuhkan. Kedamaian ini tidak tergantung dari lingkungan eksternal, banyak orang datang dari sisi kelam kehidupan atau brutal menjadi pejuang perdamaian. Keadaan ini mengalir dari hubungan yang membuat kita bertahan dalam kehidupan yang damai. Ini adalah pencapaian spiritualitas yang besar. Perdamaian adalah suatu cita-cita hidup yang luhur dan indah, tetapi kenapa masih saja ada perang. Mereka berusaha mendapatkan perdamaian tetapi dengan cara merusak, menyakiti dan membunuh yang lain. Apa yang salah dalam kehidupan ini. Menurut Asy<sup>ri</sup>, 2012 tahap spiritual keagamaan seseorang terdiri dari 3 tahap, faith, though, dan discovery. Apabila keyakinan spiritualitas keagamaan berhenti pada tahap faith, seseorang akan berpendapat bahwa hanya ajarannya yang benar. Ini berbahaya, karena menganggap keyakinan yang lain menjadi salah. Apabila keyakinan keagamaan berhenti pada tahap thought juga berbahaya, karena seseorang akan menganggap hanya pemikiran dan rasional ajarannya saja yang benar, sementara yang lain salah. Tahap spiritualitas keagamaan harusnya sampai pada tahap discovery, dimana setiap manusia dapat memberi manfaat bagi yang lain, apapun keyakinannya dapat hidup saling menghargai, saling berdampingan, memperjuangkan kehidupan spiritual sesuai keyakinannya dan ternyata muaranya sama, Tuhan. Inilah kehidupan yang Rahmatan lilalamiin, terciptalah kedamaian bagi semuanya.

g. *Grace*

Anggun, lemah lembut adalah pengalaman yang mengandung elemen surprise atau kejutan, perasaan terpesona, kagum, misteri dan perasaan

bersyukur akan keadaan kita. Grace merupakan dukungan yang diperlukan untuk mengatasi sesuatu yang tidak menyenangkan atau tidak diharapkan. Grace dalam kehidupan nyata lebih tampak pada rasa bersyukur atas apa yang telah diberikan oleh Tuhan. Bersyukur adalah berterimakasih, pengakuan kepada Tuhan bahwa semua kenikmatan adalah pemberian Tuhan. Kita awalnya tidak ada, lahir, tumbuh, berkembang, sehat, cantik, tampan, pandai, bahagia, semua adalah pemberian Tuhan yang tidak ternilai harganya. Tidak ada alasan manusia untuk tidak bersyukur sampai kita nanti kembali menghadap Tuhan untuk mempertanggung jawabkan semua apa yang telah diberikan. Bersyukur merupakan indikator keimanan dan pengakuan atas kekuasaan Tuhan.

#### *h. Prayer*

Berdoa merupakan ekspresi dari spiritualitas seseorang. Berdoa adalah insting terdalam dari manusia, keluar dari suatu kesadaran yang tinggi bahwa Tuhan adalah maha mengatur semua kehidupan. Berdoa meliputi pencarian terhadap hubungan erat dan komunikasi dengan Tuhan atau sumber yang misterius. Berdoa adalah usaha keras untuk memohon kepada Tuhan agar diberikan kebaikan, keberkahan, kemudahan, kesehatan, jalan keluar dari segala kesulitan dan lain-lain. Demikianlah paradigma proses penyembuhan berbasis spiritual yang mencerminkan totalitas kehidupan spiritualitas manusia.

### **7. Mekanisme Spiritual care terhadap penuruna kecemasan dan depresi**

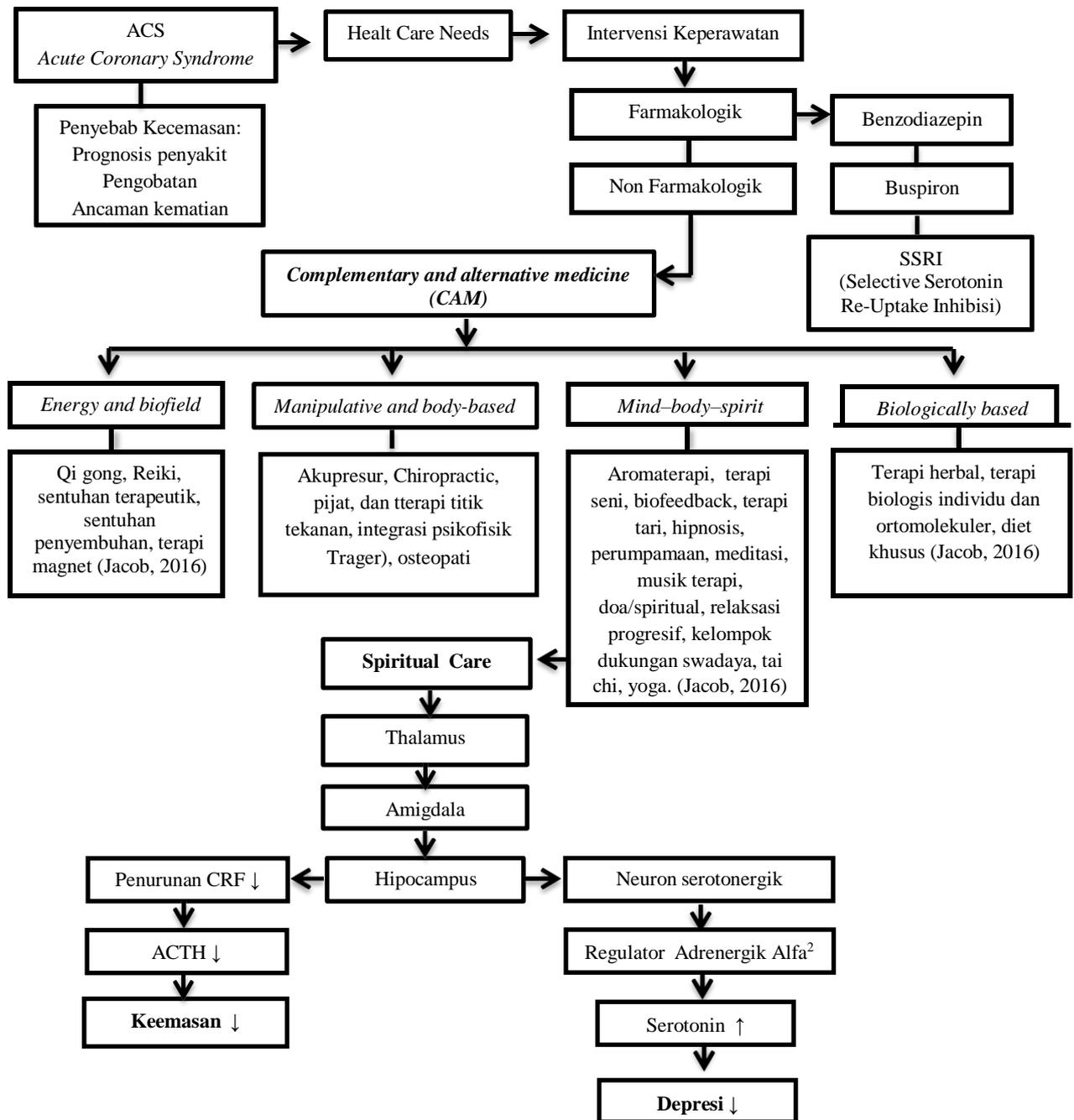
Lantunan bacaan Qur'an merupakan salah satu keajaiban yang paling indah dari Qur'an yang menghasilkan melodi mistikal yang menyenangkan dengan karakteristik tertentu dan irama khusus yang berasal dari kombinasi kata dan huruf yang memiliki makna yang baik dan suci (Shafiei et al., 2011). Getaran dari lantunan ini ditransmisikan di sepanjang kanalis auditorius ke gendang telinga (timpanium atau membran timpanika) melalui tulang pendengaran ke fenesta vestibuli di telinga tengah yang menimbulkan getaran perilimf. Getaran fenesta vestibuli menghasilkan gelombang yang berjalan di telinga dalam yang mulanya berjalan melalui skala vestibuli ke seluruh koklea. Di membran basilaris vestibulum, terdapat sel-sel rambut yang merupakan reseptor organ pendengaran yang mengubah energi mekanik gelombang bunyi menjadi potensial elektrokimiawi (Baehr & Frotscher, 2010; Silbernagl & Lang, 2014).

Prosesus perifer selanjutnya menerima input dari sel-sel rambut dalam dan prosesus sentral yang berjalan bersama membentuk nervus kokhlearis. Nervus ini berjalan di sepanjang kanalis auditorius internus melewati ruang subaraknoid di *cerebellopontine angle* yang kemudian masuk ke batang otak tepat di belakang pedunkulus serebelaris inferior. Impuls auditorik yang dibawa menuju ke korteks primer di girus temporalis. Di dekat area auditorik primer korteks serebri, terdapat area auditorik pada permukaan eksternal lobus temporalis yang menjadi tempat stimulus auditorik dianalisis bentuk suara yang diterima (Baehr & Frotscher, 2010; Silbernagl & Lang, 2014).

Selanjutnya stimulasi tersebut mempengaruhi hipokampus dan berhubungan dengan amigdala lateralis kanan yang akan berinteraksi satu sama lain dalam hal perhatian dan emosi (Mohandas, 2008), stimulus yang sampai pada hipokampus akan menekan neuron sekretorik yang terdapat di area periventrikularis hipotalami yang berhubungan dengan adenohipofisis untuk mengurangi sekresi hormon hipofisiotropik salah satunya CRH yang akan mengurangi produksi *adrenocorticotropic hormon* (ACTH) atau yang disebut kotrikotropin yang akan mengurangi produksi kortisol (Baehr & Frotscher, 2010).

## E. Kerangka Teori topik penelitian

Adapun kerangka teori dalam penelitian ini dapat dilihat sebagai berikut



(Jacob, 2016). (Lindquist, Synder, & Tracy, 2014) (Silbernagl & Lang, 2000) (Price, Sylvia Anderson, 2006), (WHO, 2013)

Gambar 2.2. Kerangka teori penelitian

## ***F. Systematic review of effectiveness***

### **1. Definisi**

*Systematic review* adalah artikel penelitian yang mengidentifikasi kesesuaian studi, penilaian kualitas, dan hasil yang diperoleh menggunakan sebuah metodologi ilmiah (khan et al.,2011) dan memastikan bahwa tinjauan dapat menghasilkan hasil yang valid serta mampu memberikan dasar yang berguna untuk menginformasikan kebijakan, praktik klinis, dan penelitian di masa yang akan datang (porrit et al 2014).

Secara singkat *systematic review* merupakan metode penelitian yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan menginterpretasikan semua hasil penelitian yang berkaitan atau relevan dengan pertanyaan penelitian tertentu, topik tertentu atau fenomena yang menarik (kitchenham,2004)

Tinjauan sistematis mencoba mengumpulkan semua bukti relevan yang sesuai dengan kriteria kelayakan yang telah ditentukan sebelumnya untuk menjawab pertanyaan penelitian tertentu, menggunakan metode eksplisit dan sistematis untuk meminimalkan bias dalam identifikasi, seleksi, sintesis, dan ringkasan studi. Bila dilakukan dengan baik, ini memberikan temuan yang dapat diandalkan dari mana kesimpulan dapat ditarik dan keputusan dibuat. Karakteristik utama dari tinjauan sistematis:

- a. Serangkaian tujuan yang dinyatakan dengan jelas dengan metodologi yang eksplisit dan dapat direproduksi
- b. Pencarian sistematis yang mencoba untuk mengidentifikasi semua studi yang akan memenuhi kriteria kelayakan
- c. penilaian validitas temuan studi yang disertakan (misalnya, penilaian risiko bias dan keyakinan dalam estimasi kumulatif)
- d. Representasi sistematis, dan sintesis, karakteristik dan temuan studi yang disertakan

### **2. Tujuan**

Tinjauan sistematis bertujuan untuk menjawab pertanyaan spesifik berdasarkan kriteria dan elemen PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome) (peters et al, 2020), yang dikumpulkan dari berbagai hasil penelitian yang sesuai dengan tema penelitian (van Klaveren 2019) dan bahkan mencoba

untuk mengungkap semua bukti yang relevan dengan sebuah pertanyaan (JBI, 2020)

### **3. Manfaat**

Dapat memberikan semua rincian tentang pelaksanaan tinjauan sistematis dan bukti terbaik yang tersedia untuk menginformasikan pertanyaan yang diajukan oleh tinjauan tersebut. Kualitas tinjauan sistematis sangat bergantung pada sejauh mana metode diikuti untuk meminimalkan risiko kesalahan dan bias selama proses tinjauan. Metode yang begitu ketat membedakan tinjauan sistematis dari tinjauan literatur tradisional. Dengan demikian, pelaporan yang eksplisit dan lengkap tentang metode yang digunakan dalam sintesis merupakan kebutuhan dan ciri khas dari tinjauan sistematis yang dilakukan dengan baik. Sebagai perusahaan ilmiah, tinjauan sistematis akan memengaruhi keputusan perawatan kesehatan dan harus dilakukan dengan ketelitian yang sama seperti yang diharapkan dari semua penelitian (JBI, 2020)

### **4. Langkah-langkah dalam tinjauan sistematis**

- a. Mendefinisikan tujuan dari review dan menetapkan tipe dari evidence yang akan membantu menjawab tujuan
- b. Pencarian literatur. Pencarian literatur telah ditetapkannya strategi, apakah hanya literatur yang sudah dipublikasi atau termasuk laporan riset yang tidak terpublikasi, tahun terbit juga ditetapkan batasannya. Penggunaan jenis bahasa (English dan non English), jenis literatur juga menjadi kriteria *systematic review*. Jenis literatur sudah ditetapkan sebelumnya yaitu apakah hanya berupa jurnal ataukah termasuk *conference prociding*, *opini* ataupun laporan projek. Cara penelusuran secara *elektronik*, *search engines*, *databases* dan *websites* ataukah pencarian secara juga ditetapkan sebelum pelaksanaan *systematic review*.
- c. Penilaian study. Penetapan kriteria inklusi termasuk jenis methodology apakah hanya yang kuantitatif ataukah termasuk riset kualitatif
- d. Mengkombinasikan hasil. Hasil *review* setelah dilaksanakan harus dikelompokkan untuk mendapatkan makna. Penemuan agregation/pengelompokan ini sering disebut *evidence sintesis*

- e. Menetapkan hasil, penemuan dari pengelompokan yang telah dilaksanakan perlu didiskusikan untuk menyimpulkan konteks/hasil *review*.

Sumber lain memaparkan langkah-langkah berikut yang diperlukan dalam tinjauan sistematis dari semua jenis bukti. Ini termasuk yang berikut:

- a. Merumuskan pertanyaan ulasan

Harus memberikan pernyataan yang eksplisit dan jelas tentang pertanyaan tinjauan yang dibahas dalam tinjauan. Pertanyaan tinjauan harus menentukan fokus tinjauan (efektivitas), jenis peserta, jenis intervensi dan pembanding, dan jenis hasil yang dipertimbangkan. Biasanya, peninjau menggunakan mnemonik PICO (populasi, intervensi, pembanding, dan hasil) untuk membangun sebuah Tinjauan tujuan / pertanyaan yang jelas dan bermakna tentang bukti kuantitatif tentang efektivitas intervensi. Harus ada konsistensi antara judul review dan pertanyaan review dalam hal fokus review (JBI, 2020)

- b. Mendefinisikan kriteria inklusi dan eksklusi

Harus memberikan kriteria yang eksplisit, tidak ambigu, dan inklusi untuk tinjauan tersebut. Kriteria inklusi harus masuk akal, kuat (berdasarkan argumen ilmiah), dan dapat dibenarkan. Kriteria ini akan digunakan dalam proses seleksi, ketika diputuskan apakah sebuah studi akan dimasukkan atau tidak dalam review. Biasanya, cukup memberikan kriteria inklusi eksplisit tanpa menetapkan kriteria pengecualian eksplisit; secara implisit diasumsikan bahwa pengecualian didasarkan pada kriteria yang berlawanan dengan yang ditetapkan sebagai kriteria inklusi.

Kriteria inklusi untuk tinjauan tidak dimaksudkan untuk dipertimbangkan secara terpisah; dalam hal ini mereka harus diartikulasikan sedemikian rupa sehingga sama eksklusif mungkin dan tidak ulangi informasi yang relevan dengan aspek lain dari PICO. Kriteria inklusi berdasarkan studi adalah yang terkait dengan jenis peserta dan pengaturan, jenis intervensi, pembanding karakteristik, jenis dan pengukuran hasil, dan jenis studi. Kriteria inklusi berdasarkan adalah yang terkait dengan tanggal publikasi, bahasa publikasi, jenis karakteristik publikasi publikasi

(diterbitkan dalam database ilmiah komersial; dokumen tidak diterbitkan dalam komersial database, misalnya, dokumen uji coba) (JBI, 2020)

c. Menemukan lokasi studi melalui pencarian

Harus memberikan informasi yang eksplisit dan jelas mengenai dua aspek berbeda dari lokasi studi: yang akan dicari untuk tinjauan, dan semua strategi sumber informasi. Pencarian harus didasarkan pada prinsip kelengkapan, dengan kumpulan sumber informasi yang masuk akal seluas-luasnya yang dianggap sesuai untuk tinjauan, mengidentifikasi, setidaknya semua data yang berasal dari uji coba eksperimental (diterbitkan atau tidak) yang dilakukan pada topik tertentu. Protokol tinjauan harus mencantumkan semua sumber informasi yang akan digunakan dalam tinjauan: database bibliografi elektronik; mesin pencari; register percobaan; jurnal relevan tertentu; situs web organisasi terkait; kontak langsung dengan peneliti; kontak langsung dengan sponsor dan penyandang dana uji klinis; kontak dengan badan pengatur (misalnya, US FDA). Minimal, semua rincian strategi pencarian yang diusulkan untuk setidaknya satu database bibliografi elektronik utama (seperti PubMed) harus disediakan, menentukan kerangka waktu untuk pencarian, dan bahasa apa pun dan batasan tanggal, dengan justifikasi yang sesuai.

Untuk tinjauan sistematis JBI, strategi pencarian sering digambarkan sebagai proses tiga fase yang dimulai dengan identifikasi kata kunci awal yang digunakan dalam sejumlah database (misalnya, PubMed dan CINAHL); diikuti dengan analisis kata-kata teks yang terdapat dalam judul, abstrak dan istilah indeks yang digunakan untuk menggambarkan artikel yang relevan. Tahap kedua terdiri dari penggunaan pencarian khusus database untuk setiap database yang ditentukan dalam protokol peninjauan.

Fase ketiga mencakup pemeriksaan daftar referensi dari semua studi yang telah diambil dengan tujuan eksplisit untuk mengidentifikasi studi tambahan yang relevan. Daftar semua database itu akan dipertimbangkan untuk pencarian khusus database harus disediakan. Biasanya, pencarian komprehensif untuk tinjauan keefektifan mencakup pencarian beberapa database bibliografi yang relevan (misalnya, PubMed, CINAHL, EMBASE,

dll.), Pencarian register percobaan, pencarian sumber literatur abu-abu yang relevan, dan pencarian tangan jurnal yang relevan. Peninjau harus memberikan informasi yang cukup untuk meyakinkan pembaca bahwa sumber informasi yang dianggap relevan dan komprehensif serta strategi pencariannya komprehensif dan tepat (JBI, 2020)

d. Memilih studi untuk dimasukkan

Ada tiga pendekatan mengenai pilihan untuk memasukkan studi berdasarkan desain dalam tinjauan sistematis JBI. Opsi pertama adalah dengan jelas menyatakan dalam protokol desain studi apa yang akan disertakan (misalnya RCT), dan hanya menyertakan studi dengan desain ini dalam tinjauan. Pendekatan ini transparan dan berisiko rendah subjektivitas selama pemilihan studi. Namun, itu berisiko memimpin ke review kosong atau review dengan sedikit studi yang disertakan (JBI, 2020).

Pilihan kedua adalah mempertimbangkan penggunaan hierarki desain studi untuk memasukkan dan mengecualikan studi dalam tinjauan. Dalam pendekatan ini, penulis dapat memasukkan desain studi lain jika desain studi preferensial mereka tidak tersedia. Jika ini masalahnya, harus ada pernyataan tentang desain studi utama minat dan jenis studi lain yang akan dipertimbangkan jika desain studi utama minat tidak ditemukan. Merupakan hal yang umum untuk memberikan pernyataan bahwa RCT akan dicari, dan jika tidak ada RCT, penelitian lain desain akan dimasukkan, seperti studi kuasi-eksperimental dan studi observasi. Ini adalah pendekatan pragmatis dengan tujuan untuk memasukkan bukti terbaik yang tersedia dalam tinjauan.

Pilihan ketiga adalah memasukkan semua desain studi kuantitatif (atau semua desain studi hingga titik hierarki bukti - misalnya studi eksperimental dan studi kohort, baik prospektif maupun retrospektif). Pendekatan inklusif ini dapat diterima karena memungkinkan untuk pemeriksaan totalitas bukti empiris dan dapat memberikan wawasan yang tak ternilai tentang persetujuan atau ketidaksepakatan dari hasil dari desain studi yang berbeda. Jika memungkinkan, JBI lebih memilih dan menyarankan peninjau mempertimbangkan opsi 3, pendekatan yang paling inklusif. Namun, untuk

banyak topik, ini akan menyajikan banyak informasi yang mungkin tidak berguna untuk menginformasikan efektivitas terbaik (JBI, 2020).

Bagian ini harus menjelaskan proses inklusi studi untuk semua tahapan seleksi (berdasarkan judul dan ujian abstrak; berdasarkan ujian teks lengkap) dan prosedur untuk menyelesaikan perselisihan antara pengulas. Perangkat lunak yang digunakan untuk pengelolaan hasil pencarian harus ditentukan (misalnya Covidence, Catatan Akhir). Seleksi dilakukan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditentukan sebelumnya dalam protokol tinjauan. Dalam pemilihan kajian tinjauan sistematis (baik pada judul / abstrak penyaringan dan penyaringan teks lengkap) harus dilakukan oleh dua atau lebih pengulas, secara independen. Setiap ketidaksepakatan diselesaikan dengan konsensus atau keputusan peninjau ketiga (JBI, 2020)

e. Menilai kualitas studi

Bagian ini harus menjelaskan proses penilaian kritis dan instrumen yang akan digunakan dalam proses tinjauan dan prosedur untuk menyelesaikan ketidaksepakatan di antara para pengulas. Tujuan dari penilaian kritis (penilaian risiko bias) adalah untuk menilai kualitas metodologi penelitian dan untuk menentukan sejauh mana suatu penelitian telah mengecualikan atau meminimalkan kemungkinan bias dalam penelitiannya. desain, perilaku dan analisis. Bias mengacu pada kesalahan sistematis dalam desain, pelaksanaan, dan analisis studi kuantitatif yang dapat memengaruhi validitas kesimpulan dari studi ini.

Penilaian kritis dari studi yang termasuk dalam tinjauan sistematis dilakukan dengan tujuan eksplisit untuk mengidentifikasi risiko bias yang beragam dalam studi ini. JBI menggunakan alat penilaian kritis standar untuk penilaian risiko beragam bias yang ditemui dalam studi kuantitatif. Ada alat penilaian standar JBI berdasarkan desain studi yang sesuai untuk tinjauan efektivitas JBI. Tinjauan sistematis JBI diperlukan untuk menggunakan alat penilaian standar JBI. Peninjau harus mengacu pada protokol tinjauan ke penilaian kritis standar JBI daftar periksa dan berikan referensi untuk daftar periksa ini. Tidak perlu menyediakan daftar periksa ini dalam lampiran protokol tinjauan. Jika alat penilaian non-JBI diusulkan,

alat ini harus dijelaskan secara singkat dan direferensikan dengan benar. Dalam kasus ini, pembenaran eksplisit untuk penggunaan alat penilaian non-JBI harus disediakan dalam protokol tinjauan. Dua peninjau harus melakukan penilaian kritis independen dari studi yang diambil menggunakan daftar periksa penilaian kritis standar yang dikembangkan oleh JBI. Protokol harus menentukan bahwa setiap ketidaksepakatan diselesaikan dengan konsensus atau dengan keputusan peninjau ketiga.

Dalam studi eksperimental (studi eksperimental acak dan studi eksperimental semu) bias yang paling penting adalah: bias seleksi, bias kinerja, bias gesekan, bias deteksi, dan bias pelaporan. Dalam studi observasional, bias yang paling penting adalah: bias seleksi, bias informasi, dan pembaur. Protokol tinjauan harus menentukan bahwa peninjau berencana untuk melaporkan dalam bentuk naratif dan dalam tabel hasil penilaian risiko bias (kualitas metodologis) untuk setiap aspek kualitas metodologis (pengacakan; membutakan; pengukuran; analisis statistik, dll.) Untuk setiap studi individu dan risiko keseluruhan dari bias keseluruhan set studi termasuk. Fase penilaian kritis dari tinjauan tidak boleh diperlakukan sebagai 'latihan mencentang kotak' yang cepat pada daftar periksa, melainkan sebagai kompleks, mendalam, kritis, sistematis, menyeluruh (JBI, 2020).

Pemeriksaan risiko bias dari setiap studi yang disertakan, dasar yang kokoh untuk sintesis hasil yang sesuai. Protokol tinjauan harus menentukan apakah dan bagaimana hasil penilaian kritis akan digunakan untuk mengecualikan studi dari tinjauan. Keputusan tim peninjau jika mereka ingin mengeluarkan dari studi tinjauan yang dinilai memiliki kualitas metodologis rendah. Peninjau harus menjelaskan dan membenarkan kriteria dan aturan keputusan mereka. Keputusan untuk menyertakan studi atau tidak dapat dibuat berdasarkan pemenuhan proporsi yang telah ditentukan dari semua kriteria, atau kriteria tertentu yang dipenuhi (JBI, 2020)

f. Mengekstrak data

Harus menentukan proses ekstraksi data dan instrumen yang akan digunakan dalam proses tinjauan, serta prosedur untuk menyelesaikan

ketidaksepakatan di antara para peninjau. Ekstraksi data yang lengkap dan akurat sangat penting untuk tinjauan sistematis yang berkualitas baik (JBI, 2020).

Peninjau harus mempertimbangkan dengan hati-hati semua data relevan yang harus diambil untuk tinjauan dengan fokus tinjauan, tujuan / pertanyaan tinjauan, dan kriteria inklusi. Detail tentang publikasi dan studi, peserta, pengaturan, intervensi, pembanding, ukuran hasil, desain studi, analisis statistik dan hasil, dan semua data relevan lainnya (pendanaan; konflik minat, dll.) harus diekstraksi secara cermat dan akurat dari semua studi yang disertakan. Dalam tinjauan yang menilai efektivitas, ekstraksi detail intervensi secara menyeluruh sangat penting untuk memungkinkan reproduktifitas intervensi yang terbukti efektif. Dalam ekstraksi data tinjauan sistematis JBI dilakukan oleh dua atau lebih pengulas, secara independen, menggunakan formulir ekstraksi data standar yang dikembangkan oleh JBI. Protokol tinjauan harus menentukan apakah penulis studi akan dihubungi oleh pengulas untuk mengklarifikasi data yang ada, untuk meminta data yang hilang atau data tambahan. Protokol tinjauan harus menentukan pendekatan yang telah direncanakan sebelumnya untuk situasi ketika ada beberapa laporan (publikasi) untuk studi yang sama, dan untuk data yang hilang dan untuk konversi / transformasi data (JBI, 2020)

g. Menganalisis dan mensintesis studi yang relevan

Harus menjelaskan bagaimana data akan digabungkan dan dilaporkan dalam tinjauan sistematis. Pada dasarnya, dalam tinjauan sistematis keefektifan ada dua pilihan sintesis: sintesis statistik (meta-analisis) dan ringkasan naratif (sintesis naratif). Rincian model statistik dan metode dan perkiraan efek yang akan dihitung dan ukuran heterogenitas statistik harus disertakan. Penulis harus memastikan bahwa perkiraan efek yang akan dihitung sesuai dengan jenis data (dikotomis dan / atau kontinu) yang mereka sarankan akan dikumpulkan dalam protokol mereka.

Protokol tinjauan juga harus secara eksplisit menetapkan pendekatan yang direncanakan sebelumnya yang akan digunakan untuk pemeriksaan bias publikasi, termasuk penggunaan plot corong dan penggunaan uji

statistik untuk pemeriksaan bias publikasi. Protokol tinjauan harus secara eksplisit menentukan bahwa peninjau berencana untuk menggunakan pendekatan GRADE untuk pelaporan kekuatan bukti, termasuk pelaporan ringkasan tabel temuan bukti. Penggunaan pendekatan GRADE saat ini didukung oleh JBI dan pengulas JBI harus menggunakannya terlepas dari pendekatan sintesis yang digunakan, meta-analisis atau sintesis naratif (JBI, 2020)

- h. Mempresentasikan dan menafsirkan hasil, kemungkinan termasuk proses untuk menetapkan kepastian dalam tubuh bukti (melalui sistem seperti GRADE) (JBI, 2020)