

---

## INSTRUMEN PENGKAJIAN SPIRITUAL CARE PASIEN DALAM PELAYANAN PALIATIF: *LITERATURE REVIEW*

Yodang Yodang<sup>1\*)</sup>, Nuridah Nuridah<sup>2)</sup>

<sup>1\*)</sup> Fakultas Sains dan Teknologi, Universitas Sembilanbelas November Kolaka, Jl. Pemuda, Taho, Kolaka,  
Sulawesi Tenggara

\*Email korespondensi: yodang.usnkolaka@gmail.com

**Submitted :14-01-2020, Reviewed:04-02-2020, Accepted:13-02-2020**

DOI: <http://doi.org/10.22216/jen.v5i3.4977>

### **Abstract**

*Spiritual services for patients in health care services are important. Spiritual care is one of the basic domains in the efforts of quality palliative care services. Its began when hospice services were developed into palliative services. Palliative care is a form of service aimed at patients suffering from advanced-stage of chronic disease both in life-threatening and life-limiting conditions, and in the patient's family and preparing patients near death to die with dignity. Palliative care is also a service that focuses on efforts to improve the quality of life of patients and families through comprehensive care that includes bio-psycho-social-cultural and spiritual. The purpose of this review literature is to identify spiritual assessment instruments for palliative patients. This review literature reviews scientific articles through searches in several journal databases such as CINAHL, Google Scholar, Proquest, PUBMED, and Science Direct. Some spiritual assessment methods that can be used in palliative patients are the FICA, FAITH, SPIRIT, ETHNIC (S), HOPE, and Ars Moriendi Model methods. Based on this review literature it can be concluded that the provision of spiritual care services is an important aspect of nursing, especially in palliative care services. The use of instruments for assessing the patient's spiritual is very helpful in exploring the value of the patient's faith and beliefs about life in a healthy and sick range.*

**Keywords:** *Instrument; Spiritual Assessment; Palliative Care*

### **Abstrak**

*Pelayanan spiritual pada pasien dilayanan kesehatan merupakan hal penting. Perawatan spiritual merupakan salah satu domain dasar dalam upaya pelayanan perawatan paliatif yang berkualitas. Hal tersebut dimulai sejak pelayanan hospis dikembangkan menjadi pelayanan paliatif. Perawatan paliatif merupakan suatu bentuk pelayanan yang ditujukan pada pasien yang menderita penyakit kronis stadium lanjut baik sifatnya mengancam jiwa maupun yang membatasi kehidupan, dan pada keluarga pasien serta mempersiapkan pasien menjelang kematian sehingga meninggal secara bermartabat. Perawatan paliatif juga merupakan suatu layanan yang berfokus pada upaya peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga melalui perawatan komprehensif yang mencakup bio-psiko-sosial-budaya dan spiritual. Tujuan literatur review ini untuk mengidentifikasi instrumen pengkajian spiritual pada pasien paliatif. Literatur review ini menelaah artikel ilmiah melalui penelusuran di beberapa jurnal basis seperti CINAHL, Google Scholar, Proquest, PUBMED, dan Science Direct. Beberapa metode pengkajian spiritual yang dapat digunakan pada pasien paliatif yaitu metode FICA, FAITH, SPIRIT, ETHNIC(S), HOPE, dan Ars Moriendi Model. Berdasarkan literatur review ini dapat disimpulkan bahwa pemberian layanan perawatan spiritual merupakan aspek penting dalam keperawatan terutama di pelayanan perawatan paliatif. Penggunaan instrumen pengkajian terkait spiritual pasien sangat membantu dalam mengeksplorasi nilai keyakinan dan kepercayaan pasien baik mengenai kehidupannya dalam rentang sehat dan sakitnya.*

**Kata Kunci :** *Instrumen; Pengkajian Spiritual; Perawatan Paliatif*

## **PENDAHULUAN**

Perawatan spiritual merupakan salah satu domain dasar dalam upaya pelayanan perawatan paliatif yang berkualitas sebagai mana yang telah dinyatakan dalam the National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) dan the National Quality Forum pada tahun 2009 (Otis-Green, Ferrell, Borneman, Puchalski, Uman, & Garcia, 2012). Lebih lanjut melalui NCP dijelaskan bahwa spiritualitas hendaknya menjadi bagian dari sistem pelayanan di fasilitas kesehatan dan membuat rekomendasi yang lebih spesifik secara klinis untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan spiritual di unit perawatan paliatif. Sejak dimulainya pelayanan hospis yang kemudian dikembangkan menjadi pelayanan paliatif, spiritualitas telah diperkenalkan sebagai elemen dasar dalam perawatan paliatif (Puchalski, 2013).

Perawatan paliatif yang merupakan sebuah disiplin yang dikhususkan untuk menyediakan perawatan secara holistik pada pasien dengan penyakit stadium lanjut, dan penyakit yang mengancam jiwa (Penderell & Brazil, 2010). Sebagaimana diketahui bahwa perawatan paliatif merupakan pelayanan yang berupaya untuk memberikan kualitas hidup yang terbaik pada pasien dalam menghadapi kematian. Sehingga penting adanya untuk memberikan perawatan yang komprehensif, tidak hanya fisik, emosional, psikologis, namun juga memberikan pelayanan untuk kebutuhan spiritual pasien. Olehnya itu, maka penting adanya seorang praktisi kesehatan mengetahui akan pentingnya peran spiritualitas terhadap pasien dan keluarganya. Sekalipun WHO telah menyatakan bahwa perawatan spiritual merupakan bagian dari komponen perawatan paliatif, namun hal ini sering terabaikan dalam tatanan klinis

(Selman, Young, Vermandere, Stirling & Leget, 2014).

Spiritualitas di definisikan sebagai aspek dari kemanusiaan yang mana hal tersebut merujuk pada cara seseorang mencari dan mengekspresikan makna, tujuan atau maksud, dan cara pengalaman mereka yang mana semua hal tersebut saling berhubungan pada waktu atau kejadian, pada diri sendiri, pada yang lainnya, pada alam, pada orang terdekat, maupun pada yang kuasa (Puchalski, 2013). Definisi ini menggaris bawahi tentang universalitas dari spiritualitas itu sendiri, yang mana semua orang mencari makna dan tujuan hidupnya di dalam kehidupan mereka.

Spiritual distress, termasuk ketidak bermaknaan dalam hidup atau keputusan sering terjadi pada pasien dengan penyakit yang semakin parah atau stadium lanjut dengan kondisi kualitas hidup yang semakin jelek, keputusan menjelang akhir hayat, atau ketidak puasan dengan pelayanan yang diberikan (Selman, Young, Vermandere, Stirling & Leget, 2014). Hal serupa juga dikemukakan oleh Wynne (2013) bahwa spiritual distress diketahui terjadi sebagai akibat dari proses recovery atau pemulihan yang lambat, kurangnya penerimaan pasien terhadap kondisi sakitnya, dan kualitas hidup yang semakin menurun, serta meningkatkan masa hospitalisasi.

Trend dan isu tentang spiritualitas dan agama dalam perawatan paliatif meningkat sejak tahun 1990 (Flannelly, 2012). Hal ini di buktikan dari hasil penelusuran artikel yang telah di publikasi dimana tema spiritualitas dan agama sangat banyak di temukan pada artikel tentang perawatan paliatif dibandingkan dengan disiplin lain dalam dunia kedokteran (Yodang, 2018).

Spiritualitas merujuk pada aspek filosofis, keagamaan, spiritual dan existensial. Worthington (2009, dalam Nelson-Becker, Ai, Hopp, McCormick,

Schlueter & Camp, 2015) menyatakan bahwa ada beberapa perbedaan dimensi spiritualitas di dunia ini, hal ini didasarkan pada perbedaan prinsip keimanan dari agama itu sendiri. Akibat dari adanya keberagaman dalam cara pandang maka sebagai praktisi kesehatan penting adanya untuk memiliki sikap terbuka terhadap berbagai macam keyakinan pasien baik secara agama maupun spiritualitas.

Agama sering di bedakan dengan spiritualitas, dimana agama merupakan manifesasi perilaku dari keyakinan atau nilai agama dan sosial, yang saling berhubungan dan dipersatukan oleh suatu keyakinan dan iman (Nelson-Becker, Ai, Hopp, McCormick, Schlueter & Camp, 2015). Akan tetapi dalam studi gerontology dan geriatric, konsep agama lebih diorientasikan secara organisasi berupa sistem kepercayaan dan keyakinan, praktek dan ritual yang mana akan menghubungkan seseorang ke kondisi realitas dan ke orang lain. Sehingga agama memiliki makna yang lebih luas berupa pengalaman dan kode etik bersama dan di sampaikan ke orang lain dari waktu ke waktu.

Religiusitas didefinisikan sebagai sebuah perangkat kepercayaan yang merujuk pada aktifitas yang didasarkan atas keyakinan dan keimanan baik yang dilakukan dengan kasat mata maupun sesuatu yang tak kasat mata (Bjarnason, 2012). Lebih lanjut Bjarnason (2012) menjelaskan bahwa religiusitas merupakan hal yang terpenting yang mana memiliki tiga fokus utama yaitu sebagai alat untuk mengidentifikasi afiliasi seseorang terhadap suatu agama atau keyakinan, untuk mengidentifikasi praktek keagamaan seseorang termasuk kegiatan ibadah, dan kepercayaan terhadap agama yang di anutnya. Yang mana dengannya seseorang dapat menunjukkan derajat seberapa pentingnya suatu agama dalam kehidupannya, atau hubungannya dengan kekuatan yang maha dahsyat.

Spiritualitas di nilai sebagai salah satu dimensi yang penting untuk menilai kualitas hidup sekaligus kualitas kondisi menjelang kematian. Saat ini peran agama dan spiritualitas semakin di sadari terutama dalam kondisi menjelang akhir hayat (Yodang, 2018).

Keperawatan telah mengembangkan sebuah model pengkajian yang didasarkan pada suatu kondisi meningkatnya level ancaman terhadap spiritual dengan menggunakan kategori perilaku.

Pengukuran kriteria hasil terkait spiritual merupakan hal yang sangat dasar baik dalam praktek klinik maupun dalam penelitian (Selman, Harding, Gysels, Speck & Higginson, 2011). Tool untuk mengukur kriteria hasil yang mana perannya telah di kenal dalam melakukan skrining terhadap distress spiritual dan sekaligus untuk mengidentifikasi apakah pasien membutuhkan dukungan selama masa perawatan.

Pengkajian spiritualitas dalam setting paliatif merupakan isu utama dalam berbagai budaya (Benito et al, 2014). Spiritual telah di identifikasi sebagai sumber yang penting untuk seseorang, yang mana dengan spiritual tersebut dapat membantu seseorang mengatasi berbagai distress disaat mengalami dan menderita sakit.

Tujuan literature review ini untuk menelusuri instrument pengkajian mengenai spiritual care pada pasien paliatif yang telah di kembangkan dan digunakan pada setting palliatif.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode review literatur. Sumber data dalam penelitian ini menggunakan data sekunder berupa hasil penelitian yang telah dipublikasi yang didapatkan melalui jurnal basis data secara elektronik. Pada penelusuran artikel beberapa jurnal basis data yang digunakan seperti *CINAHL*, *Google Scholar*, *Proquest*, *PUBMED*, dan

*Science Direct*. Kata kunci yang digunakan dalam penelusuran yaitu *Spiritual Care, Spiritual, Palliative Care, End of Life Care, Hospice Care, Assessment, Measurement, Instrument, dan Tools*.

Berdasarkan penelusuran dengan menggunakan kata kunci yang diatas pada beberapa basis data jurnal maka di temukan sekitar 77 artikel yang membahas mengenai pengkajian spiritual. Lalu dilakukan proses skirining 2 artikel dikeluarkan dengan alasan duplikasi. Selanjutnya 75 artikel di periksa secara seksama lalu dikeluarkan dengan beberapa pertimbangan yaitu: penkajian fokus pada relawan (6 artikel), fokus pada pengalaman perawat dalam melakukan pengkajian (13 artikel), pengkajian spiritual pada pasien non paliatif (14 artikel), pengkajian fokus pada kualitas hidup (9 artikel), pengkajian yang fokus pada keluarga pasien (5 artikel), pengkajian yang fokus pada kompetensi perawat dalam melakukan pengkajian spiritual (9 artikel) pengkajian yang fokus pada praktisi paliatif (7 artikel), sehingga total artikel yang dikeluarkan sekitar 63.

12 Artikel yang terpilih untuk di gunakan dalam penelitian data sekunder melalui artikel review ini yang memenuhi kriteria inklusi sebagaimana yang telah ditetapkan, yaitu:

1. Instrumen pengkajian yang fokus pada perawatan spiritual atau spiritual care.
2. Pengembangan instrumen terkait perawatan spiritual pada pasien.
3. Instrumen yang telah di uji baik viliditas dan reliabilitas di beberapa negara.
4. Dalam bentuk fulltext
5. Melalui proses peer-reviewed
6. Menggunakan bahasa Inggris atau bahasa Indonesia.
7. Dipublikasi dalam 10 tahun terakhir yaitu dari tahun 2009 hingga September 2019.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan kriteria inklusi diatas maka artikel yang terseleksi dan selanjutnya di telaah untuk menetapkan model atau jenis pengkajian yang di terapkan dalam perawatan spiritual.

Sekitar 15 jenis instrumen atau model pengkajian perawatan spiritual yang dapat di terapkan pada pasien dalam konteks klinis yaitu; *SPIRIT; FICA; ETHNIC(S); HOPE; the Spiritual Health and Life-Orientation Measure (SHALOM); the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy–Spiritual Well-Being Scale (FACIT–Sp); the JAREL Spiritual Well-Being Scale; a Linear Analogue Self-Assessment (LASA) item for spiritual well-being; the Peace, Equanimity, and Acceptance in the Cancer Experience (PEACE) Scale; the Self-Transcendence Scale (STS); the Spirit 8; the Spiritual Health Inventory (SHI); the Spiritual Perspective Scale (SPS); the Spirituality Transcendence Measure (STM); dan the Spiritual Well-Being Scale (SWBS)*.

Riwayat spiritual dan pengkajian spiritual harus di lakukan pada setiap pasien baru dan dapat dilakukan secara berkala pada pasien kunjungan berulang. Riwayat spiritual menggambarkan peran agama dan spiritualitas terhadap kemampuan pasien untuk mengatasi penyakitnya. Hubungan terhadap komunitas keagamaan dan spiritualitas merupakan hal yang sangat penting pada beberapa individu, sehingga pasien mendapat bantuan terutama pasien yang tinggal seorang diri atau dukungan keluarga yang kurang. Kelompok keagamaan tersebut dapat melayani dan memberikan bantuan terhadap pasien. Studi literatur ini mengidentifikasi 6 model pengkajian spiritual yang lazim digunakan di setting perawatan paliatif yaitu FICA, FAITH, SPIRIT, HOPE, ETHNIC(S), dan Ars Morendi Model.

### *Metode FICA*

Pengkajian terkait riwayat spiritual pasien dapat menggunakan metode FICA yang diperkenalkan oleh Puchalski (1998 dalam Matzo & Sherman, 2010). FICA merupakan singkatan dari faith, influence, community, dan addressing spiritual concerns. Pengkajian ini telah digunakan di beberapa negara seperti Amerika Serikat, Belgia, Inggris, Belanda, dan Brazil (Lucchetti, Bassi & Lucchetti, 2013). Secara detail pengkajian metode FICA adalah sebagai berikut;

- **F** merujuk pada **Faith, belief, dan Meaning** yaitu keyakinan, kepercayaan dan makna hidup. Hal ini dapat diidentifikasi melalui pertanyaan “apa keyakinan atau kepercayaan yang anda anut”. Disini keyakinan dapat merujuk pada afiliasi terhadap agama. “Apakah anda menilai bahwa anda orang yang memiliki spiritualitas”, atau “apakah anda menilai bahwa anda orang yang agamis/rohanis”. “apa yang anda yakini yang mana dapat memberi makna dalam hidup anda”.
- **I** merujuk pada **Importance and Influence** yang bermakna hal terpenting atau yang mempengaruhi. Hal ini dapat ditelusuri dengan mengajukan pertanyaan berupa “apakah keyakinan dan kepercayaan itu penting dalam kehidupan anda”, “bagaimana keyakinan atau agama anda mempengaruhi keputusan anda terkait pengobatan anda”. “Bagaimana keyakinan anda mempengaruhi perilaku anda terkait kondisi sakit yang anda alami,
- **C** merujuk pada **Community** yang bermakna komunitas atau sekumpulan orang yang memiliki karakteristik yang hamper sama. Hal ini dapat dinilai dengan mengajukan pertanyaan “apakah anda merupakan

bagian dari suatu komunitas keagamaan atau spiritual”.

- **A** merujuk pada **Addressing spiritual concerns** yang bermakna cara mengatasi isu-isu spiritual yang dialami oleh pasien. Hal ini dapat digambarkan dengan pertanyaan berupa “apakah anda menginginkan seseorang yang dapat membantu mengatasi masalah atau isu-isu terkait spiritual yang anda hadapi”

Pengkajian metode FICA saat ini dalam proses telaah ulang melalui berbagai penelitian terkait efektifitas dalam penggunaannya. Sehingga metode ini merupakan instrumen pengkajian spiritual yang paling banyak diteliti dalam konteks klinis (Lydon-Lam, 2012). Berdasarkan penelitian kualitatif pada sekelompok dokter di Belgia menemukan bahwa metode FICA merupakan instrument yang sangat terstruktur, sangat religious, membatasi spontanitas, dan tidak ditulis dalam bahasa percakapan (Vermandere et al, 2013).

Beberapa kelebihan pengkajian FICA yaitu mudah diingat, telah tervalidasi terkhusus aplikasi spiritual dalam klinis, pertanyaan lebih singkat, dapat menstimulasi percakapan tentang spiritual, dapat memperjelas harapan pasien terkait kebutuhan spiritual pasien. Sedangkan kelemahan dari metode FICA yaitu pertanyaan yang langsung spesifik pada keyakinan pasien sehingga dapat menimbulkan ketidaknyamanan, kemungkinan terjadi kesalahan dalam interpretasi makna spiritual, pengkajian menjadi kaku karena pertanyaan yang terstruktur karena tidak ditulis dalam bahasa percakapan (Vermandere et al, 2013), beberapa pertanyaan sulit dipahami, pertanyaan tidak dapat mengeksplorasi kondisi menjelang akhir hayat pasien (Blaber, Jone & Willis, 2015).

### **Metode FAITH**

Metode FAITH merupakan instrumen pengkajian yang sederhana dan memiliki kerangka kerja berfokus pada pasien sehingga dapat diaplikasikan oleh tenaga kesehatan profesional dan juga mahasiswa praktek klinis (Neely & Minford, 2009). Metode ini telah di implementasi di layanan paliatif maupun hospice di beberapa Negara seperti Inggris, Belanda, Amerika Serikat, Australia. FAITH merupakan singkatan dari 5 elemen penting terkait spiritual pasien, yang mana pertanyaan yang dapat diajukan berkenaan elemen tersebut adalah:

- **F: Faith/spiritual beliefs**  
Apakah ada kepercayaan, keyakinan atau keagamaan khusus yang dianut oleh pasien, apa yang dapat anda maknai dengan kehidupan anda, apa saja yang dapat membantu mengatasi atau mengendalikan saat terjadi stress atau sakit.
- **A: Application**  
Dengan cara apa anda mempraktekkan atau mengaplikasikan keyakinan atau kepercayaan anda dalam kehidupan sehari-hari, apakah anda menjadi bagian dari kelompok atau jamaah tertentu, apakah beribadah, berdoa atau meditasi merupakan hal yang penting bagi anda.
- **I: Influence/importance of faith in life, in this illness and on healthcare decisions.**  
Bagaimana keyakinan dan kepercayaan spiritual anda mempengaruhi kehidupan anda, apakah hal tersebut penting bagi anda, bagaimana keyakinan dan kepercayaan spiritual anda mempengaruhi anda dalam kondisi sakit, apakah hal tersebut mempengaruhi atau merubah sikap dan perilaku anda, apakah sakit yang

anda derita mempengaruhi keyakinan dan kepercayaan anda, apakah keyakinan atau kepercayaan anda mempengaruhi terhadap keputusan anda terkait pengobatan dan hal tersebut dapat membantu anda bila kami mengetahuinya.

- **T: Talk/terminal events planning**  
Apakah anda memiliki seseorang yang anda dapat percaya untuk berbicara tentang spiritual anda, apakah anda membutuhkan pelayanan khusus bila dalam kondisi menjelang akhir hayat.
- **H: Help**  
Apakah kami dapat membantu anda atau anda membutuhkan bantuan dari tenaga kesehatan lainnya, apakah anda membutuhkan bantuan atau pertolongan untuk melakukan ibadah, apakah anda membutuhkan rohaniawan, apakah anda ingin mendiskusikan masalah spiritual anda pada tenaga kesehatan (Blaber, Jone & Willis, 2015).

Kelebihan pengkajian spiritual metode FAITH yaitu mudah diingat dan domain kuesioner sudah mencakup spiritualitas, makna, kelompok keagamaan, keterkaitan dan agama yang di yakini, instrument ini juga mengeksplorasi aktivitas spiritual seperti ibadah, mempertemukan spiritualitas dan kesehatan, instrument ini juga memfasilitasi terkait kondisi akhir hayat pasien, termasuk perencanaan perawatan tahap lanjut, adanya pelibatan rohaniawan dalam pelayanan spiritual. Sedangkan kekurangan instrument metode FAITH yaitu; instrument ini belum tervalidasi secara universal, membutuhkan waktu yang lama untuk menyelesaikan pengkajian, instrument ini tidak mencakup semua elemen penting dalam konteks spiritual seperti harapan dan penerimaan akan kematian, kuesioner

terkesan kaku dan tidak padat (Blaber, Jone & Willis, 2015).

### **Metode SPIRIT**

Metode SPIRIT merupakan model pengkajian spiritual yang diperkenalkan oleh Highfield (2000 dalam Matzo & Sherman, 2010). Dalam aplikasi klinis di setting paliatif metode pengkajian ini telah diimplementasi di Amerika Serikat, Inggris, Australia, Belanda dan Jerman. Secara detail metode ini dijelaskan sebagai berikut;

- **S, Spiritual belief system** yang bermakna system kepercayaan spiritual dalam hal ini juga dapat merujuk pada afiliasi keagamaan seseorang
- **P, Personal spirituality** yang bermakna spiritualitas individu. spiritualitas individu tersebut dapat mencakup kepercayaan dan praktek dari suatu afiliasi keagamaan yang mana pasien dan keluarga terima dan jalankan.
- **I, Integration with a spiritual community** yang bermakna integrasi dengan sebuah komunitas spiritual. hal tersebut dapat mencakup peran kelompok agama/spiritual, peran individu dalam suatu kelompok.
- **R, Ritualised practices and restrictions** yang bermakna praktek ritual yang dijalankan dan pantangan-pantangan yang diyakini. Hal ini juga termasuk hal-hal seperti kepercayaan yang dianut oleh pasien yang mana tenaga professional kesehatan harus memfasilitasinya selama masa perawatan.

- **I, Implication for medical care** yang dapat berarti dampak terhadap perawatan dan pengobatan.
- **T, Terminal events planning** yang dapat berarti perencanaan mengenai kejadian yang akan atau kemungkinan terjadi dimasa-masa menjelang akhir kehidupan. hal tersebut dapat mencakup seperti dampak dari keyakinan pasien mengenai perencanaan tingkat lanjut seperti pengambilan keputusan disaat pasien tidak mampu secara mandiri membuat keputusan, donasi organ tubuh, dan bagaimana menghubungi tenaga rohaniawan (Yenurajalingam & Bruera, 2016).

Kelebihan pengkajian metode SPIRIT yaitu; pertanyaan dapat mudah diingat sehingga pertanyaan dapat mengalir secara alamiah, membedakan antara agama dan keyakinan, komunitas keagamaan dieksplorasi termasuk hubungan dan kedekatan menjelang akhir hayat, instrument juga focus pada hubungan spiritual dan kesehatan termasuk bagaimana petugas kesehatan peduli terhadap agama dan keyakinan pasien dalam mengendalikan kondisi sakitnya, memfasilitasi pasien untuk mendiskusikan rencana Perawatan tahap lanjut termasuk penolakan suatu tindakan terutama saat kondisi menjelang akhir hayat.

Sedang kekurangan dari pengkajian ini yaitu; instrument ini belum diuji validitas secara luas, potensi bias dalam pengkajian mengingat pertanyaan focus pada agama dan kepercayaan namun mengabaikan beberapa hal penting yang berkenaan spiritual, membutuhkan waktu yang panjang sehingga sulit untuk digunakan sebagai pengkajian awal (Blaber, Jone & Willis, 2015).

### **Metode ETHNIC(S)**

Metode ETHNIC(S) dikembangkan oleh Kobilarz dkk pada tahun 2002

(Timmins & Caldeira, 2017). Metode ini sudah di perkenalkan di Amerika Serikat, Brazil, dan Inggris. Pengkajian metode ETHNIC(S) diperuntukkan tenaga kesehatan professional di bidang gerontik, dan sasarannya untuk pasien kategori lanjut usia. Ethnic(s) merupakan singkatan dari:

- **Explanation**

Pada explanation pasien akan diminta untuk menjelaskan terkait kondisi sakitnya maupun terkait spiritualnya. Pertanyaan yang diajukan dapat berupa “mengapa anda berpikir bahwa anda memiliki masalah terkait kesehatan”.

- **Treatment**

Apa yang anda sudah lakukan untuk mengatasi masalah kesehatan anda?

- **Healers**

Apakah kondisi anda dapat terbantu dengan bantuan spiritual yang anda lakukan?

- **Negotiate**

Bagaimana hal yang terbaik yang dapat membantu mengatasi masalah atau kondisi anda?

- **Intervention**

Apakah tindakan (terkait spiritual) tersebut dapat dilakukan?

- **Collaborate**

Bagaimana kita dapat bekerja bersama untuk mengatasi masalah yang anda hadapi?

- **Spirituality**

Bagaimana peran agama, keyakinan, atau kepercayaan dapat membantu mengatasi masalah yang anda hadapi?

Metode ETHNIC(S) terdiri dari 7 dimensi dan 14 pertanyaan. Kelebihan

pengkajian ini yaitu; sangat sesuai untuk pasien lanjut usia di setting gerontik, menjawab dukungan spiritual, memberi kesempatan untuk mendiskusikan isu terkait spiritual. Sedangkan kekurangannya yaitu; pengkajian ini tidak menjawab beberapa aspek penting seperti kejadian menjelang akhir hayat, praktek pengobatan tidak diijinkan, dan belum tervalidasi secara universal.

### **Metode HOPE**

Metode HOPE merupakan model pengkajian spiritual yang dikembangkan oleh Anandarajah dan Hight tahun 2001 (Timmins & Caldeira, 2017). Metode HOPE telah diimplementasikan di beberapa negara seperti Amerika Serikat, Metode pengkajian HOPE terdiri 4 elemen pertanyaan yang mencakup seperti:

- **H:** Source of Hope, Strength, comfort, meaning, peace, love and connection.

Terkait sumber harapan ada beberapa item yang memiliki peran dan hubungan dengan harapan yaitu kekuatan, kenyamanan, makna, kedamaian, cinta, dan hubungan.

- **O:** the role of **organised** religion for patients

Bagaimana peran keagamaan yang disediakan untuk pasien, seperti ketersediaan sarana ibadah, ketersediaan tempat yang nyaman untuk beribadah, ketersediaan waktu yang cukup untuk beribadah.

- **P:** Personal spirituality and practices

Menelusuri mengenai praktek keagamaan termasuk ritual yang rutin dilakukan secara personal.

- **E:** Effect on medical care and end-of-life decisions

Memahami pandangan maupun pendapat pasien mengenai efek tindakan medis atau proses pengobatan terhadap kondisinya, serta pengambilan keputusan terkait kematiannya.

Kebelihan pengkajian metode HOPE yaitu; mudah diingat, penamaan bersifat universal, pernyataan untuk mencairkan suasana di awal pengkajian, mampu mengeksplorasi keyakinan yang bersifat formal dan non-formal, mencakup praktek keagamaan yang lebih luas, focus pada isu terkait akhir hayat. Sedangkan kekurangannya adalah instrument belum tervalidasi secara luas, bias terhadap budaya karena lebih mengarah pada budaya barat, membutuhkan banyak waktu karena terdiri dari 20 pertanyaan yang akan diajukan pada pasien (Blaber, Jone & Willis, 2015).

### ***The Ars Moriendi Model***

Metode pengkajian spiritual untuk pasien paliatif yang dikembangkan oleh Carlo Leget tahun 2003 dikenal dengan istilah the Ars Moriendi Model (AMM). Pengkajian ini merupakan bentuk penyederhanaan dari metode FICA, dimana the Ars Morendi Model lebih fleksibel, dan bantuan komunikasi secara praktis untuk proses tanya jawab terkait spiritual di setting paliatif (Vermandere et al, 2013). AMM menekankan pada 5 hal penting yaitu otonomi, batasan tindakan medis, mengatasi penderitaan, perpisahan, kesalahan, dan pertanyaan mengenai kepercayaan dan makna. Pengkajian AMM model telah diimplemetasikan di beberapa Negara seperti Australia, Belanda, Belgia, dan Spanyol (Forcén & Forcén, 2016; Thornton & Phillips, 2009). Lebih lanjut, model pengkajian AMM dimodifikasi menjadi:

- **Oneself - the other**

Apakah anda memiliki kesempatan untuk menjadi diri anda sendiri,

apakah anda saat meninggalkan dunia ini sudah sesuai dengan harapan anda

- **Doing – undergoing**

Bagaiman anda mempertahankannya, apakah anda menginginkan kami untuk melakukan sesuatu untuk anda.

- **Holding on – letting go**

Apakah yang menjadikan anda lebih kuat/tegar, siapa/apa yang menginspirasi anda, siapa yang anda ingin pertahankan untuk bersama anda, siapkah anda meninggalkan kehidupan ini.

- **Forgiving – forgetting**

Jika anda melihat kebelakang/kisah hidup anda, apa yang anda rasakan. Adakah sesuatu hal yang penting untuk anda sampaikan atau diskusikan.

- **Knowing – believing**

Apa makna kematian menurut anda. Apakah anda merasakan adanya dukungan dari keyakinan atau kepercayaan yang anda anut.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Vermandere dkk pada sekelompok dokter, perawat, dan pelaku rawat di bekerja di Rumah Perawatan ditemukan bahwa model AMM sangat baik untuk dijadikan sebagai acuan dalam percakapan spiritual menjelang akhir hayat. Instrument tersebut dapat digunakan oleh siapa saja termasuk pelaku rawat, sekalipun pelaku rawat tersebut merasa belum memiliki pengalaman dalam penanganan masalah spiritual pasien (Vermandere et al, 2013). Instrument AMM merupakan pengkajian yang memiliki pertanyaan sangat jelas, diadaptasi dengan budaya masyarakat Flanders (Belgia), dan pertanyaan ditulis dengan menggunakan bahasa percakapan. Berdasarkan penelitian

yang dilakukan pada kelompok dokter dan perawat menunjukkan bahwa pengkajian AMM model dapat diimplementasikan di setting paliatif (vermandere et al, 2016; Vermandere et al, 2015).

## SIMPULAN

Review artikel ini menunjukkan bahwa pemberian layanan perawatan spiritual merupakan aspek penting dalam keperawatan terutama di pelayanan perawatan paliatif. Penggunaan instrumen pengkajian terkait spiritual pasien sangat membantu dalam mengeksplorasi nilai keyakinan dan kepercayaan pasien baik mengenai kehidupannya dalam rentang sehat dan sakitnya. Salah satu kendala dalam pelayanan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien yaitu ketidak tahuan petugas kesehatan dalam mengkaji, hal ini diakibatkan oleh tidak tersedianya instrument pengkajian spiritual dilayanan kesehatan. Beberapa metode pengkajian spiritual yang dapat digunakan pada pasien paliatif yaitu metode FICA, FAITH, SPIRIT, ETHNIC(S), HOPE, dan Ars Moriendi Model. Mengingat mayoritas instrumen pengkajian spiritual di kembangkan di negara yang basis penduduknya beragama Kristen dan Katolik, maka instrument tersebut perlu di modifikasi untuk menyesuaikan dengan kondisi Indonesia yang mayoritas penduduknya beragama Islam sehingga instrumen tersebut dapat digunakan di setting klinis terutama di area pelayanan paliatif.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih kepada Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat, dan Penjamin Mutu Pendidikan Universitas Sembilanbelas November Kolaka atas dukungan.

## DAFTAR PUSTAKA

Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J.

(2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(6), 1008-1018.

Bjarnason, D. (2012). Nurse religiosity and end-of-life care. *Journal of Research in Nursing*, 17(1), 78-91.

Blaber, M., Jone, J., & Willis, D. (2015). Spiritual care: which is the best assessment tool for palliative settings?. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(9), 430-438.

Flannelly, K. J. (2012). Spirituality and chaplaincy in palliative care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 18(1-2), 1-2.

Forcén, F. E., & Forcén, C. E. (2016). Ars moriendi: coping with death in the late middle ages. *Palliative & Supportive Care*, 14(5), 553-560.

Leget, C. (2007). Retrieving the ars moriendi tradition. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(3), 313-319.

Lucchetti, G., Bassi, R. M., & Lucchetti, A. L. G. (2013). Taking spiritual history in clinical practice: a systematic review of instruments. *Explore*, 9(3), 159-170.

Lydon-Lam, J. (2012). Models of Spirituality and Consideration of Spiritual Assessment. *International Journal of Childbirth Education*, 27(1).

Matzo, M. & Sherman, D. W. (2010). *Palliative care nursing; quality care to the end of life third edition*. Springer Publishing Company. New York, USA.

Neely, D., & Minford, E. (2009). FAITH: spiritual history- taking made easy. *The Clinical Teacher*, 6(3), 181-185.

- Nelson-Becker, H., Ai, A. L., Hopp, F. P., McCormick, T. R., Schlueter, J. O., & Camp, J. K. (2015). Spirituality and religion in end-of-life care ethics: the challenge of interfaith and cross-generational matters. *British Journal of Social Work, 45*(1), 104-119.
- Otis-Green, S., Ferrell, B., Borneman, T., Puchalski, C., Uman, G., & Garcia, A. (2012). Integrating spiritual care within palliative care: an overview of nine demonstration projects. *Journal of Palliative Medicine, 15*(2), 154-162.
- Penderell, A., & Brazil, K. (2010). The spirit of palliative practice: A qualitative inquiry into the spiritual journey of palliative care physicians. *Palliative and Supportive Care, 8*(04), 415-420.
- Puchalski, C. M. (2013). Spirituality as an essential domain of palliative care: Caring for the whole person. *Progress in Palliative Care, 20*(2), 63-65.
- Selman, L., Young, T., Vermandere, M., Stirling, I., & Leget, C. (2014). Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management, 48*(4), 518-531.
- Selman, L., Harding, R., Gysels, M., Speck, P., & Higginson, I. J. (2011). The measurement of spirituality in palliative care and the content of tools validated cross-culturally: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management, 41*(4), 728-753.
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard (2014), 31*(29), 47-53.
- Thornton, K., & Phillips, C. B. (2009). Performing the good death: the medieval Ars moriendi and contemporary doctors. *Medical Humanities, 35*(2), 94-97.
- Vermandere, M., Warmenhoven, F., Van Severen, E., De Lepeleire, J., & Aertgeerts, B. (2016). Spiritual history taking in palliative home care: A cluster randomized controlled trial. *Palliative Medicine, 30*(4), 338-350.
- Vermandere, M., Warmenhoven, F., Van Severen, E., De Lepeleire, J., & Aertgeerts, B. (2015). The Ars Moriendi model for spiritual assessment: a mixed-methods evaluation. In *Oncol Nurs Forum, 42*(4), 294-301.
- Vermandere, M., Bertheloot, K., Buyse, H., Deraeve, P., De Roover, S., Strubbe, L., et al. (2013). Implementation of the ars moriendi model in palliative home care: A pilot study. *Progress in Palliative Care, 21*(5), 278-285.
- Wynne, L. (2013). Spiritual care at the end of life. *Nursing Standard, 28*(2), 41-45.
- Yenurajalingam, S & Bruera, E. (2016). *Oxford American Handbook of Hospice and Palliative Medicine and Supportive Care second edition*. Oxford University Press. New York. USA.
- Yodang. (2018). Buku ajar keperawatan paliatif berdasarkan kurikulum AIPNI 2015. Jakarta; Trans Info Media.