

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Kebutuhan spiritual**

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

Kebutuhan spiritual adalah harmonisasi dimensi kehidupan. Dimensi ini termasuk menemukan arti, tujuan, menderita, dan kematian; kebutuhan akan harapan dan keyakinan hidup, dan kebutuhan akan keyakinan pada diri sendiri, dan Tuhan. Ada 5 dasar kebutuhan spiritual manusia yaitu: arti dan tujuan hidup, perasaan misteri, pengabdian, rasa percaya dan harapan di waktu kesusahan (Hawari, 2002). Spiritualitas merupakan hal yang berhubungan dengan keyakinan seseorang, Kozier & Erb's (2007) menyatakan bahwa spiritualitas umumnya melibatkan keyakinan dalam hubungan dengan beberapa kekuatan yang lebih tinggi, kekuatan yang kreatif, yang ilahiyah atau sumber energi tak terbatas. Spiritualitas meliputi berbagai aspek, seperti berikut; (1) Arti (memiliki tujuan, membuat rasa hidup). (2) Nilai. (3) *Transendensi* (menghargai dimensi yang berada di luar diri). (4) *Conecting* (berhubungan dengan orang lain, alam, *Ultimate* lain). (5) *Becoming* (yang melibatkan refleksi, yang memungkinkan kehidupan terungkap, dan mengetahui siapa yang satu) (Martsolf & Mickley, 1998, dalam Kozier & Erb's, 2007).

Spiritual merupakan hal yang diakui pengaruhnya dalam dimensi kesehatan dan kesejahteraan (Yanez *et al.*, 2009). Banyaknya definisi tentang spiritualitas kadang menimbulkan makna ambigu dalam penerjemahan makna dari spiritualitas. Spiritualitas tidak selalu berkaitan dengan agama tetapi agama adalah dianggap sebagai bentuk spesifik dari spiritualitas (Schep-akkerman, Laarhoven dan Leeuwen, 2013), Sedangkan dalam keperawatan tradisional diartikan bahwa spiritualitas adalah berakar pada pengalaman beragama dan hubungan *transeden* dengan Tuhan (Hsiao *et al.*, 2010). Manusia sebagai makhluk spiritual mempunyai hubungan dengan kekuatan di luar dirinya, hubungan dengan Tuhannya dan mempunyai keyakinan dalam hidupnya (Asmadi, 2008).

Perkembangan zaman yang terus meningkat maka perkembangan dari konsep spiritualitas dalam keperawatan pun berkembang dengan pesat, Blasdell (2015) menyebutkan bahwa tidak realistis jika hanya mendefinisikan spiritualitas sebagai hal yang berhubungan dengan kesembuhan dan kesejahteraan pasien. Tugas dari profesi keperawatan untuk lebih banyak melakukan penelitian untuk menggali tentang spiritualitas dan perspektif pasien tentang kebutuhan spiritualitas.

## **2. Faktot-faktor yang mempengaruhi spiritualitas**

Taylor (2002) dalam Kozier & Erb's (2007) menyatakan beberapa hal yang bisa mempengaruhi preferensi spiritual dan agama, menjadi kekuatan, atau kekhawatiran, atau tekanan dalam pemberian Asuhan spiritual pasien adalah sebagai berikut :

### 1. Lingkungan.

Lingkungan bisa diartikan sebagai tersedianya fasilitas tempat alat untuk proses spiritual.

### 2. Perilaku.

Perilaku adalah kebiasaan spiritual sehari pasien. Apakah pasien berdoa sebelum melaksanakan kegiatan, sebelum makan dan minum, Apakah pasien merasakan gangguan atau mimpi buruk atau hal buruk sebagai bentuk kemarahan dari Tuhan.

### 3. Verbalisasi.

Apakah pasien menyebutkan Tuhan atau yang lebih tinggi dalam berdoa atau dalam suatu hal. Apakah pasien menanyakan tentang ulama. Apakah pasien mengekspresikan ketakutan akan kematian, makna hidup, konflik batin, keyakinan beribadah, tentang penderitaan, moral atau etika terapi.

#### 4. *Affect* dan sikap.

Apakah pasien muncul kesepian, depresi, marah, cemas, gelisah, apatis, atau sibuk.

#### 5. Hubungan interpersonal.

Hubungan interpersonal ini bisa berupa orang yang mengunjungi. Bagaimana merespon pasien dengan pengunjung, bagaimana hubungan dengan tokoh spiritual, bagaimana hubungan pasien lain dan bagaimana hubungan dengan tenaga kesehatan perawat.

### **3. Agama dan spiritualitas dalam persepektif asuhan keperawatan.**

Pengaruh spiritualitas pada kesehatan telah dikenal dalam keperawatan sejak zaman Florence Nightingale. Nightingale memberikan gambaran bahwa keperawatan sebagai ilmu peduli suci yang berakar dalam spiritual keyakinan. Keperawatan melibatkan hubungan peduli, penyembuhan yang didasarkan pada hukum-hukum Tuhan dari alam. Begitu juga dalam perkembangan teori keperawatan, Watson (1940-) sebagai peletak *Caring* dalam keperawatan menyatakan bahwa kualitas hubungan perawat – pasien penting saat

memberikan pelayanan spiritual, karena hal ini dapat menjadi daerah yang belum dipetakan untuk perawat dan pasien (Carron, 2006).

Spiritualitas dalam literatur keperawatan telah berkembang selama masa lima dekade. Pada awalnya spiritualitas dalam keperawatan dimulai dari adanya campur tangan agama Katolik Roma. Selama tahun 1980 dan awal 1990 sebuah pergeseran paradigma terjadi dalam keperawatan, dimana spiritualitas mulai menjadi fokus utama dalam pelayanan. Spiritualitas sebagai kepercayaan kekuatan pada Tuhan. Spiritualitas tumbuh berkembang dalam banyak aspek, meliputi makna spiritual, perawatan spiritual, distress spiritual, dan berkembangnya alat (*Tools*) untuk menilai dan mengukur spiritual (Blasdell, 2015).

#### **4. Agama dan spiritualitas dalam persepektif pasien**

Spiritualitas, agama, keyakinan dan praktik keperawatan adalah hal yang saling berkaitan dengan pasien. Praktik kesehatan yang dintegrasikan dengan agama dan spiritual adalah dimensi dari pasien dan keluarga, hasil penelitian memperkuat tentang pentingnya spiritualitas dan agama dalam pelayanan kesehatan keperawatan (Hilbers, Haynes dan Kivikko, 2010).

Praktik di lapangan pemberian kebutuhan spiritual pasien sering tidak terpenuhi, Hodge dan Horvath (2011) mengungkapkan terdapat 6 kebutuhan spiritual pasien yang meliputi :

1. Makna hidup, tujuan dan harapan.
2. Hubungan dengan Tuhan.
3. Praktik spiritual.
4. Kewajiban Agama.
5. Hubungan antar individu.
6. Interaksi yang professional dari perawat.

#### **B. Sikap perawat dalam Asuhan Keperawatan spiritual**

Sikap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual dipengaruhi oleh pemahaman perawat tentang konsep spiritual. Menurut Mcsherry dan Ross (2002) bahwa sikap spiritual dan spiritualitas perawat berpengaruh terhadap sikap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual. Mereka menyadari bahwa asuhan keperawatan spiritual merupakan bagian dari tanggung jawab profesi. Sikap positif dalam spiritual merupakan langkah pertama yang harus di miliki perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual (McSherry W, 2006).

Tindakan keperawatan yang profesional diawali dengan terbentuknya sikap yang positif oleh perawat. Johnson *et al.*, (2010)

meyatakan bahwa terdapat hubungan yang positif antara sikap positif dengan pemberian tindakan yang kompeten, Pengembangan praktik klinik dibuktikan dengan kinerja perawat dan membentuk sikap kerja perawat. Penelitian sebelumnya oleh Azarsa *et al.*, (2015) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara persep dan sikap spiritual yang dimiliki perawat dengan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual.

Pembahasan tentang aspek spiritualitas dan asuhan spiritual dalam keperawatan dirasakan masih sedikit. Demikian pula minat peneliti untuk melakukan penelitian terkait asuhan spiritual masih sangat kurang. Hal ini juga turut memberikan kontribusi terhadap masih kurangnya tingkat kemampuan perawat dalam memberikan asuhan spiritual. Keterbatasan dalam kemampuannya untuk mengidentifikasi perilaku pasien yang mengindikasikan distress spiritual (Rohman, 2009).

Pentingnya asuhan keperawatan spiritual sebagai perawatan holistik masih banyak diabaikan, akibatnya mayoritas perawat sering tidak yakin bagaimana menerapkan spiritual dalam perawatan (Grant, 2004). Keberadaan pembimbing rohani yang khusus disediakan oleh rumah sakit dan sudah adanya sistem kolaborasi antara perawat dengan pembimbing rohani dalam menginformasikan ketika pasien

mebutuhkan bimbingan rohani kiranya berpengaruh pada kemampuan perawat dalam memberikan asuhan spiritual. Kondisi tersebut juga dapat mempengaruhi kompetensi dalam asuhan spiritual dengan anggapan bahwa asuhan spiritual adalah tanggung jawab pemuka agama bukan perawat. Perawat yang mampu dan sensitif terhadap masalah spiritual pasien adalah sangat dibutuhkan (Mitchell, Bennett dan Manfrin-ledet, 2006).

Pelaksanaan pelatihan perawatan spiritual, membutuhkan strategi untuk meningkatkan kesadaran perawat tentang dasar-dasar spiritualitas, mendukung perawat dalam mengatasi hambatan pribadi dan mentoring kemampuan perawat dalam perawatan spiritual. Hal yang sangat penting adalah model peran dalam pelatihan perawatan spiritual. Pelatihan terus-menerus dalam perawatan spiritual akan memastikan pelaksanaan dan pengembangan keperawatan spiritual (Baldacchino, 2011).

Utami dan Supratman (2009) menyatakan dalam penelitiannya bahwa sebagian besar pengetahuan perawata adalah cukup, hal ini dikarenakan perawat belum pernah mendapatkan pelatihan/seminar tentang asuhan keperawatan spiritual, selain itu juga bisa disebabkan kurangnya materi yang diterima perawat dalam proses pembelajaran. Fulton (1992; dalam Rohman, 2009) menyatakan perawat praktisi dan



mahasiswa keperawatan tidak dipersiapkan secara baik dalam masa pendidikannya untuk dapat mengatasi masalah-masalah spiritual klien. Hal tersebut didasarkan atas tidak memadainya pembahasan tentang aspek spiritual dalam kompetensi asuhan spiritual.

### **C. Tindakan perawat dalam asuhan keperawatan spiritual**

#### **1. Tindakan keperawatan spiritual dalam praktik keperawatan klinis**

Meskipun sudah menjadi rekomendasi untuk intervensi spiritual, tetapi pelayanan klinis saat ini tidak cukup dalam memenuhi kebutuhan spiritual. Sehingga merugikan pelayanan. Ketidakpuasan dalam fasilitas untuk memenuhi kebutuhan spiritual adalah sangat mencolok sehingga diperlukan berbagai pertimbangan praktis dalam pemberian asuhan pelayanan (Heffernan, Neil dan Weatherhead, 2014).

Beberapa penelitian perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebenarnya juga ingin bertanya tentang spiritual seorang pasien, tetapi cenderung tidak dilakukan karena ada rasa takut dan khawatir dan dianggap tidak profesional (Heffernan, Neil dan Weatherhead, 2014). Mohiuddin dan Maroof (2012) menyatakan bahwa sehubungan dengan pasien muslim, bahwa hal-hal yang berkenaan dengan kesopanan, diet, kebersihan, doa, dan puasa harus

diberikan pertimbangan khusus. Diperlukan adanya akomodasi pelayanan untuk mengakomodasi kebutuhan spiritual keagamaan, seperti menyediakan perawat sesama jenis, makanan halal, dan pengobatan serta fasilitas untuk wudhu dan berdoa.

Longo dan Peterson (2002) berpendapat bahwa jika spiritual dijadikan pedoman sebagai intervensi klinis, maka harus bisa menunjukkan bukti empiris bahwa terapi spiritual mempunyai efektivitas dalam perubahan kondisi pasien. Sementara semua aspek klinis juga harus didasarkan pada prinsip-prinsip spiritual seperti kasih sayang dan kesejahteraan. Çetinkaya, Dünder dan Azak (2013) menyatakan bahwa perawat tidak mendapatkan pendidikan dan pelatihan yang memadai tentang keperawatan spiritual, baik saat pendidikan ataupun setelah bekerja, tetapi mereka juga mempunyai persepsi yang tinggi terhadap topik tersebut.

Hambatan pelaksanaan spiritual dalam praktik klinis menurut Heffernan, Neil dan Weatherhead (2014),

1. Kesenjangan agama.

Cook (2011) menyatakan bahwa terdapat bukti empiris tentang adanya kesenjangan pelaksanaan dalam agama. Hasil *review* menunjukkan bahwa psikiater kurang mampu dalam menggali dan mengidentifikasi tradisi tertentu atau kepercayaan pada Tuhan.

Kurangnya ikatan/afiliasi profesional dengan agama menyebabkan kebutuhan agama dipelayanan menjadi sengaja diabaikan, meskipun telah disepakati bahwa kebutuhan agama adalah termasuk pelayanan utama, kemungkinan pemberi pelayanan enggan bertanya tentang masalah agama karena takut menjadi hal yang sensitif dalam budaya (Popovsky, 2010).

2. Kesenjangan definisi Agama/spiritual (*Aetiological incompatibility*).

Ketidakcocokan dalam pendefinisian spiritual disebabkan oleh perkembangan dari kultur yang mempengaruhi suatu tindakan. Seperti yang disampaikan Gilbert (2010) salah satu pendekatan dalam terapi spiritual seperti *Mindfulness and Compassion Focused Therapy* dianggap banyak dipengaruhi oleh prinsip-prinsip agama Budha. Kar (2008) menyoroti tentang model religious yang berhubungan dengan kepercayaan spiritual, sihir dan ramalan.

3. EBP dari asuhan keperawatan spiritual (*Pathologisation of religious belief and experiences*).

Kegiatan spiritual dalam agama kadang dipandang sesuai jika sudah bisa dibuktikan secara ilmiah. Ambang batas agama dapat dianggap sebagai keyakinan jika konten agama telah diterima dalam penelitian (e.g. Gearing *et al.*, 2011; Pierre, 2001) ia juga berpendapat

jika agama hanya ditafsirkan sebagai jalan maka akan menyebabkan kegagalan untuk menilai arti dan tujuan hidup dalam kehidupan individu. Sehingga pengguna layanan enggan untuk membahas masalah agama dengan staf mereka.

4. Dampak yang tidak diinginkan (*The unhelpful aspects of religion*).

Gearing *et al.*, (2011) melakukan tinjauan sistematis tentang hubungan antara agama dan kesejahteraan pada individu dengan diagnosis *skizofrenia*. Mereka menemukan bahwa agama telah terkait dengan kesulitan, gejala psikotik, kurangnya penyesuaian sebelum kecacatan, keputusan spiritual, isolasi sosial, keterlambatan pengobatan, risiko bunuh diri dan kemudahan membahas agama dalam pengobatan. Namun demikian, agama juga dikaitkan dengan peningkatan coping, makna, harapan, kontrol, prognosis yang lebih baik, kualitas hidup yang lebih tinggi, adaptasi psikososial, integrasi sosial, tidak adanya gejala, meningkatkan pemulihan dan tingkat kambuh yang lebih rendah.

Dampak negatif yang muncul dari keyakinan agama juga muncul menjadi hambatan dalam melakukan asuhan keperawatan spiritual. Penelitian yang dilakukan pada minoritas terdapat implikasi negatif dari keyakinan agama, tapi hal ini bukanlah argumen yang

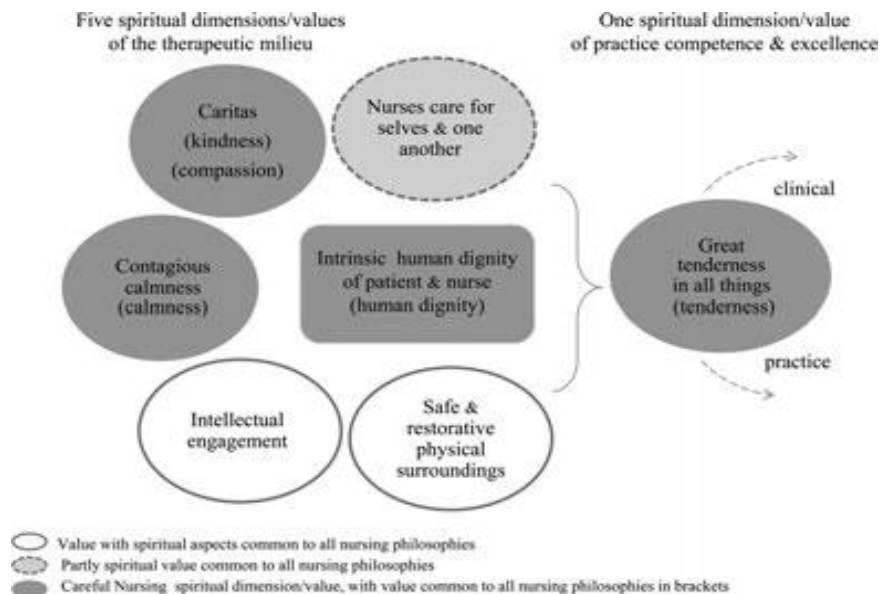
cukup kuat, hal ini mungkin dikaitkan dengan fanatisme yang berlebihan dalam hal kepercayaan (Koenig, 2009).

5. Pelatihan, pendidikan dan refrensi (*Training, education and resources*)

Plante (2007) berpendapat bahwa isu-isu keragaman semakin diakui dalam pelatihan program psikologi masih sedikit adanya program integrasi dengan kebutuhan spiritual. Oleh karena itu tampaknya program pelatihan mulai mengakui kebutuhan untuk memperhatikan agama, minimal hal ini sudah mulai masuk dalam kurikulum pendidikan. Hasil riset menunjukkan alasan perawat tidak memberikan asuhan keperawatan spiritual karena: 1) Perawat memandang agama sebagai masalah pribadi, 2) Spiritualitas merupakan masalah pribadi yang hanya merupakan hubungan individu dengan penciptanya, 3) Perawat merasa tidak nyaman dengan agama/kepercayaanya, 4) Perawat tidak tahu tentang asuhan keperawatan spiritual, 5) Perawat menjalankan kebutuhan spiritual untuk kebutuhan psikososial, dan 6) Perawat memandang bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pasien bukan tanggung jawabnya melainkan tanggung jawab keluarga dan tokoh agama (Piles dalam Carpenito, 2000).

## 2. Model nilai keperawatan spiritual

Connell Meehan (2012) menggambarkan tentang nilai spiritual dalam Keperawatan terdapat tujuh nilai, yaitu:



Gambar 2.1 Nilai Spiritual Therese Connell Meehan

### 1. Martabat Manusia (*Intrinsic human dignity*)

*Intrinsic human Dignity* merupakan pusat dari keperawatan, martabat manusia merupakan nilai sentral dalam keperawatan, nilai ini kadang tidak hanya dianggap sebagai nilai spiritual karena banyak istilah umum dan definisi yang luas (Donnelly, 2003). *Intrinsic human Dignity* merupakan nilai fundamental dari pribadi manusia yang berasal dari hubungan seseorang dengan realitas *transenden* yang tak terbatas (Lebech, 2009).

## 2. Kebajikan perilaku (*Caritas*)

Ekspresi seseorang dari kebajikan dan kebaikan yang muncul melalui kesadaran yang dipegang dari cinta dan realitas *transenden* yang tak terbatas.

## 3. Ketenangan (*Contagious calmness*)

Sebuah keadaan tenang, komponen dari kemurahan hati dan terkait dengan kedamaian. Istilah ini diadopsi dalam asuhan keperawatan karena pentingnya ketenangan perawat telah disebutkan diberbagai laporan. Dalam perkembangannya dalam praktik meditasi terdapat hubungannya dengan spiritualitas dalam hal ini bisa dipahami juga sebagai aspek psikologis.

## 4. Sikap sensitivitas, kesabaran dan kelembutan (*Great tenderness in all things*)

Sikap sensitivitas, kelembutan, dan kesabaran dihadirkan untuk semua pengalaman dan kebutuhan klinis pasien. Hal ini telah menjadi perhatian ilmiah perawat saat ini, pentingnya dalam praktik keperawatan adalah sikap yang lembut dan baik dalam memberikan asuhan keperawatan pasien akut dan pasien yang menjelang ajal (Galland, 2008).

5. Aspek dari perawat (*Nurses' care for selves and one another*)

Merupakan aspek dari dalam diri perawat sendiri yang berkaitan dengan hubungannya dengan orang lain yang terdiri dari Psiko-spiritual dan bio-fisik. Berbagai literatur keperawatan memandang hal ini sebagai implementasi yang penting. Hal ini telah didefinisikan sebagai prasyarat penting dalam menerapkan Asuhan keperawatan (Goedken dan Rocklage, 2010).

6. Kemampuan dan kreativitas (*Intellectual engagement*)

Kehidupan pikiran dan kreativitas yang berasal dari pengaruh dari realitas *transenden* yang tak terbatas.

7. Faktor dari lingkungan (*Safe and restorative physical surroundings*)

Berkaitan dengan faktor fisik khusus, lingkungan sebagai terapeutik bagi pasien terutama berkaitan dengan melindungi pasien dari bahaya fisik sebagai bagian dari lingkungan terapeutik dalam asuhan keperawatan. Nilai ini memiliki dimensi spiritual yang memberikan kontribusi dalam kualitas terapi tersebut. Cheraghi, Manookian dan Nasrabadi (2014) menjelaskan pengalaman umum dari agama Kristen dan Islam mengenai menjaga martabat utama manusia memiliki urgensi makna sebagai menghormati kedudukan



manusia, menyediakan perawatan, menghormati manusia sebagai makhluk rasional, menghormati kesetaraan manusia, memiliki sikap baik hati dengan pasien, menghormati nilai-nilai budaya dan agama dan menjaga preferensi pribadi pasien.

### **3. Efektifitas spiritualitas dan religiusitas dalam keperawatan**

Kretchy, Owusu-Daaku, dan Danquah (2013) dalam penelitiannya merekomendasikan bahwa spritualitas dan religiusitas merupakan faktor dominan pada pasien hipertensi, spiritualitas/religuisitas mempunyai domain yang lebih dalam penyembuhan hipertensi, sebagai keyakinan kesembuhan dari Illahi. Masters dan Knestel (2011) Religiusitas telah diamati memiliki hubungan menguntungkan dengan tekanan darah, namun khusus aspek religiusitas yang berinteraksi dengan mekanisme fisiologis untuk mempengaruhi hubungan ini tidak dikenal. Pasien dengan penyakit kronik terdapat efek yang berbeda terhadap manfaat spiritualitas dan religiousitas. Pasien kanker, sering bergantung pada kepercayaan mereka pada kekuatan yang lebih tinggi dan dalam kegiatan keagamaan konvensional untuk membantu mereka untuk mengatasi penyakit mereka (Büssing, Ostermann dan Matthiessen, 2007).

Perawatan spiritual melalui intervensi agama merupakan tanggungjawab dari tim multidisiplin. Terdapat hubungan yang positif antara doa dan kesejahteraan, meskipun bukti untuk ini tampaknya terbatas pada mereka yang memiliki keyakinan agama dan doa yang teratur. Pada pasien kronis, misalnya stroke kronis, perawatan spiritual memberikan kualitas hidup yang tinggi dan baik pada saat menjelang kematian (Cowey, 2012). Ebrahimi *et al.*, (2014) menyatakan bahwa pada pasien dengan masalah kejiwaan spritualitas dan religiusitas memberikan dampak yang positif pada kelompok psikoterapi pada penurunan keinginan bunuh diri dari pasien depresi

#### **4. Nilai-nilai islam dalam asuhan keperawatan**

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional mempunyai kesempatan yang paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan atau asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat tidak bisa terlepas dari aspek spiritual yang merupakan bagian integral dari interaksi perawat dengan pasien. Perawat berupaya membantu memenuhi kebutuhan spiritual pasien sebagai bagian dari kebutuhan menyeluruh pasien, antara lain dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien tersebut, walaupun perawat dan pasien

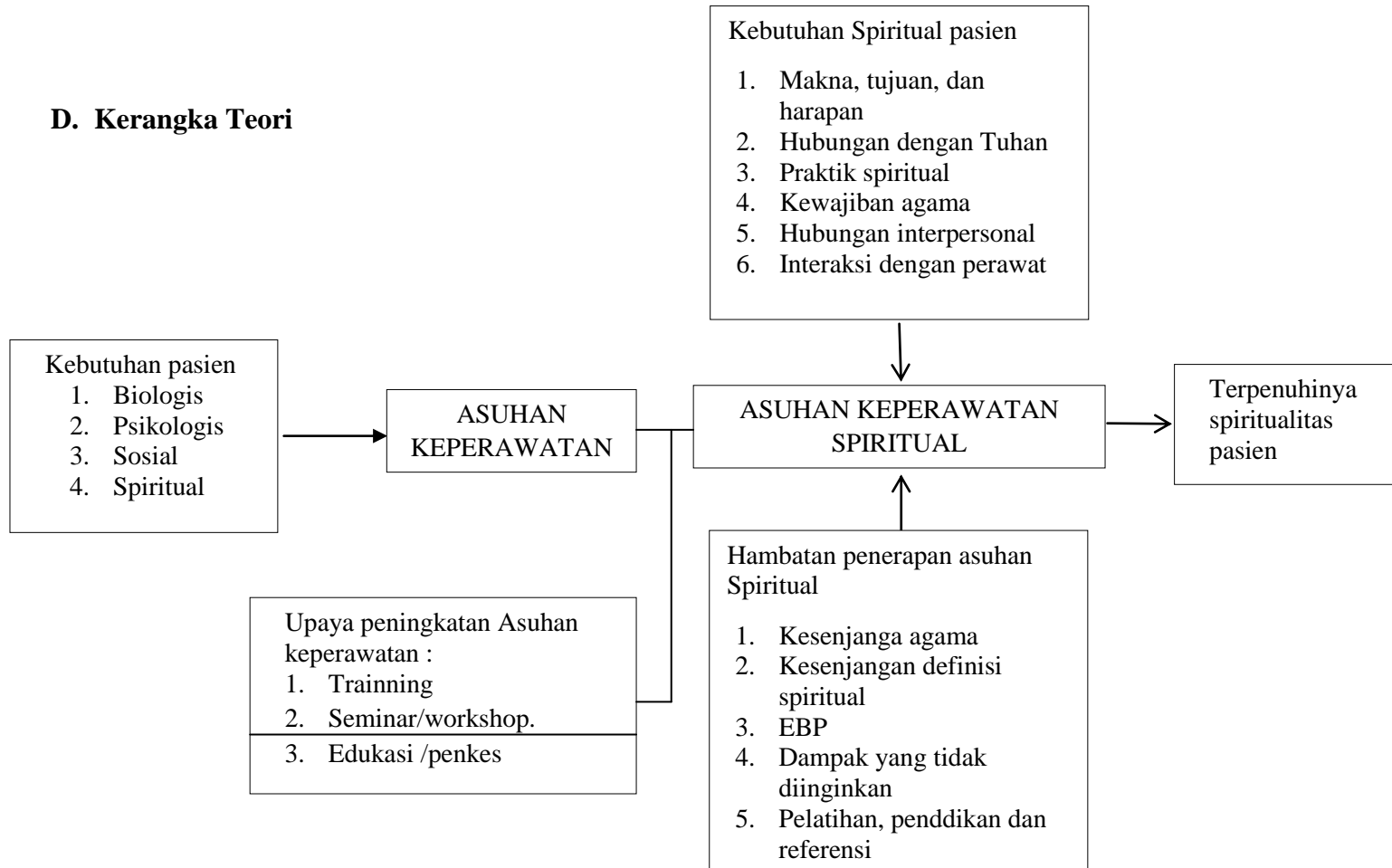
tidak mempunyai keyakinan spiritual atau keagamaan yang sama (Hamid, 2003).

Menurut Rozaq (2016) Rencana yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah spiritual, antara lain: memberikan ketenangan atau privasi sesuai dengan kebutuhan melalui berdoa dan beribadah secara rutin, membantu individu yang mengalami keterbatasan fisik untuk melakukan ibadah, menghadirkan pemimpin spiritual untuk menjelaskan berbagai konflik keyakinan dan alternatif pemecahannya, mengurangi atau menghilangkan beberapa tindakan medis yang bertentangan dengan keyakinan pasien dan mencari alternatif pemecahannya, mendorong untuk mengambil keputusan dalam melakukan ritual, membantu pasien untuk memenuhi kewajibannya.

Asuhan keperawatan spiritual yang berorientasi Islam ini diawali dengan pengkajian meliputi konsep klien tentang Tuhan, sumber kekuatan atau harapan, praktik religius dan hubungan antara keyakinan spiritual dengan status kesehatan. Hasil pengkajian akan menjadi dasar dalam merencanakan keperawatan spiritual, diantaranya meningkatkan pengetahuan tentang praktik ibadah pada orang sakit, meningkatkan kegiatan ibadah ritual, konseling, klarifikasi nilai, dukungan Emosi/*Emotional Support*, dukungan Spiritual/*Spiritual Support*, memfasilitasi peningkatan Spiritual, *dying*

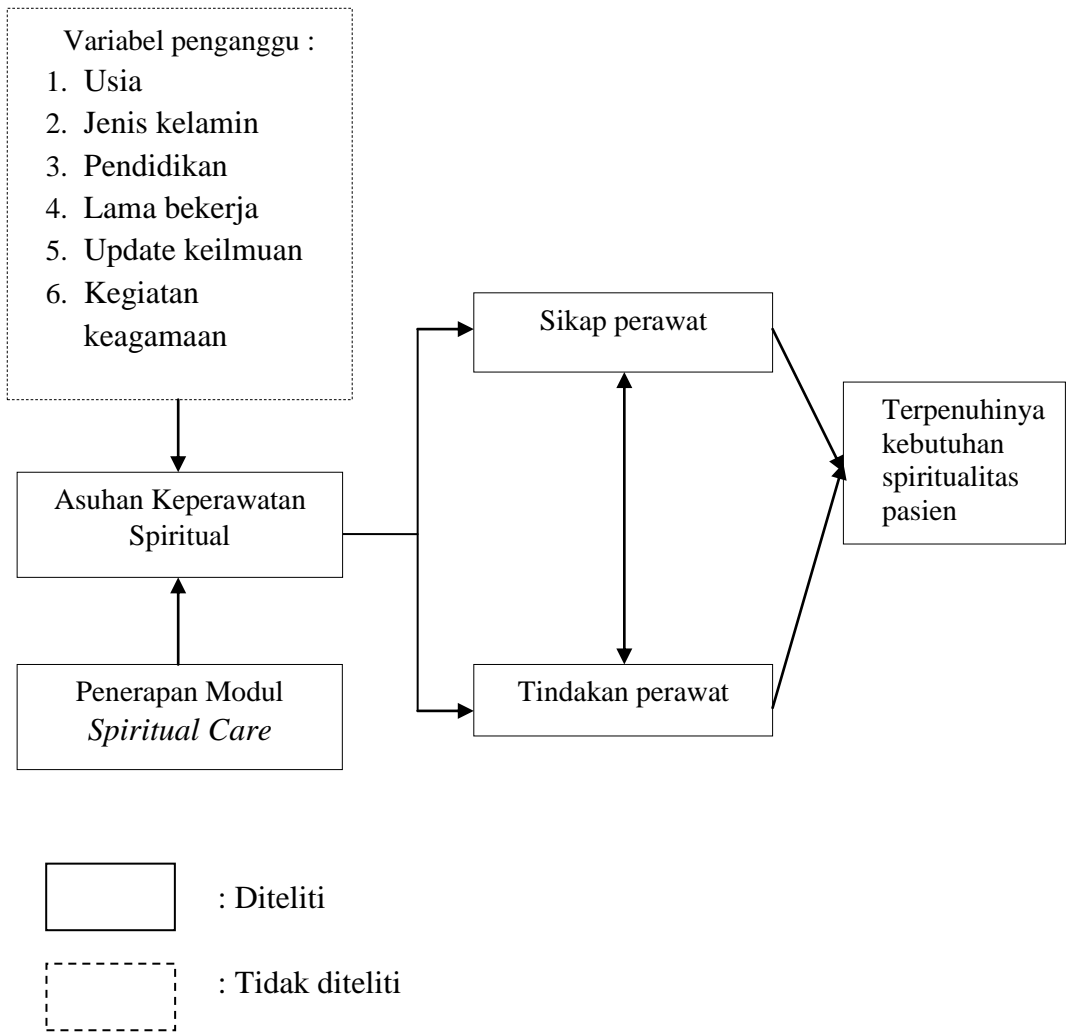
*Care*, meningkatkan harapan serta dukungan kelompok. Perencanaan yang dibuat kemudian diimplementasikan dan dievaluasi berdasarkan observasi perawat. Adapun kriteria pencapaian hasil dari asuhan keperawatan spiritual ini adalah meningkatnya pengetahuan tentang praktik ibadah pada orang sakit, meningkatnya praktik ibadah ritual, stabilitas emosi, memiliki keterampilan interaksi sosial yang baik, memiliki harapan, kesejahteraan spiritual, hidup yang berkualitas serta mencapai kematian yang khusnul khatimah (Puspita, 2009).

#### D. Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori Pengaruh Penerapan Modul *Spiritual Care* terhadap Sikap dan Tindakan Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan Spiritual di Rumah Sakit Islam Jombang

### E. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep Pengaruh Penerapan Modul *Spiritual Care* terhadap Sikap dan Tindakan Perawat dalam Melakukan Asuhan Keperawatan Spiritual di Rumah Sakit Islam Jombang

**Penjelasan :**

Usia, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, *update* keilmuan dan kegiatan keagamaan perawat secara langsung maupun tidak dapat mempengaruhi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual. Penerapan Modul *spiritual care* bertujuan memberikan wawasan keilmuan tentang asuhan keperawatan spiritual kepada perawat dengan harapan wawasan pengetahuan perawat bertambah sehingga perawat memperoleh informasi yang positif, yang dari tidak tahu menjadi tahu, yang tidak paham menjadi paham, sehingga sikap mereka menjadi positif dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual. Sikap perawat yang positif juga memberikan pengaruh kepada perawat dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan spiritual kepada pasien, sehingga kebutuhan spiritual pasien selama sakit terpenuhi

**F. Pertanyaan penelitian.**

H<sub>1</sub> : Ada perbedaan sikap dan tindakan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan spiritual di Rumah Sakit Islam Jombang setelah dilakukan penerapan modul *Spiritual Care*.