

Asesmen Kebutuhan Spiritual Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa Dengan Instrumen APSN dan SPNQ

Fatchurrozak Himawan¹, Anggorowati², Shofa Chasani³

¹ Poltekkes Kemenkes Semarang Prodi D3 Keperawatan Kota Tegal

^{2,3} Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang

Email: rozaknati@gmail.com

Abstract

Keywords:

Patients with chronic kidney disease, spiritual assessment instrumen

Patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing haemodialysis require fulfilment of physical, psychological and spiritual needs. In the effort to meet the spiritual needs, it is necessary to do an appropriate spiritual needs assessment of the patients. Assessing a Patient's Spiritual Needs (APSN) and Spiritual Needs Questionnaire Scale (SpNQ) are such available instruments for use in spiritual assessment.

This study aimed to determine the spiritual needs of patients with chronic kidney disease undergoing haemodialysis using the APSN and SpNQ instruments.

This study used a quantitative observation with a cross-sectional design. The samples were 104 patients undergoing haemodialysis for more than three months at Kardinah Hospital and RSUI Harapan Anda Kota Tegal.

The results showed that the need of prayers was the highest spiritual needs in APSN in the dimension 'divine' as reported by 80 respondents (76.92%). Meanwhile, in SpNQ, the dimension of religiosity was rated the highest with 98 respondents (94.23%). Patients with CKD had spiritual needs in all dimensions both in APSN and SpNQ. The result of chi-square test showed a p-value of 0.170, indicating that there was no difference in the assessment of spiritual needs of patients using the APSN and SpNQ instruments. The APSN and SpNQ instruments could be further considered as alternative instruments to assess the spiritual needs of patients with CKD undergoing haemodialysis.

PENDAHULUAN

Keperawatan merupakan sebuah profesi yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya keperawatan (Yusuf, Nihayati, Iswari, & Okviasanti, 2016). Pemenuhan kebutuhan ini meliputi pemenuhan kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Pemenuhan kebutuhan biologis pasien selama sakit dan dirawat di rumah sakit sudah sangat umum dijumpai sebagai pekerjaan rutin harian perawat, namun pemenuhan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual masih sedikit dilakukan. Spiritualitas seseorang dapat memberikan kontribusi yang sama dalam proses penyembuhan klien. Spiritualitas merupakan sumber internal dalam diri seseorang, terutama tentang filosofi hidup menjadi sangat penting dalam menentukan konsep sehat ataupun sakit, upaya mendapatkan pengobatan, harapan bahkan keputusan yang harus diterima karena permasalahan kronis akibat penyakit yang dialami. Peran perawat dalam membantu memenuhi kebutuhan spiritual klien harus melalui serangkaian kegiatan

proses keperawatan seperti pengkajian, menegakkan diagnosis, merencanakan tindakan, melaksanakan tindakan dan evaluasi (Yusuf et al., 2016).

Penyakit Ginjal Kronis (PGK) merupakan penyimpangan progresif, fungsi ginjal yang tidak dapat kembali berfungsi normal, dimana kemampuan tubuh untuk mempertahankan keseimbangan metabolik dan cairan elektrolit mengalami kegagalan, yang mengakibatkan ureum dalam darah meningkat (uremia) dan pada akhirnya untuk penyelamatan pasien dibutuhkan dialisis atau transplantasi ginjal (Brunner & Suddarth, 2010).

Menurut *Renal Registry* Indonesia, jenis layanan terapi pengganti ginjal yang diberikan oleh renal unit terbanyak yaitu layanan hemodialisis sebesar (82%), kemudian transplantasi (2,6%), dan *Continuous Ambulatory Peritoneal Disease/ CAPD* (12,8%) (Indonesia Renal Registry, 2016).

Perubahan gaya hidup secara luas dan drastis pada pasien PGK yang menjalani hemodialisa akan berpengaruh pada kondisi fisik, psikologis, sosial, spiritual dan ekonomi (Yodchai, Dunning, Hutchinson, Oumtane, & Savage, 2011). Arova FN dalam penelitiannya juga menyebutkan bahwa pasien PGK yang menjalani hemodialisa memerlukan pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis maupun spiritual (Arova, 2014).

Pemenuhan kebutuhan spiritual dapat meningkatkan kesejahteraan spiritual dan dapat menurunkan kecemasan sesuai dengan hasil penelitian oleh Elham, Hazrati, Momennasab, & Sareh (2015). Pemenuhan kebutuhan spiritual menjadi penting bagi pasien yang menjalani hemodialisa yang secara positif dapat digunakan sumber coping dalam mengatasi masalah psikologis, stress dan depresi (Rusa, Peripato, Cristina, Pavarini, & Zazzetta, 2014). Iman dan kepercayaan kepada Tuhan digunakan oleh pasien untuk menghadapi kematian dan menerima dialisis. Pasien menjelaskan bahwa spiritualitas merupakan pegangan dalam menjalani hidupnya. Iman dan religius penting dalam penyesuaian pasien penyakit ginjal kronis, membantu pasien dalam menghadapi kenyataan dan menghadapi keterasingan yang dialaminya (Lucchetti, Camargo, Almeida, & Lamas, 2009).

Pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien juga diamanatkan oleh badan akreditasi *Joint Commission Accreditation Health Organization* (JCAHO) dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) menentukan untuk isi minimal asesmen awal diantaranya adalah asesmen spiritual, dalam bab pelayanan dan asuhan pasien juga disampaikan asesmen pada pasien tahap terminal disesuaikan dengan kebutuhan individu termasuk kebutuhan spiritual (Carson, 2008; Sutoto et al., 2012). Instrumen kebutuhan spiritual seharusnya menggunakan asesmen baku sesuai yang diamanatkan oleh badan akreditasi rumah sakit bahwa semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses assesmen yang baku (Sutoto, 2018).

Rushton (2014) dalam penelitiannya menyebutkan hambatan seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual diantaranya kurangnya panduan untuk melakukan perawatan spiritualitas dan kurangnya training serta pelatihan terkait perawatan spiritual.

Hasil kajian literatur *review* Seddigh & Azarnik (2016) dari beberapa instrumen kebutuhan spiritual dipilih delapan kuesioner untuk menilai kebutuhan spiritual pasien yaitu *Patients Spiritual Needs Assessment Scale/Assessing a Patient's Spiritual Needs* (PSNAS/APSN), *Spiritual Needs Questionnaire* (SpNQ), *Spiritual Needs Inventory* (SNI), *Spiritual Interests Related to Illness Tool* (SpIRIT), *Spiritual Needs Scale* (SNS), *Spiritual*

Needs Assessment for Patients (SNAP), Spiritual Care Needs Inventory (SCNI) dan Spiritual Needs Questionnaire for Palliative Care.

Beberapa kuesioner yang tersedia mungkin memiliki beberapa kekurangan seperti kuesioner terapan yang mengandung alasan keagamaan yang berbeda dan tidak bisa digunakan untuk semua masyarakat, kuesioner tertentu juga dianggap sebagai bagian terperinci dari kuesioner yang lebih umum mengenai penilaian spiritual. Kondisi ini dapat digunakan peneliti untuk memilih kuesioner yang tepat dan sesuai dengan penelitiannya dengan mempertimbangkan kekuatan dan kelemahan dari tiap-tiap instrumen serta mengetahui landasan teori yang digunakan oleh pembuat kuesioner dalam membuat dasar untuk menciptakan kuesioner mereka (Seddigh & Azarnik, 2016).

Pemilihan kuesioner APSN oleh penulis karena APSN memiliki poin kuat yaitu berdasarkan analisis isi dari 22 penelitian yaitu 12 penelitian kualitatif 7 penelitian kuantitatif dan 3 pendekatan teoretis dengan menggunakan metode tinjauan yang sistematis. Kebutuhan yang dinilai dalam kondisi saat ini dirancang untuk populasi pasien heterogen, standardisasi didasarkan pada pengalaman para ahli pendeta. APSN juga memiliki titik lemah seperti kurang memperhatikan kondisi pasien pada tiap tahapan penyakitnya, diketahui hanya berasal dari jurnal bahasa Inggris, standardisasi psikometrik dilakukan dengan pendeta bukan pasien nyata, tidak ada standardisasi psikometrik yang lengkap (Seddigh & Azarnik, 2016). Instrumen SpNQ dipilih karena telah diuji validasikan pada pasien dengan penyakit kronis jumlah sampel 627 orang, pada pasien penyakit kronis dengan usia lanjut jumlah sampel 904, diujikan juga pada orang sehat yaitu orang dewasa dan orang tua dengan jumlah sampel 1468, dan diujikan pada pada orang dengan sakit kronis, lanjut usia dan orang sehat dengan jumlah sampel 2095 dan memiliki nilai realibilitas yang baik (*alpha cronbach* bervariasi dari 0,71 sampai 0,91). Adanya perbedaan budaya dapat diatasi dengan tersedianya instrumen SpNQ dalam berbagai bahasa, termasuk versi bahasa Indonesia (Arndt, Recchia, Koenig, Baumann, & Frick, 2018).

METODE

Desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* responden penelitian diambil dari dua rumah sakit di kota tegal dengan jumlah sampel 104 pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa sudah lebih dari 3 bulan dengan kriteria usia 18 tahun sampai 65 tahun, pasien bisa membaca dan menulis, mampu berbahasa Indonesia dengan baik, dan dalam keadaan sadar. studi penelitian dilakukan di dua rumah sakit di Kota Tegal (RS Kardinah dan Harapan Anda) selama 2 minggu pada bulan Maret 2018.

Penggunaan instrumen APSN dan SPNQ setelah mendapat ijin dari masing-masing author, ijin dilakukan via email. Instrumen APSN belum ditranslate ke dalam bahasa Indonesia sehingga memerlukan rangkaian proses translate ke dalam bahasa Indonesia, penelitian dilakukan setelah mendapat ijin penelitian dari Ethic Clearence UNDIP, setelah mendapat ijin baru dilakukan uji psikometri instrumen APSN serta validitas dan reliabilitas. Pengkajian kebutuhan spiritual pasien PGK yang menjalani hemodialisa diberikan pada 104 pasien, masing-masing responden akan mendapatkan dua kali pengkajian yaitu APSN dan SpNQ dalam selang waktu satu minggu.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Pengkajian Kebutuhan Instrumen dengan APSN berdasar prosentase pada skala 2, 3 dan 4.

Dimensi	Item Pertanyaan	n f (%)
<i>Divine</i>	Petunjuk diluar kekuatan dirimu	84 (80,76)
	Mempunyai seseorang untuk berdoa dengan atau untukmu	80 (76,92)
	Membaca materi spiritual/keagamaan	74 (71,15)
	Melakukan ritual keagamaan atau spiritual	70 (67,30)
	Berpartisipasi dalam pelayanan agama dan spiritual	70 (67,30)
<i>Resolution/depth</i>	Memaafkan diri anda dan orang lain	84 (80,76)
	Mengungkapkan masalah sebelum kematian	76 (73,07)
	Mengkaji hidup	68 (65,38)
	Mengungkapkan kecemasan tentang kehidupan setelah kematian	56 (53,84)
	Berbicara dengan seseorang terkait kematian/ ajal	56 (53,84)
<i>Hope/Peace/Gratitude/Positivity</i>	Berterimakasih/bersyukur	82 (78,84)
	Pandangan yang positif	78 (75)
	Menikmati tertawa dan humor	76 (73,07)
	Memiliki perasaan penuh pengharapan	72 (69,23)
	Mempunyai ruang tenang untuk meditasi atau refleksi	66 (63,46)
	Kedamaian dan kesenangan	64 (61,53)
<i>Meaning/Purpose</i>	Menemukan makna dalam penderitaan	78 (75)
	Mencari makna dan tujuan hidup	72 (69,23)
	Memahami mengapa masalah kesehatan ini terjadi	60 (57,69)
<i>Love/belong/respect</i>	Merasa terhubung dengan dunia	76 (73,07)
	Diterima sebagai manusia	72 (69,23)
	Berteman	70 (67,30)
	Mencintai atau dicintai	68 (65,38)
	Kasih sayang dan kebaikan	66 (63,46)
	Perawatan yang bermatabat kebutuhan jasmani	66 (63,46)
<i>Morality Ethic</i>	Menjalani kehidupan yang beretika dan moral	60 (57,69)
<i>Appreace of beauty</i>	Mengalami dan menghargai keindahan	48 (46,15)
	Menikmati dan menghargai alam	48 (46,15)
	Menikmati dan menghargai musik	44 (42,30)

Tabel 2. Pengkajian kebutuhan spiritual dengan SpNQ berdasar prosentase pada skala 2 dan 3.

Dimensi	Item Pertanyaan	n f (%)
<i>Religi/keagamaan</i>	Berdoa untuk diri anda sendiri ?	98 (94,23)
	Berpartisipasi dalam upacara keagamaan ?	88 (84,61)
	Berallih atau mendekat dalam keagungan akan kehadiran yang lebih tinggi (keesaan, tuhan, malaikat)?	84 (80,76)
	Membaca buku spiritual atau buku keagamaan ?	80 (76,92)
	Berdoa dengan orang lain ?	76 (73,07)
	Bahwa seseorang berdoa untuk anda ?	76 (73,07)
<i>Generativity/pemberian</i>	Diyakini bahwa hidup anda bermakna dan punya arti ?	81 (77,88)
	Berbagi pengalaman hidup kepada yang lain ?	74 (71,15)
	Memberikan sesuatu untuk diri anda sendiri ?	68 (65,38)
	Menjadi pelipur lara orang lain ?	48 (46,15)
<i>Eksistensi</i>	Menemukan makna dalam sakit atau penderitaan?	76(73,07)
	Berbicara dengan orang lain tentang makna akan kehidupan ?	66 (63,46)
	Dimaafkan ?	54 (51,92)
	Berbicara dengan orang lain tentang kemungkinan kehidupan setelah meninggal ?	52 (50)
	Memaafkan seseorang dari waktu yang berbeda dari hidup anda ?	50 (48,07)
	Menghilangkan aspek keterbukaan dalam hidup anda? (menjadi orang yang lebih tertutup)	42 (40,38)
<i>Inner peace/kedamaian batin</i>	Menemukan kedamaian batin ?	71 (68,26)
	Tinggal ditempat yang tenang dan damai ?	70 (67,30)
	Menyatu (menikmati) dengan keindahan alam ?	46 (44,23)
	Berbicara dengan orang lain mengenai ketakutan dan kekhawatiran anda ?	44 (42,30)

Tabel 3. Perbedaan pengkajian kebutuhan spiritual SpNQ dan APSN

Kebutuhan Spiritual	SpNQ	APSN	P Value dgn Uji <i>chi square</i>
	n f(%)	n f(%)	
Butuh	76 (73,07)	68 (65,38)	0.170
Tidak Butuh	28 (26,93)	36 (34,61)	
Total	104 (100,0)	104 (100,0)	

Pengkajian kebutuhan spiritual Instrumen APSN pada pasien yang menjalani hemodialisa didapatkan nilai tertinggi pada pada dimensi kebutuhan spiritual *divine* pada kebutuhan seseorang untuk mendapatkan petunjuk di luar kekuatan dirinya sendiri sebesar 84 responden (80,76) dan kebutuhan untuk mendapatkan doa, didoakan atau berdoa bersama pada skala 2, 3 dan 4 sebanyak 80 responden (76,92%).

Hal ini juga didukung oleh data yang didapatkan dari pengkajian dengan instrumen SpNQ pada dimensi religi skala 2 dan 3, kebutuhan akan berdoa untuk diri sendiri sebanyak 98 responden (94,23%), kebutuhan untuk dapat di doakan orang lain maupun untuk berdoa bersama sebanyak 76 responden (73,07%). 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.¹ Seratus persen responden yang dilibatkan dalam penelitian ini beragama Islam dan dalam ajarannya dianjurkan untuk berdoa seperti tercantum dalam al-Qur'an surah al-Mu'min ayat 60 "Ud'uni astajib lakum", berdoalah maka niscaya akan Aku kabulkan (Depag, 2006). Ayat di atas mengisyaratkan kepada manusia untuk selalu menyandarkan sesuatu perkara hanya kepada Allah. Manusia pada hakikatnya adalah satu-satunya makhluk yang Allah berikan akal untuk berpikir dan berusaha. Akan tetapi, di balik kemampuan itu, tentunya ada kekuasaan Allah. Anjuran untuk berdoa juga didapatkan pada firman Allah 'Azza wa Jalla (yang artinya), "Dan sesungguhnya Kami telah mengutus (para rasul) kepada umat-umat sebelum kamu, kemudian Kami siksa mereka dengan kesengsaraan dan kemelaratan agar mereka memohon (kepada Allah) dengan tunduk merendahkan diri." (Depag, 2006).

Dossey & Keegan (2005) dalam konsep holistiknya menyatakan kesehatan akan tercapai optimal apabila terjadi keseimbangan *body-mind* dan *spirit* berdoa merupakan salah satu dimensi dari spirit yang harus terkait dengan dimensi spirit yang lain seperti *mysteri, love, suffering, hope, forgiveness, peace and peacemaking, and grace*. Doa dibaratkan sebuah senjata dan akan bekerja secara optimal apabila memenuhi syarat-syaratnya yaitu ; senjata harus tajam dan kuat, yang memegang senjata memiliki kekuatan dan kemampuan dalam menggunakannya dan tidak ada penghalang agar senjata dapat berfungsi secara optimal. Doa juga memiliki syarat-syarat agar dapat terkabul diantaranya; ikhlas, ittiba (mengikuti rosul), yakin doanya akan diterima oleh Allah, khusyu (menghadirkan hati sewaktu berdoa) dan kesungguhan berdoa.

Divine melibatkan ekspresi spiritual melalui ritual dan praktik keagamaan. Banyak praktik spiritual atau layanan spiritual yang dirancang untuk memfasilitasi hubungan dengan ilahi atau sesuatu yang dianggap sakral atau suci. Spiritualitas mengacu pada adanya hubungan dengan *Higher Power*, sebuah respon terhadap manusia yang dalam dan misterius untuk transendensi diri dan penyerahan diri, sebuah kerinduan untuk menemukan siapa kita dan pencarian eksistensial (Yusuf et al., 2016).

Praktek seperti ini mengarah pada pengalaman yang beragam seperti meminta seseorang berdoa untuk anda, berdoa untuk diri sendiri, membaca buku keagamaan, melakukan ritual keagamaan (Galek, Flannelly, Vane, & Galek, 2005). Praktik-praktik rohani ini cenderung ke dalam tema kewajiban beribadah yang terkait dengan tradisi mereka yang spesifik. Selain praktik rohani yang memfasilitasi hubungan manusia dengan Allah di samping koneksi vertikal dengan Tuhan atau klien, transenden juga melaporkan perlu untuk koneksi horizontal rohani dengan orang lain (koneksi interpersonal). Adanya interaksi dengan anggota ulama/pemuka agama, sering dipandang sebagai orang yang penting dan tepat dari kebutuhan spiritual. Termasuk juga interaksi dengan teman-teman, keluarga, dan, sesama penderita sakit. Contoh

kebutuhan yang terkait seperti mengunjungi dengan anggota keluarga, bercakap-cakap dengan orang-orang yang memiliki nilai-nilai spiritual; menerima doa dari orang lain; memohon ampunan dari orang yang teraniaya di masa lalu; peristiwa dengan orang lain yang memiliki pengalaman yang sama; menerima ekspresi-ekspresi nyata yang mendukung dan mendorong; yang dihargai dan mengasihi orang lain.

Narayanasamy (2002) menyatakan bahwa spiritualitas menjadi fokus saat seseorang menghadapi stres emosional, penyakit fisik atau kematian. Kegiatan berbasis spiritual seperti doa dan meditasi mengurangi rasa takut akan kematian, meningkatkan kenyamanan dan mendukung perspektif positif kematian di antara pasien yang sakit sangat serius. Studi *brain imaging* menunjukkan sejumlah perubahan neurofisiologis pada praktik religius seperti meditasi dan doa yang memerlukan fokus perhatian yang intensif, kegiatan tersebut juga menunjukkan aktivasi area otak yang sama di *prefrontal cortex* (PFC). Studi ini juga menunjukkan adanya peningkatan aktivasi *thalamus* yang dimediasi oleh neurotransmitter eksitatori glutamat yang mungkin sebanding dengan aktivasi di PFC. Sistem dopaminergik melalui ganglia basal diyakini terlibat dalam regulasi sistem glutamat dan interaksi antar PFC dan subkortikal (Newberg, 2011). PFC ini saling berkaitan dengan fungsi thalamus-hipotalamus dan sistem limbik. Lazarus membuktikan adanya peningkatan aktivitas pada pada regio amigdala dan hipokampus selama meditasi. Amigdala akan menstimulasi bagian ventromedial dari hipotalamus yang selanjutnya menstimulasi sistem parasimpatik perifer akan menyebabkan sensasi subyektif berupa relaksasi dan ketenangan yang lebih dalam (Lazarus & Folkman, 1984).

Pendekatan keperawatan dengan teori *caring* dari Watson (2008) sangat tepat dalam kondisi ini dimana perawat bersama pasien akan berusaha membangkitkan keyakinan akan harapan. Perawat dapat hadir secara tulus memampukan dan mempertahankan kepercayaan yang dalam dapat dengan berdoa bersama, mengajarkan pasien berdoa atau menghadirkan tenaga spiritual.

Pada dimensi *resolution/death* ada lima kebutuhan spiritual yaitu; mengkaji hidup, mengungkapkan masalah sebelum kematian, mengungkapkan kecemasan tentang kehidupan setelah kematian, berbicara dengan seseorang terkait kematian atau ajal dan kebutuhan untuk memaafkan diri sendiri dan orang lain. Sebanyak 84 responden (80,76%) yang menyatakan butuh untuk memaafkan dan dimaafkan pada skala 2,3 dan 4. Hal ini selaras dengan hasil kajian dengan instrumen SpNQ dimana didapatkan data 50 responden (48,07%) ada pada skala 3 dan 4 butuh untuk dapat memaafkan seseorang. Lima puluh empat responden (51,92%) menyatakan butuh untuk dapat dimaafkan dengan tingkat kebutuhan pada skala 3 dan 4. Pemaaf adalah komponen utama dari *self healing*. Sikap mau memaafkan adalah kebutuhan yang mendalam dan pengalaman yang sangat diharapkan dapat dilaksanakan seseorang. Kesadaran untuk bisa memaafkan terhadap perilaku yang kurang bisa diterima adalah sesuatu yang harus kita latih dengan mengedepankan makna spiritual bahwa kita belum tentu benar dan lebih baik dari mereka, termasuk memaafkan diri sendiri untuk bangkit menjadi lebih baik. Keadaan ini memerlukan keyakinan kuat bahwa Tuhan maha pemaaf. Dengan demikian *forgiveness* akan menjadi komponen utama dalam proses penyembuhan diri dan mengurangi makna penderitaan.

Berdasarkan data Indonesia renal registry pada tahun 2015 tercatat 1243 pasien mengalami kematian dengan lama hemodialisis antara 1 – 317 bulan, proporsi lama hidup terbanyak adalah 6 – 12 bulan namun lama hidup tertinggi mencapai 317 bulan (Indonesia Renal Registry, 2016).

Instrumen APSN mengeksplorasi bagaimana perasaan pasien ketika penyakit fisik didiagnosis menciptakan kesadaran baru tentang kematian. Banyak pasien perlu mengungkapkan pikiran mereka tentang kematian, instrumen APSN memberikan pertanyaan yang menilai kebutuhan untuk mengatasi masalah yang belum terpenuhi sebelum kematian, rasa khawatir tentang kehidupan setelah kematian, pernyataan kebutuhan untuk dimaafkan dan memaafkan dari diri sendiri dan orang lain (Galek et al., 2005).

Kepercayaan terhadap apa yang terjadi setelah kehidupan inilah yang memberi nilai spiritualitas manusia, sehingga dia bisa menilai kualitas perilaku dalam kehidupan untuk akhirat. Kepercayaan terhadap nilai di kehidupan 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.¹

Model hubungan manusia-untuk-manusia bertumpu pada teori caring dari Watson (2008) melalui faktor karatif dan proses caritas memberikan pendekatan spiritual sebagai kekuatan eksistensial fenomenologis dalam membuka dan memasuki spiritual dari kehidupan dan kematian seseorang bagaimana merawat jiwa sendiri dan orang lain yang dirawat.

Dimensi *Hope/peace/positivity* dari hasil pengkajian didapatkan semua item kebutuhan di butuhkan oleh pasien PGK dengan nilai tertinggi pada kebutuhan untuk dapat memiliki pandangan positif sebesar Tujuh puluh delapan responden (75%) dan kebutuhan untuk dapat menikmati tertawa dan humor sebanyak 76 responden (73,07%) pada skala 2,3 dan 4. Makna spiritualitas dari sebuah harapan adalah keinginan yang berorientasi pada masa yang akan datang. Hal ini merupakan energi spirit untuk mengantisipasi apa yang akan terjadi kemudian, bagaimana caranya bisa menjadi lebih baik. Disinilah, *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 berpikir dan berperilaku seseorang. Menikmati tertawa dan humor dapat menciptakan lingkungan yang nyaman, damai, bahagia dan dapat digunakan sebagai salah satu sumber energi bagi kesembuhan pasien. Jean Watson dalam teori caritasnya menyampaikan perawat untuk mampu menciptakan lingkungan yang menyembuhkan pada semua tingkat (fisik maupun nonfisik, lingkungan energi dan kesadaran, dimana keutuhan, keindahan, kenyamanan, kehormatan, dan kedamaian dapat dioptimalkan).

Dimensi *meaning/ purpose* yaitu dimensi untuk mendapatkan kemaknaan/arti/tujuan dalam hidup, memiliki 3 item kebutuhan yaitu.: kebutuhan menemukan makna dalam penderitaan sebanyak 78 responden (75%), kebutuhan mencari makna dan tujuan hidup sebanyak 72 responden (69,23) serta kebutuhan untuk memahami mengapa masalah kesehatan ini terjadi sebesar 60 responden (65,38%) pada skala 2,3 dan 4. Pada instrumen SpNQ sejumlah 68 responden (57,69%) memiliki kebutuhan untuk berbicara tentang makna kehidupan, dan 79 responden (75,96%) responden menyatakan butuh untuk dapat menemukan makna dalam sakit pada skala 2 dan 3. Perasaan dipengaruhi oleh konsep sakit dan nilai spiritual tentang makna penderitaan, budaya, latar belakang keluarga, amalan keagamaan, dan kepribadian seseorang. Narayanasamy 2002 dalam penelitiannya juga membuktikan dengan makna yang ada seseorang dapat menemukan kedamaian tidak peduli seberapa parah penyakitnya (Narayanasamy, 2002).

Stall-wood dan Stoll dalam Verna Benner mendefinisikan kebutuhan spiritualitas adalah faktor yang diperlukan untuk membangun dan atau memelihara hubungan pribadi seseorang yang dinamis dengan Tuhan (seperti yang didefinisikan oleh individu tersebut) dan hasil dari hubungan tersebut adalah untuk mengekspresikan pengampunan, cinta, harapan, kepercayaan dan makna dan tujuan hidup. Watson meyakini bahwa jiwa seseorang memiliki tubuh yang tidak dibatasi oleh ruang dan waktu. Tugas perawat dalam proses caritas adalah hadir secara tulus untuk memampukan dan mempertahankan system kepercayaan yang dalam dan dunia kehidupan yang subjektif tentang diri sendiri dan orang yang dirawat, menanamkan praktik spiritual diri dan transpersonal yang melampaui ego.

Dimensi *love/ belong/ respect* terdapat 6 item kebutuhan spiritual yang semuanya dibutuhkan oleh responden. Kebutuhan tertinggi pada kebutuhan berteman sebanak 76 responden (73,07%), kebutuhan untuk diterima sebagai manusia sebanyak 72 responden (69,23%), kebutuhan untuk mencintai dan cintai sebanyak 68 responden (65,38%). Cinta merupakan sumber dari segala kehidupan, menjadi bahan bakar dari nilai spiritual, karena perasaan cinta dari hati, pusat dari penampilan ego seseorang. Ego adalah pemenuhan kebutuhan dasar manusia sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangannya. Cinta, sepereti buah spirit, tidak jelas tempatnya, waktu dan situasi dimanan perasan itu 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 sesuatu yang misterius, terkait dengan pilihan dan perasaan, antara memberi dan menerima. Cinta termasuk dimensi cinta pada diri sendiri, cinta untuk orang lain, cinta kepada Rosulullah, dengan kehidupan rohaniah dan cinta untuk seluruh aspek kehidupan. Adanya perasaan cinta merupakan kunci dari domain spiritual seseorang.

Dimensi *appreance of beauty* memiliki 3 item pertanyaan; seberapa butuh pasien pasien selama dirawat dirumah sakit untuk dapat mengalami atau menghargai keindahan, menikmati dan menghargai musik dan menikmati dan menghargai alam. Kebutuhan akan menikmati dan menghargai musik didapatkan nilai paling rendah dengan 0 responden pada skala 4 amat sangat membutuhkan dan 60 (57,7%) responden ada pada tingkat tidak membutuhkan dan agak membutuhkan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Ozden et al dimana 94% responden menyatakan tidak membutuhkan musik dalam pemenuhan kebutuhan spiritualnya (Dedeli, Yildiz, & Yuksel, 2015). Saat wawancara responden lebih nyaman bila di dengarkan bacaan Alquran.

Semua pasien yang diambil data beragama muslim, salah satu perintah ajaranya adalah untuk dapat mentadaburi alam agar dapat melihat kebesaran Allah. Kebutuhan untuk dapat menikmati dan menghargai alam sebanyak 48 responden (46,15%) skala 2,3 dan 4 dan item pertanyaan ini juga ada pada instrumen SpNQ yang dimasukkan dalam dimensi kedamaian batin dimana terdapat 46 responden (44,23%) skala 2 dan 3 yang menyatakan butuh untuk dapat menikmati keindahan alam. Instrumen APSN memasukkan item-item tersebut dengan pertimbangan spiritualitas dapat dibina dengan kepekaan estetika terhadap keindahan di sekitar kita seperti penghargaan terhadap keindahan, kerapian orang lain, matahari terbenam, simfoni, musim semi dan ini didukung dari 45 penelitian yang melaporkan perasan lebih dekat kepada kepada Tuhan di alam daripada di tempat lain, dalam pandangan mereka alam melambangkan roh Tuhan (Yusuf et al., 2016). Para penulis menemukan bahwa klien

yang tidak mendapatkan kebutuhan spiritual, melaporkan secara signifikan penurunan tingkat kepuasan pelayanan keperawatan. Pentingnya penemuan ini dimantapkan oleh fakta bahwa perlunya kebutuhan spiritual sebagai bentuk kepuasan klien dan kualitas dalam setelan perawatan kesehatan (Hodge & Horvath, 2011).

Praktik-praktik spiritual diperlukan untuk meningkatkan hubungan rohani dengan Allah, yang pada gilirannya transenden memperkuat kemampuan klien untuk mengatasi tantangan yang mereka alami, misalnya memberikan rasa tujuan transenden. Klien menyebutkan jumlah praktik rohani. Di antara mereka adalah perlu untuk atau untuk terlibat dalam doa (mungkin yang paling sering disebut amalan rohani), membaca Al Kitab, meditasi, meditasi pada alkitab, refleksi, dan layanan agama. Praktik-praktik rohani yang lain dikutip termasuk perlu mendengarkan perekat inspiratif dan pesan, mendengarkan musik, membaca buku bertema rohani, dan menerima petuah agama (Hodge & Horvath, 2011).

Berdasarkan tabel 3, diketahui pasien PGK yang menjalani hemodialisa lebih banyak membutuhkan kebutuhan spiritual sebesar 76 responden (73,07%) pada instrumen SpNQ dan sebesar 68 responden (65,38%) dengan instrumen APSN. Nilai uji *chi square* 0.170 (lebih besar dari 0.05) bermakna H_0 diterima artinya tidak ada perbedaan pengkajian kebutuhan spiritual instrumen APSN dan SpNQ. Nilai *chi square* 0,170 dapat diartikan jika H_0 memiliki peluang untuk terjadi sebesar 83% dan H_a memiliki peluang untuk terjadi sebesar 17%.

Dengan temuan dari instrumen yang terisi, seseorang dapat mulai berkomunikasi dengan pasien atau orang tua mengenai spiritualitas dan kebutuhan mereka yang tidak terpenuhi. Dengan pengetahuan ini, seseorang dapat secara khusus menanyakan apa yang dapat dilakukan untuk mendukung kebutuhan individu, dan topik mana yang harus diprioritaskan dalam rencana perawatan spiritual.

KESIMPULAN

Berdasarkan tujuan dan hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pengkajian kebutuhan spiritual dengan instrumen APSN

Kebutuhan tertinggi didapatkan pada dimensi *divine* nilai skala ≤ 2 yaitu pada kebutuhan untuk mendapatkan petunjuk di luar kekuatan diri sebanyak 80,76%, dan kebutuhan berdoa sebanyak 76,92%, dimensi *Resolution/death* ada pada kebutuhan untuk dapat memaafkan diri dan orang lain sebesar 80,76%, dimensi *hope/peace/gratitude/positivity* kebutuhan tertinggi pada kebutuhan untuk bersyukur sebesar 78,84%, dimensi *Meaning/purpose* kebutuhan tertinggi pada menemukan makna dalam penderitaan sebesar 75%, dimensi *love/belong/respect* kebutuhan tertinggi pada merasa terhubung dengan dunia 75%, dimensi *Appreance of beauty* tiap-tiap kebutuhannya hanya dibawah 50%.

2. Pengkajian kebutuhan spiritual dengan SpNQ

Kebutuhan tertinggi didapatkan pada dimensi *religi* yaitu pada kebutuhan berdoa untuk diri sendiri sebesar 94,23%, dimensi *generativity/pemberian* aktif kebutuhan tertinggi ada pada kebutuhan menyakini bahwa hidupnya bermakna dan berarti sebesar 77,88%, dimensi eksistensi kebutuhan tertinggi ada pada kebutuhan menemukan makna dalam sakit dan penderitaan sebesar 73,07% dan dimensi *inner peace/kedamaian* batin kebutuhan tertinggi ada pada kebutuhan menemukan kedamaian batin sebesar 68,26%

Pengkajian kebutuhan spiritual baik dengan APSN dan SpNQ tidak memiliki perbedaan yang signifikan dengan nilai *chi square* 0,170 lebih dari 0.05. Kebutuhan

spiritual tertinggi didapatkan pada kebutuhan berdoa baik pada instrumen APSN maupun SpNQ. Responden memiliki kebutuhan spiritual pada semua domain di kedua instrumen tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Arndt, B., Recchia, D. R., Koenig, H., Baumann, K., & Frick, E. (2018). Factor Structure of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) in Persons with Chronic Diseases, Elderly and Healthy Individuals. *Religions*, 9(13). <https://doi.org/10.3390/rel9010013>
- Arova, F. N. (2014). *Gambaran Self-Care Management Pasien Gagal Ginjal Kronis Dengan Hemodialisis di Wilayah Tangerang Selatan*.
- Brunner, & Suddarth. (2010). *Textbook of Medical Surgical Nursing*. (H. Surrena, Ed.) (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carson, V. B. (2008). *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*. (Harold G Koenig, Ed.) (Revised Ed). Pennsylvania: Templeton Foundation Press.
- Dedeli, O., Yildiz, E., & Yuksel, S. (2015). Assessing the Spiritual Needs and Practices of Oncology Patients in Turkey. *Holistic Nursing Practice*, 29(2), 103–113. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000070>
- Depag. (2006). *Al quran dan Terjemahannya*. Jakarta: CV Pustaka Agung Harapan.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2005). *Holistic Nursing a Handbook for Practice* (Sixth Edit). London: Jones Barlett.
- Elham, H., Hazrati, M., Momennasab, M., & Sareh, K. (2015). The Effect of Need-Based Spiritual/Religious Intervention on Spiritual Well-Being and Anxiety of Elderly People. *Holistic Nursing Practice*, 29(3), 136–143. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000083>
- Galek, K., Flannelly, K. J., Vane, A., & Galek, M. a R. M. (2005). Assessing a Patient ' s Spiritual Needs. *Holistic Nursing Practice*, 19(2), 62–69.
- Hodge, D. R., & Horvath, V. E. (2011). Spiritual Needs in Health Care Settings: A Qualitative Meta-Synthesis of Clients' Perspectives. *Social Work*, 56(4), 306–316. <https://doi.org/10.1093/sw/56.4.306>
- Indonesia Renal Registry. (2016). 8 th Report Of Indonesian Renal Registry 2015.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. In *Stress, appraisal, and coping* (pp. 1–21).
- Lucchetti, G., Camargo, L. G., Almeida, D., & Lamas, A. (2009). Spirituality for Dialysis Patients : Should the Nephrologist Address ? *J Bras Nefrol*, 32(1), 126–130.
- Narayanamy, A. (2002). Spiritual Coping Mechanisms in Chronically Ill Patients. *Br J Nurs*, 11(22), 1461–1470. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.22.10957>
- Newberg, A. B. (2011). Spirituality and the Aging Brain. *Generations*, 35(2), 83.
- Rusa, S. G., Peripato, G. I., Cristina, S., Pavarini, I., & Zazzetta, M. S. (2014). Quality of Life/Spirituality, Religion and Personal Beliefs of Adult and Elderly Chronic Kidney Patients Under Hemodialysis, 22(6). <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3595.2495>
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting ? *British Journal of Nursing*, 23(7), 370–374.
- Seddigh, R., & Azarnik, S. (2016). Questionnaires Measuring Patients ' Spiritual Needs : A Narrative Literature Review. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-4011.Review>
- Sutoto, dkk. (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit* (Edisi 1).

- Sutoto, Atmodjo, D., Luwiharsih, Lumenta, N. A., Reksoprodjo, M., Martoatmodjo, K., ... Saleh, J. T. (2012). *Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012* (Vol. 1).
- Watson, J. (2008). *The Philosophy and Science of Caring* (Rev.ed). Colorado: University Press of Colorado.
- Yodchai, K., Dunning, T., Hutchinson, A. M., Oumtanee, A., & Savage, S. (2011). How do Thai Patients with End Stage Renal Disease Adapt to being Dependent on Haemodialysis? A Pilot Study. *Journal of Renal Care*, 37(4), 216-223. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2011.00232.x>
- Yusuf, A., Nihayati, H. E., Iswari, M. F., & Okviasanti, F. (2016). *Kebutuhan Spiritual; Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan* (Edisi Pert). Jakarta: Mitra Wacana Media.