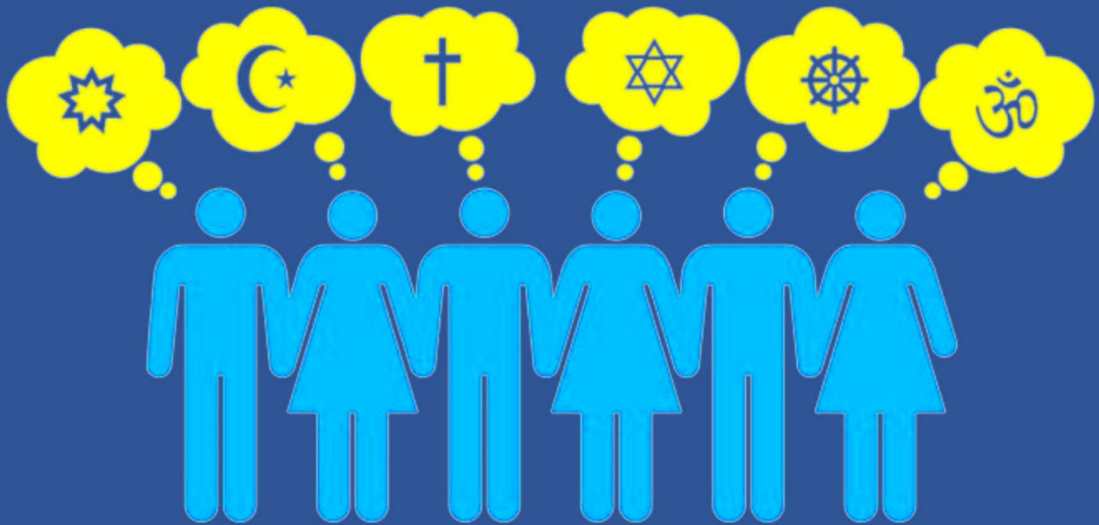


HERIVIYATNO JULIKA SIAGIAN, S.KEP., NS., MN

SPIRITUALITAS DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN



SPIRITUALITAS DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN



PROMISE
PROGRES ILMIAH KESEHATAN

SPIRITUALITAS DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN

Penulis :

Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN

ISBN : 978-623-10-6910-8

Editor Buku :

Ns. Saida, S.Kep., M.Kes

Cetakan Pertama : 2025

Diterbitkan Oleh :

Perkumpulan Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan
Progres Ilmiah Kesehatan

Jl. Kancil, Pelangi Residence, Poasia, Kota Kendari

+62 85145272116

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

Perpustakaan Nasional RI : Katalog Dalam Terbitan (KDT)

JUDUL DAN PENANGGUNG JAWAB	Spiritualitas dalam praktik keperawatan / Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., Ns., MN ; editor, Ns. Saida, S.Kep., M.Kes
EDISI	Cetakan pertama, 2025
PUBLIKASI	Kendari : Perkumpulan Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Progres Ilmiah Kesehatan, 2025
DESKRIPSI FISIK	141 halaman ; 23 cm
IDENTIFIKASI	ISBN 978-623-10-6910-8 (PDF)
SUBJEK	Keperawatan
KLASIFIKASI	610.73 [23]
PERPUSNAS ID	https://isbn.perpusnas.go.id/bo-penerbit/penerbit/isbn/data/view-kdt/1072271

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan kekuatan fisik dan psikis kepada saya dalam Menyusun setiap kalimat dalam buku ini sehingga akhirnya insya Allah dapat berkontribusi dalam bidang ilmu keperawatan dalam bentuk penyediaan sumber bacaan bagi para akademisi hingga praktisi perawat dalam menjalankan profesinya masing-masing.

Buku ini hadir di saat yang tepat untuk mengingatkan kita semua betapa pentingnya dimensi spiritual dalam praktik keperawatan. Buku ini penting karena berbagai alasan: karena saat ini adalah saat yang tepat bagi kita untuk terhubung kembali dengan satu sama lain pada tingkat yang lebih dalam; karena buku ini menunjukkan nilai klinis dalam praktik spiritual-bersikap terbuka untuk mendengar apa yang mengganggu orang lain di luar apa yang mereka tunjukkan; dan karena buku ini memperkuat perlunya mendeskripsikan kompetensi dalam praktik spiritual bagi para perawat, dan menurut saya hal ini dapat membantu kita untuk menjawab tantangan untuk menunjukkan nilai dalam praktik yang kompeten secara spiritual.

Akhir kata, semoga buku ini dapat menjadi teman anda dalam mengarungi perjalanan anda dalam perawatan pasien dalam dimensi spiritualitas. Selamat membaca.

Kendari, Januari 2025

Penulis

1

PENGANTAR KONSEP SPIRITUALITAS

Gambaran Umum	1
Spiritualitas	3
Mendefinisikan Spiritualitas dalam Pelayanan Kesehatan	7
Agama	15
Agama dan Spiritualitas dalam Penelitian Kesehatan	22
Dasar Pemikiran dan Tantangan untuk Spiritualitas	26
Hambatan dalam Mengintegrasikan Spiritualitas	28
Perawatan Spiritual dalam Praktik	31
Isu-Isu Etis dalam Mengoperasionalkan Perawatan Spiritual	35

PRAKTIK YANG KOMPETEN SECARA SPIRITUAL DAN ASPEK BUDAYA DARI SPIRITUALITAS

2

Kompetensi Praktik Secara Spiritual	38
Kebutuhan untuk Latihan yang Kompeten Secara Spiritual	48
Aspek Budaya dari Spiritualitas dan Praktik yang Kompeten Secara Spiritual	62

3

KOMPETENSI PERAWATAN SPIRITUAL UNTUK PRAKTIK KEPERAWATAN

Kompetensi Perawatan Spiritual	76
Mengembangkan Kompetensi Perawatan Spiritual APN	86
Kompetensi Intrapersonal dan Interpersonal	87
Kehadiran, Keterhubungan, dan Keterikatan	88
Cinta dan Kepercayaan	93

SPIRITUALITAS PRIBADI DAN BELAS KASIH DALAM KEPERAWATAN PRAKTIK LANJUTAN

4

Konsep Umum	98
Spiritualitas Personal	101

Belas Kasih pada Diri Sendiri	107
Faktor Organisasi dalam Personal Spiritualitas dan Belas Kasih Diri	114

5**PENGANTAR KERANGKA ROGERS' FRAMEWORK UNTUK
MENGOPERASIONALKAN SPIRITUALITAS**

Ketersediaan	120
Kerentanan (Vulnerability)	127

BAB 1

PENGANTAR KONSEP SPIRITUALITAS

A. GAMBARAN UMUM

Terdapat ketidakjelasan mengenai definisi "spiritualitas", dan relatif sedikit penelitian mengenai spiritualitas dalam praktik keperawatan tingkat lanjut. Dalam penelitian dan praktik, spiritualitas sering kali dikongjugasikan dengan agama. Tujuan dari buku ini adalah untuk mengeksplorasi konsep spiritualitas dalam kaitannya dengan beragam peran APN dalam layanan kesehatan internasional.

Perawat Praktik Lanjutan diakui secara global sebagai "perawat umum atau khusus yang telah memperoleh, melalui pendidikan pascasarjana tambahan (minimal gelar master), basis pengetahuan ahli, keterampilan pengambilan keputusan yang kompleks, dan kompetensi klinis untuk Praktik Keperawatan Lanjutan, karakteristik dari yang dibentuk oleh konteks di mana mereka dipercaya untuk berpraktik. Dua peran APN yang paling umum diidentifikasi adalah CNS dan NP".

ICN (2020) mendefinisikan Clinical Nurse Specialist (CNS) sebagai perawat yang telah menyelesaikan program magister khusus praktik SSP. "CNS menyediakan layanan kesehatan berdasarkan keahlian khusus tingkat lanjut ketika merawat pasien atau populasi yang kompleks dan

rentan". NP digambarkan sebagai perawat generalis yang, setelah pendidikan tambahan (minimal gelar master untuk tingkat awal), menjadi dokter otonom. Mereka dididik untuk mendiagnosis dan mengobati kondisi berdasarkan pedoman berbasis bukti yang mencakup prinsip-prinsip keperawatan yang berfokus pada perawatan orang secara keseluruhan, bukan hanya kondisi atau penyakitnya saja. Tingkat otonomi dan akuntabilitas praktik ditentukan oleh, dan sensitif terhadap, konteks negara atau lingkungan dan kebijakan peraturan di mana Praktisi Keperawatan berpraktik (ICN, 2020).

Meskipun kedua peran tersebut tertanam dalam keperawatan seringkali terdapat integrasi keterampilan yang sebelumnya ada di bidang kedokteran (Royal College of Nursing (RCN) 2008). Tantangan bagi semua APN adalah memastikan perawatan holistik terintegrasi yang tidak terlalu fokus pada model medis. Diakui bahwa banyak APN yang secara rutin mengadopsi pendekatan biomedis yang dapat mengurangi sifat holistik dari peran tersebut dan menyebabkan diabaikannya layanan spiritual (Kliwer dan Saultz 2006). Bahkan fokus pada pendekatan bio-psiko-sosial mungkin tidak sepenuhnya mengintegrasikan perawatan holistik, karena Sulmasy (2002) mengidentifikasi bahwa pendekatan tersebut tidak menangani keseluruhan keberadaan pasien. Epstein (2014) menyatakan bahwa dokter sering kali kurang memiliki kesadaran diri, ketahanan dan kasih sayang yang membatasi kemampuan mereka untuk mengintegrasikan pendekatan ini ke dalam perawatan mereka. Untuk memastikan perawatan holistik, APN harus berupaya mengintegrasikan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual

ke dalam perawatan yang tertanam dalam praktik keperawatan tingkat lanjut yang dapat memberikan dampak transformasional pada perawatan pasien (Saad dkk. 2017).

Secara historis, presentasi yang lebih kompleks biasanya mengarah pada kontak yang lebih teratur dengan pasien untuk mendukung kebutuhan kesehatan mereka. Hal ini tidak mungkin terjadi dalam satu tahun terakhir karena layanan kesehatan primer telah beralih dari layanan tatap muka ke layanan virtual yang terbatas, sehingga banyak pasien tidak mendapatkan layanan kesehatan. Namun, masih ada peluang untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien, meskipun secara jarak jauh.

B. SPIRITUALITAS

Puchalski dan Ferrell (2011) menyatakan bahwa tidak jarang pasien pada saat menderita berusaha mencari makna dalam keberadaan mereka atau melepaskan diri dari tekanan yang mereka alami. Pasien menginginkan seseorang yang bersedia mendengarkan pertanyaan mereka dan membantu mereka mengeksplorasi kekhawatiran mereka yang lebih dalam; spiritualitas adalah salah satu domain di mana hal ini bisa terjadi. APN perlu terhubung dengan kesusahan dan penderitaan pasiennya (Vincensi 2019). Hal ini tidak rumit, seringkali memerlukan praktik sederhana yang sebagai perawat kita sudah menguasainya, misalnya kesediaan kita untuk hadir sepenuhnya, mendengarkan dan mendampingi pasien kita.

Brown (2010) dan Beller dan Wagner (2020) mengemukakan bahwa banyak masyarakat yang semakin

terisolasi, terutama di masyarakat barat yang mengedepankan etos individualisme. King (2011) menegaskan bahwa masyarakat secara umum telah mengalami krisis spiritual yang menyebabkan individu terisolasi dan sendirian ketika mereka menghadapi putusnya hubungan, tekanan keuangan, rasa lapar akan materialisme, dan komunitas yang rusak. Hal ini diperburuk dengan adanya pandemi Covid-19 (Ferrell dkk. 2020). Rohr (2003) menciptakan istilah "afluenza" yang menyatakan bahwa kecenderungan masyarakat yang individualistis dan materialistis mempengaruhi kemampuan orang untuk menemukan rasa damai atau tujuan. Kurangnya perdamaian dan tujuan telah meningkat secara dramatis bagi banyak orang selama pandemi saat ini dan pembatasan lockdown yang terjadi setelahnya. Sebagai APN, kita dapat melawan "afluenza" ini dan rasa isolasi pasien kita dengan menawarkan waktu kepada pasien dan kehadiran kita untuk mengeksplorasi pertanyaan-pertanyaan eksistensial bukan melalui analisis tetapi melalui hubungan kita dengan mereka, baik dalam waktu terbatas atau berkelanjutan.

Telah banyak tulisan tentang esensi keperawatan, hubungan perawat-pasien, dan keintiman dalam kepedulian (Benner dan Wrubel 1989; Downey 2004; Kirk 2007; Watson dan Woodward 2020) yang mungkin relevan dengan pengalaman dimensi spiritual. Perawatan holistik yang diberikan oleh APN juga telah ditulis (Shuler dan Davis 1993; Mezey dkk. 2003; Chrash dkk. 2011; Rogers 2017; Rogers dkk. 2020; Rogers dan Wattis 2020) namun spiritualitas sebagai domain masih jarang ditemukan. disebutkan dalam literatur APN.

Spiritualitas adalah aspek penting dari perawatan holistik dan berpusat pada individu yang sering diabaikan karena kesulitan mengkonsep spiritualitas dan kebingungan tentang bagaimana mengintegrasikannya ke dalam perawatan (Wattis dkk. 2017). Selama beberapa dekade terakhir, spiritualitas semakin mendapat perhatian dalam dunia kesehatan (Pesut dan Reimer-Kirkham 2009). Keperawatan telah memasuki banyak diskusi dan perdebatan seputar spiritualitas. Namun, fokusnya sering kali tetap pada tantangan dalam mengkonseptualisasikan dan mengoperasionalkan spiritualitas (Reinert dan Koenig 2013; Wattis dkk. 2017). Ada kritik yang signifikan terhadap beberapa literatur keperawatan tentang spiritualitas yang menyatakan bahwa literatur tersebut tidak kuat dan kurang mendapat kritik (Swinton 2006a; Clarke 2009; Koenig 2011). Selain itu, kesenjangan dalam studi empiris telah meningkatkan kritik yang ditujukan pada sarjana keperawatan (Sessanna dkk. 2010). Masih terdapat perdebatan dalam literatur mengenai bagaimana mendefinisikan spiritualitas, dimana spiritualitas dan agama terkadang dianggap sama dan sering dianggap sebagai konsep yang tumpang tindih (Koenig 2009; Hubbell dkk. 2006; Chrash dkk. 2011).

Mungkin sulit untuk mencapai definisi spiritualitas yang dapat diterima secara universal, terutama jika spiritualitas diterima sebagai hal yang unik bagi setiap individu (Narayanasamy 2006; Chrash dkk. 2011). Namun, mungkin ada aspek spiritualitas yang bersifat universal dan dimiliki bersama, terlepas dari ada atau tidaknya bentuk keyakinan dan ekspresi keagamaan tertentu (Miner-Williams 2005). Pandangan ini menarik bagi

sebagian orang, sementara yang lain menganggap hal ini sebagai sekularisasi spiritualitas dan mengabaikan kekayaan warisan yang dapat diperoleh dari agama (Clarke 2009). Meskipun kurangnya kejelasan seputar spiritualitas, penelitian menunjukkan bahwa pasien ingin praktisi layanan kesehatan mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik mereka (Puchalski 2001; Ellis dan Campbell 2004; Selman dkk. 2018; Gardner dkk. 2020). Namun, Tacey (2004) berpendapat bahwa tampaknya ada kecemasan akut yang dirasakan oleh mereka yang berprofesi sebagai perawat tentang spiritualitas yang sering kali terkait dengan kurangnya kejelasan konseptual, kekhawatiran tentang hubungan antara spiritualitas dan agama, serta kesulitan memahami cara mengoperasionalkan spiritualitas.

Spiritualitas tampaknya menjadi semakin penting bagi individu dan masyarakat, terutama selama pandemi ini (Castillo 2020). Salah satu alasannya adalah karena banyak masyarakat Barat yang menjadi tidak sabar dengan sekularisasi dan modernitas dan mencari cara hidup alternatif yang lebih bermakna dan memiliki tujuan. Berger (1969) dan Brown (2012) mengemukakan bahwa modernitas (dengan pandangan dunianya yang materialistis) telah tertelan kait, garis, dan pemberat. Hal ini kini telah melahirkan postmodernisme yang "memandang pengalaman manusia sebagai hal yang tidak koheren, tidak memiliki pendekatan normatif terhadap kebenaran dan makna" (Dockery, 2001).

Clarke (2013) mengemukakan bahwa "masyarakat penuh dengan orang-orang yang haus akan pengakuan atas apa yang membuat mereka berharga". Spiritualitas

dapat dipandang sebagai cara menerima kompleksitas kehidupan batin kita dan menghubungkan dengan pusat diri kita (Nouwen 1972). Hinton (1992) mengusulkan bahwa spiritualitas menggambarkan bagian diri kita yang terdalam, yang mempengaruhi keputusan dan jalan hidup kita, tersembunyi namun sangat kuat. Permasalahan eksistensial dan ontologis kehidupan penting untuk diketahui dalam pencarian kita untuk memahami spiritualitas.

C. MENDEFINISIKAN SPIRITUALITAS DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Membaca, meneliti, dan melakukan refleksi secara ekstensif telah membantu saya menemukan definisi yang nyaman dan dapat diterapkan dalam praktik saya: Spiritualitas adalah apa yang memberi kita harapan, makna, dan tujuan, dan pada dasarnya bersifat manusiawi (Rogers 2016). Hal ini akan menjadi jelas bahwa spiritualitas didefinisikan dan dikembangkan lebih lanjut melalui kerangka Ketersediaan dan Kerentanan Rogers untuk mengoperasionalkan spiritualitas. Narayanasamy (2004, hal. 1141) mengidentifikasi definisi serupa yang mendefinisikan spiritualitas sebagai “esensi keberadaan, memberi makna dan tujuan pada keberadaan kita”. Namun, bahkan definisi sederhana dan universal ini bisa menjadi kontroversial karena apa yang memberi makna dan tujuan pada seseorang mungkin bertentangan dengan norma-norma sosial. Seperti yang diingatkan oleh Swinton (2006b), Hitler mempunyai makna dan tujuan yang hampir menghancurkan Eropa. Namun, hal ini tidak

dipandang sebagai sesuatu yang mutlak. Harus disadari bahwa spiritualitas adalah sifat bawaan manusia dan dipengaruhi oleh konteks dan keterlibatan emosional. Analisis kritis terhadap beberapa wacana seputar spiritualitas dan definisi yang tidak konsisten, berbeda, dan kontradiktif memungkinkan eksplorasi kompleksitas dalam mendefinisikan spiritualitas. Tacey (2000) menyatakan bahwa kita semakin tidak dapat mendefinisikan spiritualitas “karena spiritualitas mencakup semakin menjadi monster longgar yang berisi banyak aktivitas dan pengalaman”. White (2006) juga menyatakan bahwa bahayanya adalah spiritualitas menjadi begitu luas sehingga mencakup segala sesuatu yang membawa perasaan hangat. Sulit untuk melihat bagaimana sebuah definisi dapat memiliki makna namun tidak menjadi begitu inklusif sehingga maknanya hilang.

Spiritualitas juga nampaknya merupakan konsep emosional yang mempolarisasikan opini. Beberapa orang melihat spiritualitas dan agama sebagai hal yang sama atau saling tumpang tindih (Hubbell dkk. 2006; Narayanasamy 2006; Koenig 2009; Cook 2020), hal ini tercermin dalam sejumlah studi kasus yang dimuat dalam buku ini. Sementara yang lain mengadopsi perspektif yang lebih luas yang menghubungkan spiritualitas hanya dengan konsep makna, harapan dan tujuan (Tanyi 2002; Narayanasamy 2004; Pesut dan Reimer-Kirkham 2009; Rogers dan Wattis 2020). Sulit untuk memahami bagaimana satu definisi dapat mencakup banyak pandangan, opini, dan konsep yang terkait dengan spiritualitas.

Bagi sebagian orang, atribut halus dari spiritualitas yang terhubung dengan yang transendenlah yang meningkatkan kebingungan dan penolakan terhadap spiritualitas (Milligan 2011), sementara yang lain melihat hal ini sebagai cara untuk memberikan kejelasan pada konsep spiritualitas (Miner-Williams 2005; Tacey 2004) , Pihak lain telah mengakui literatur tentang sekularisasi spiritualitas dalam layanan kesehatan (memisahkannya sepenuhnya dari agama) dengan tujuan untuk menemukan titik temu (Sessana dkk. 2007; Pesut dkk. 2008). Hal ini dapat mengakibatkan spiritualitas “tidak dapat dibedakan dari perawatan psiko-sosial” (Clarke 2009, hal. 1666; Vermandere dkk. 2011). Banyaknya definisi dan makna yang ditimbulkan oleh istilah spiritualitas dapat menciptakan ambiguitas dan hal ini dikatakan dapat menyebabkan keengganan untuk mengeksplorasi topik tersebut (Agrimson dan Toft 2008).

Makalah diskusi APN kontemporer dan studi empiris juga menawarkan definisi spiritualitas yang kontradiktif dan menggunakan banyak istilah ketika berbicara tentang spiritualitas, misalnya perawatan spiritual, dimensi spiritual, perilaku spiritual, kebutuhan spiritual, dan penilaian spiritual yang seringkali tidak selalu didefinisikan (Stranahan 2001; Maddox 2001; Hubbell dkk. 2006; Helming 2009; Saunders 2017) menambah kebingungan. Hal ini juga diungkapkan dalam literatur kesehatan dan pelayanan sosial lainnya dengan definisi spiritualitas yang bervariasi dari yang samar hingga yang spesifik, yang beragam hingga yang palsu dalam upaya untuk memasukkan konsep tersebut. Cook (2011, hal. 1) berpendapat bahwa beberapa definisi ini “....tidak memiliki

dasar ilmiah dan dapat mewakili pelanggaran batas-batas profesional yang berbahaya, sementara definisi lainnya terlalu membingungkan untuk dapat berguna". Reinert dan Koenig (2013) mengkritik pakar keperawatan yang mencoba mendefinisikan dan mendiskusikan spiritualitas dengan menyatakan bahwa tidak ada analisis yang ketat tentang spiritualitas dalam keperawatan.

Kesulitan dalam mendefinisikan spiritualitas dan memberikan kritik yang keras mungkin tidak hanya berasal dari atribut yang halus tetapi juga sifat konsep yang samar-samar (D'Souza 2007; Gilbert 2011). Kesulitan-kesulitan ini termasuk memastikan spiritualitas cukup dimengerti untuk dioperasionalkan dalam praktik. Jika spiritualitas terlalu dipermudah maka spiritualitas akan menjadi kabur dan terlalu inklusif (Clarke 2009). Sebaliknya, Swinton dan Pattison (2010) berpendapat bahwa ketidakjelasan dalam mendefinisikan spiritualitas mungkin menjadi kekuatan dan nilai spiritualitas dalam praktik, mungkin karena kemampuan menerjemahkan spiritualitas secara individual. Kebingungan ini mengarah pada sebuah paradoks; bahaya dari definisi yang terlalu inklusif adalah bahwa definisi tersebut menjadi rumit dan sulit dioperasionalkan dalam penelitian dan praktik; namun, bahayanya jika kita tidak menerapkan spiritualitas dalam praktik adalah kita kehilangan hubungan kasih sayang antarpribadi yang mendalam dengan pasien kita yang merupakan inti dari asuhan keperawatan (McSherry 2010).

Sessanna dkk. (2010) mendorong kita untuk melihat semua pasien kita sebagai orang yang spiritual karena mereka adalah manusia. Dalam bahasa Yunani "Roh"

dinyatakan sebagai pneuma yang berarti nafas (Oxford Dictionary 2021). Pneuma adalah bagian dari diri kita yang memberikan kehidupan, tanpanya seseorang tidak dapat hidup. Jika hal ini diterima, maka spiritualitas mungkin berarti apa yang ada dalam diri kita dan apa yang menjadikan kita manusia. Miner-Williams (2005, hal. 813) menyatakan bahwa meskipun spiritualitas bersifat universal, “kedalaman dan kedalamannya membuatnya melampaui kosa kata manusia”. Ia juga berpendapat bahwa tidak mungkin untuk sepenuhnya mengartikulasikan atau memahami spiritualitas karena spiritualitas mempengaruhi individu secara unik. Argumen yang tampak menarik adalah bahwa sebagai APN kita dapat menentukan apa yang penting bagi pasien kita secara individu dengan mendengarkan mereka dan mengakui spiritualitas sebagai sesuatu yang unik dan dialami secara berbeda oleh setiap individu (Baldacchino 2006; McSherry 2006; Rogers dan Wattis 2020).

Spiritualitas dapat diekspresikan dalam cara kita hidup, berhubungan dan memandang dunia di sekitar kita dan sering kali dikaitkan dengan atribut positif (Johnston dan Mayers 2004). Harapan, makna, dan tujuan merupakan atribut umum yang sering digambarkan dalam karya sastra (Miner-Williams 2005; Reinert dan Koenig 2013; Rogers dan Wattis 2020). Kompleksitas terjadi karena bagi sebagian orang hal ini mungkin terkait dengan kepercayaan terhadap Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi yang mengarah pada sinergi antara agama dan spiritualitas. Namun demikian, mereka yang tidak percaya pada Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi mungkin juga memiliki spiritualitas yang sama. Mereka

mungkin lebih fokus pada integrasi pikiran, tubuh dan jiwa dalam hal hubungan dan keterhubungan dengan alam dan dunia (Johnston dan Mayers 2004). Aspek-aspek ini diilustrasikan dalam bab-bab yang menyajikan studi kasus di sejumlah negara.

Tacey (2004) menghubungkan spiritualitas dengan hal-hal sakral yang menurutnya mungkin adalah Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi. Ia memandang spiritualitas sebagai hubungan yang sensitif, kontemplatif, transformatif dengan yang sakral yang dapat menopang ketidakpastian. Ketidakpastian selalu menemani umat manusia, namun sebuah jangkar dapat disediakan dalam hal bagaimana kita masing-masing merangkul spiritualitas. Definisi Taceys tentang spiritualitas berfokus pada misteri spiritualitas dan rasa penerimaan terhadap spiritualitas yang berkembang yang secara unik tercermin dalam perjalanan hidup setiap orang. Tanyi (2002) berpendapat bahwa bagian dari perkembangan spiritualitas kita adalah pentingnya keterhubungan. Dia juga berpendapat bahwa hal ini mungkin bukan hanya terjadi pada Tuhan, tetapi bisa juga berhubungan dengan diri kita sendiri, orang lain, atau alam. Ia juga mengidentifikasi keterhubungan ini sebagai sesuatu yang memberi makna pada kehidupan dan membantu orang mencapai keberadaan optimal mereka.

Jelas bahwa spiritualitas dapat membangkitkan hubungan yang lebih dalam dengan pertanyaan-pertanyaan eksistensial dan ontologis, terutama ketika berhadapan dengan ketidakpastian. Banyak orang, ketika berhadapan dengan penyakit dan krisis, akan bertanya pada diri sendiri mengapa mereka menderita, apa arti

penderitaan tersebut dan bagaimana mereka dapat mengatasinya (Rogers dan Wattis 2015). Bagi sebagian orang, hal ini berhubungan dengan keinginan untuk transendensi, keinginan untuk tidak sendirian dalam perjuangan kita. Banyak definisi yang memasukkan transendensi sebagai elemen inti spiritualitas (Coyle 2002; Pesut dkk. 2008). Secara umum, transendensi dikaitkan dengan hubungan mendalam dengan Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi (Chrash dkk. 2011), sementara yang lain menyebut transendensi sebagai pelarian dari diri sendiri (Foley 2010). Transendensi diartikan sebagai "keberadaan atau pengalaman di luar pengalaman manusia" (Oxford Dictionary 2021, paragraf 1). Bagi sebagian orang, transendensi tampaknya meningkatkan kebingungan dan terkadang mengarah pada hubungan yang lebih besar antara spiritualitas dan agama. Di Inggris, Royal College of Psychiatrists (2011) menyatakan bahwa akan lebih bermanfaat jika kita memandang konsep spiritualitas sebagai sesuatu yang bersifat individual dan lebih subyektif serta berdasarkan pengalaman. Hal ini memungkinkan bagi mereka yang memandang transendensi sebagai aspek penting dari spiritualitas dan mereka yang tidak. Kunci dari banyak pertanyaan dan kekhawatiran yang diungkapkan pasien adalah keinginan akan keterhubungan yang memberikan elemen spiritualitas manusia, sebagai APN kami dapat menawarkan hubungan ini.

Harapan, makna, dan tujuan adalah tema yang berulang ketika mendefinisikan spiritualitas (Reinert dan Koenig 2013; Rogers dan Wattis 2020). Murrey dan Zentner (1989) mengemukakan bahwa perdebatan

eksistensial tentang kehidupan, hubungan dengan alam semesta, dan pemahaman tentang yang tak terbatas sering kali dilakukan untuk memahami dan menemukan apa yang membawa harapan, makna, dan tujuan. Mereka berpendapat bahwa aspek-aspek ini muncul ketika seseorang dihadapkan pada stres, penyakit, dan kepastian yang mematikan. Membantu pasien terhubung dengan apa yang memberi mereka harapan, makna, dan tujuan sering kali dianggap sebagai motivator ketika hidup menjadi sulit (Cook 2011; National Center for Continuing Education 2021). Reinert dan Koenig (2013) mengemukakan bahwa hampir semua definisi spiritualitas memasukkan unsur keadaan emosi positif ketika berbicara tentang harapan, makna, dan tujuan.

Karena spiritualitas sering kali dikaitkan dengan agama dan studi empiris sering kali menggunakan parameter agama untuk menilai spiritualitas, maka ada gunanya membahas secara singkat konsep agama dan beberapa penelitian seputar agama dan kesehatan.

D. AGAMA

Bagi banyak orang, agama adalah sebuah konstruksi mapan yang didasarkan pada nilai-nilai hukum, politik, kemasyarakatan, sejarah, dan sakral. Oxford English Dictionary (2021), paragraf 1) memberikan arti utama agama sebagai “kepercayaan terhadap kekuatan pengendali manusia super terutama pada Tuhan atau dewa-dewa yang berpribadi”. Definisi ini menyiratkan hal negatif dan meremehkan makna dinamis dan individual yang dapat ditemukan dalam keyakinan agama dan hubungan dengan yang sakral (bagaimanapun

individu mendefinisikannya). Ada anggapan bahwa agama merupakan sebuah konstruksi yang bersifat individual dan institusional (Hill dan Pargament 2003).

Agama mungkin dipandang sebagai politik spiritualitas dan di tengah isu-isu dunia saat ini, dapat dikatakan bahwa kekejaman atas nama agama telah menambah hal-hal negatif seputar agama (Rausch 2015), meskipun keyakinan pribadi mungkin melihat banyak dari tindakan ini sebagai hal yang tidak pantas. salah tafsir terhadap doktrin agama. Pesut dkk. (2008, hal. 2806) menyatakan bahwa agama adalah "konstruksi kelompok sempit yang berkaitan dengan keyakinan dan ritual yang dilembagakan, sementara spiritualitas dipandang sebagai perjalanan pengalaman yang luas". Implikasi ini dapat menyebabkan agama dipandang kurang positif dibandingkan spiritualitas. Memandang agama dengan cara seperti ini mungkin tidak adil karena banyak orang yang menganut keyakinan agama menganggap hal ini sebagai bagian integral dari ekspresi spiritualitas mereka (Kilpatrick dkk. 2005). Namun ada juga yang mencari pembedaan seperti yang dicatat oleh Clarke (2006) dan Hill dan Pargament (2003) dimana spiritualitas sering dilihat dalam istilah yang lebih positif dibandingkan agama. Pembedaan antara kedua konsep tersebut mungkin tidak dapat dilakukan karena banyaknya penafsiran dan definisi agama yang seringkali mencerminkan spiritualitas.

Clarke (2006) berpendapat bahwa definisi agama yang reduktif dan fungsional dapat meningkatkan negativitas dan membatasi. Salah satu definisi reduktif yang diakui oleh Hill dan Pargament (2003, hal. 64) adalah

pandangan bahwa agama adalah "sistem gagasan komitmen ideologis yang tetap". Mereka berpendapat bahwa pandangan ini meniadakan ekspresi spiritual mendalam yang dapat terjadi pada mereka yang memiliki keyakinan beragama. Di Inggris Raya (UK), faktor sosiologis telah berdampak pada peralihan dari kepercayaan Kristen yang tersebar luas. Hal ini mencakup dampak terhadap cara masyarakat berinteraksi, bahkan pada era Victoria, terhadap budaya yang lebih bersifat individual, terdorong, dan materialistis saat ini (Rohr 2003; James 2007). Banyak orang yang tampaknya tertarik pada sesuatu yang tampak lebih universal dan menyeluruh dibandingkan agama, namun menurunnya keyakinan dan ekspresi agama mungkin menyebabkan hilangnya makna dan tujuan hidup mereka (Rohr 2003). Yang lain melihat agama lebih dinamis, fleksibel dan ekspansif, misalnya agama dapat dilihat sebagai sesuatu yang membangkitkan semangat dan minat serta membangun komunitas. Rose menggambarkan agama sebagai "pencarian manusia untuk berhubungan dengan dimensi kebahagiaan yang tidak bersifat materi....." (Rose, 2013).

Secara historis, agama dipandang sebagai sebuah komunitas dan praktik kemasyarakatan di mana mereka yang tidak memiliki keyakinan dapat dianggap sesat. Dalam sejarah belakangan ini, agama tampaknya telah menjadi praktik yang lebih bersifat individual dan di beberapa negara, orang-orang yang memiliki keyakinan agama dipandang hampir sesat atau menyesatkan (Dawkins 2006). Jajak pendapat baru-baru ini menunjukkan bahwa penduduk Inggris lebih menganut sekularisme dibandingkan Kristen, dengan 41% tidak

menganut agama apa pun dan hanya 27% yang percaya pada tuhan (You Gov 2021). Statistik di Tiongkok mengidentifikasi 31,8% populasi tidak beragama (Dewan Hubungan Luar Negeri 2021). Sebagai perbandingan, 29% dari mereka yang disurvei di Amerika Serikat menyatakan diri mereka tidak beragama dan tiga perempatnya menyatakan diri mereka beragama Kristen (Gallup 2021). Namun, di Chile hanya 11,5% penduduknya yang tidak menganut agama sama sekali (Index Mundi 2021). Beberapa perbedaan budaya ini mungkin dapat menjelaskan sebagian mengapa sinergi dengan agama yang dilakukan sebagian penulis dengan spiritualitas dipandang dari sudut pandang agama dan sebagian lainnya tidak. Dalam masyarakat yang multikultural dan semakin sekularisasi, akan bermanfaat jika kita memandang spiritualitas dan agama sebagai konsep yang berbeda dan mengakui bahwa bagi sebagian agama, agama mungkin merupakan sarana untuk mengekspresikan spiritualitas mereka.

Sebagai APN, menyadari bahwa keyakinan kepada Tuhan atau kekuatan yang lebih tinggi mungkin merupakan bagian integral dari spiritualitas seseorang adalah hal yang penting, karena bagi beberapa pasien, spiritualitas dan agama mungkin tidak dapat dibedakan. Agama biasanya disamakan dengan konsep tentang Tuhan; namun, hal ini dipandang, apakah sebagai sesuatu yang sakral dan transenden, atau sebagai bagian dari diri. Penting juga untuk menyadari bahwa seseorang bisa beragama tanpa menjadi spiritual dan sebaliknya, dan bahwa beberapa orang mungkin menganut suatu agama semata-mata karena "alasan sosial, politik, atau budaya

tanpa memperoleh banyak nilai spiritual dari agama tersebut” (Stevens Barnum, 2011).

Sosiolog dan filsuf Perancis Emile Durkheim mendalilkan bahwa “agama adalah suatu sistem kesatuan keyakinan dan praktik yang berkaitan dengan hal-hal suci.....keyakinan dan praktik yang menyatukan ke dalam satu komunitas moral yang disebut gereja dan semua yang menganutnya” (Durkheim 1912, hal. . 44). Definisi yang sering dikutip oleh Karl Marx menyatakan bahwa “agama adalah keluh kesah makhluk yang tertindas, jantung dari dunia yang tidak berperasaan, dan jiwa dari kondisi yang tidak berjiwa. Ini adalah candu bagi masyarakat” (Marx dan Engels 2008, hal. 255). Definisi ini sering dipandang negatif karena adanya persamaan antara agama dan candu. Namun, Marx setidaknya bisa dianggap bersimpati pada agama dengan mengakui perlunya hiburan dalam masyarakat yang tertindas (Cline 2021).

Pandangan yang lebih komprehensif dan seimbang tentang agama yang ditawarkan dari sosiologi mengusulkan bahwa agama mencakup keyakinan dan tindakan pribadi, selain tindakan dan institusi. Keyakinan dan tindakan ini mengasumsikan keberadaan makhluk tertinggi (Bruce 2009). Definisi ini berlaku untuk sebagian besar agama dan mengasumsikan tujuan moral dari kepercayaan akan keberadaan ini. Yang jelas adalah bahwa di tengah-tengah masyarakat multikultural, suatu definisi harus mempunyai makna, namun yang lebih penting lagi harus substantif dan inklusif agar dapat diterima. Definisi ini mungkin berasal dari tradisi agama tertentu yang menekankan keyakinan inti, misalnya pada Tuhan yang

kekal, atau mungkin juga berfungsi untuk menggambarkan atribut-atribut yang terkait dengan agama. Harrison (2006) menyatakan bahwa, seperti halnya spiritualitas, agama tidak mungkin didefinisikan karena beragamnya makna dan potensi menimbulkan perpecahan dan pertikaian. Ia berpendapat bahwa mungkin akan lebih mudah untuk mendeskripsikan tradisi keagamaan karena hal ini mungkin merupakan pendekatan yang lebih sensitif terhadap keragaman keyakinan dalam masyarakat multikultural.

McSherry dkk. (2004) mendorong kita untuk mengingat bahwa faktor agama menyebabkan warisan sejarah dalam keperawatan. Ada warisan yang kaya dalam bidang keperawatan yang diwariskan dari generasi ke generasi dari ordo keagamaan yang mendirikan rumah sakit pertama. Secara tradisional, spiritualitas berakar pada pengalaman keagamaan dan hubungan dengan Tuhan (Pesut dkk. 2008), namun dalam perjuangan untuk menjadikan spiritualitas lebih sekuler, beberapa orang telah menjauh dari akar agamanya. Florence Nightingale memegang teguh keyakinan religius yang membimbingnya dalam bidang kejuruan. Dia adalah perawat pertama yang menganjurkan perawatan holistik dan menyatakan bahwa kebutuhan spiritual adalah inti dari keperawatan (O'Brien 2008: Young dan Koopsen 2011). Nightingale (2009) mengingatkan kita bahwa kebutuhan spiritual pasien sama pentingnya dengan kesehatan seperti organ tubuh. Menjauhkan spiritualitas dari akar sejarahnya untuk digunakan lebih luas dalam masyarakat multikultural dan sekuler mungkin menyebabkan terlalu banyak pengenceran.

Clarke (2006), dalam tinjauan literturnya, menemukan bahwa agama seringkali dipandang sebagai sesuatu yang nyaman dan ritual, mencakup ekspresi spiritualitas dan dapat dilihat sebagai aktivitas sosial. Beberapa literatur menyatakan pandangan yang lebih sempit dan restriktif terhadap agama dibandingkan dengan spiritualitas. Clarke berpendapat bahwa pandangan-pandangan ini bersifat reduktif dan sering kali didefinisikan tanpa mengacu pada sumber-sumber ahli seperti teologi, antropologi, dan sosiologi. Clarke (2006, hal. 782) mengingatkan kita akan warisan agama yang berasal dari "kerinduan spiritual budaya" yang telah membentuk banyak praktik untuk "berbicara tentang Tuhan, mengantarkan Tuhan ke dalam kehidupan sehari-hari dan mempersiapkan landasan bagi masuknya Tuhan". Clarke (2006) melanjutkan dengan mengutip deinisi: "agama adalah usaha manusia yang dengannya kosmos suci didirikan....." yang menurutnya lebih bermakna.

Kebutuhan untuk menyajikan definisi agama dan spiritualitas yang lebih inklusif dan positif dikemukakan berdasarkan perubahan yang terjadi di masyarakat dan penelitian yang mengidentifikasi dampak positif (terutama) dari agama dan/atau spiritualitas. Pesut dkk. (2008), yang menulis tentang spiritualitas dan agama, mencoba melakukan hal ini dengan berfokus pada apa yang mereka pandang sebagai perwujudan agama yang sehat. Mereka menggambarkan hal ini sebagai sesuatu yang transenden melalui tindakan kasih sayang, fokus pada penderitaan orang lain, dengan bertindak sebagai individu dan masyarakat. Terakhir, Pesut dkk. (2008) menyatakan bahwa mengakui kesamaan sebagai manusia

sambil menerima perbedaan adalah hal yang terpenting dalam agama. Deskripsi agama ini dapat diterima secara luas.

E. AGAMA DAN SPIRITUALITAS DALAM PENELITIAN KESEHATAN

Agama dan spiritualitas telah terbukti dalam penelitian memiliki dampak positif terhadap persepsi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Dampak kesehatan dan penyakit dalam kaitannya dengan agama dan spiritualitas telah banyak diteliti. Koenig dkk. (2011) melakukan tinjauan komprehensif terhadap literatur internasional. Dari penelitian mereka yang ekstensif, jelas bahwa agama, praktik keagamaan, dan keyakinan mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap etiologi penyakit, kemampuan pasien untuk sembuh, dan kemampuan pasien untuk menanggung penyakit serius yang melemahkan dengan harapan dan tujuan. Dari 1.200 penelitian dan 400 ulasan yang mereka teliti, mayoritas menunjukkan adanya korelasi positif antara kesehatan, agama, dan spiritualitas meskipun banyak uji coba yang tidak menunjukkan apakah agama dan spiritualitas memengaruhi kesehatan. Beberapa di antaranya menunjukkan korelasi negatif antara agama, spiritualitas, dan kesehatan, namun korelasi tersebut hanya sedikit jika dibandingkan dengan sebagian besar yang menunjukkan korelasi positif.

Hill dan Pargament (2003) juga meninjau penelitian-penelitian sebelumnya mengenai agama dan spiritualitas dengan hasil yang serupa namun mengidentifikasi bahwa alasan korelasi ini tidak jelas. Banyak dari temuan positif

ini hanya dapat dikaitkan secara tidak langsung dengan agama dan spiritualitas. Misalnya, mereka yang memiliki keyakinan agama dan spiritual mungkin memiliki gaya hidup yang lebih sehat (tidak merokok, tidak minum alkohol, monogami, dll.). Mereka mungkin memiliki komunitas teman yang erat dari tempat ibadah mereka yang mendukung mereka sehingga menghasilkan rasa keterhubungan yang lebih besar. Mereka mungkin menilai suasana hati secara positif dalam kuesioner karena mereka yakin jika tidak melakukan hal tersebut akan dianggap kurang beriman. Jelas bahwa beberapa temuan bersifat anekdot dan lemah jika diteliti lebih mendalam. Namun, penulis menyimpulkan terdapat cukup data empiris yang kuat untuk mendukung pentingnya agama dan spiritualitas bagi banyak pasien dan dampak positifnya terhadap penyakit dan pemulihan.

Koenig dkk. (2011) menyimpulkan bahwa pasien dengan keyakinan agama secara umum tetap lebih sehat dan lebih tangguh dalam mengelola dan hidup dengan masalah kesehatan. Tinjauan Koenig et al. (2011) terutama berfokus pada keyakinan agama dan praktik keagamaan (sebagian besar agama Kristen) sebagai hal yang lebih terukur daripada spiritualitas. Konsep agama dan spiritualitas dipandang oleh para penulis sebagai hal yang dapat dipertukarkan dalam konteks ini.

Sulit untuk mengukur spiritualitas. Studi yang ditinjau oleh Koenig dkk. (2011) menunjukkan bahwa banyak upaya untuk melakukan hal tersebut menggunakan praktik keagamaan sebagai indikator tidak langsung dari spiritualitas. Hill dan Pargament (2003) berpendapat bahwa upaya menggunakan indeks agama dan spiritual

salah menilai kompleksitas konsep-konsep ini termasuk banyaknya definisi dan interpretasi.

Penelitian empiris hingga saat ini terutama meneliti praktik keagamaan dan hasil kesehatan; hal ini sering kali terletak pada budaya umum yang dipelajari. Banyak pihak yang menggunakan langkah-langkah yang berfokus pada indeks global, misalnya afiliasi keagamaan, kepercayaan dan praktik (Hill dan Pargament 2003). Upaya juga dilakukan untuk mengukur spiritualitas secara langsung dengan menggunakan berbagai skala penilaian. Monod dkk. (2011) melakukan tinjauan sistematis yang mengidentifikasi 35 skala tersebut. Hal ini ditandai dengan pengukuran spiritualitas umum (N = 22), kesejahteraan spiritual (N = 5), penanggulangan spiritual (N = 4), dan kebutuhan spiritual (N = 4).

Dalam penelitian layanan kesehatan, dua ukuran yang paling umum digunakan adalah FACIT-Sp (Peterman dkk. 2002) dan Skala Kesejahteraan Spiritual (SWBS) (Paloutzian dan Ellison 1982). Kedua skala ini mencakup subskala yang berkaitan dengan dimensi keagamaan dan eksistensial. Misalnya, SWBS mempunyai dua subskala, satu untuk kesejahteraan beragama (RWB) dan yang lainnya untuk kesejahteraan eksistensial (EWB). Hal ini mungkin memiliki nilai lebih dibandingkan hanya berfokus pada afiliasi keagamaan, keyakinan dan praktik saja (Hill dan Pargament 2003). Skor-skor tersebut jika dijumlahkan akan menghasilkan skor SWBS keseluruhan yang memberikan indikator umum mengenai kesejahteraan yang dirasakan (termasuk kesejahteraan spiritual dan kualitas hidup spiritual serta hubungan dengan Tuhan dan tujuan serta kepuasan hidup). SWBS dikembangkan di

Amerika Utara dan mencerminkan persepsi para peneliti tentang spiritualitas yang dipengaruhi oleh budaya dominan. Dapat dikatakan bahwa penyertaan EWB meningkatkan penerapannya bagi mereka yang tidak memiliki keyakinan agama. Validitas muka terdapat pada item-item yang skornya positif pada kedua subskala, misalnya "Saya percaya bahwa Tuhan mengasihi dan memedulikan saya" (RWB) dan "Saya merasa bahwa hidup adalah pengalaman yang positif" (EWB). Skala RWB (yang berkaitan dengan Tuhan atau kekuasaan yang lebih tinggi dibandingkan dengan keyakinan agama tertentu) cenderung mempunyai efek tertinggi pada masyarakat dengan keyakinan agama yang kuat. Moberg (2010, hal. 107) mengkritik beberapa skala yang digunakan karena skala tersebut hanya memberikan gambaran singkat informasi pada waktu tertentu. Dia juga menyarankan agar analisis statistik "mempermudah perasaan yang kompleks".

Skala pengukuran spiritual mungkin berguna untuk penelitian tertentu dalam kelompok tertentu. Namun, hal ini akan selalu mempunyai keterbatasan karena bergantung pada bagaimana spiritualitas dipahami oleh peneliti dan partisipan. Pada tingkat praktis dalam perawatan kesehatan, seperti yang dikatakan Gordon dkk. (2011) menegaskan bahwa ketika mempertimbangkan spiritualitas dan perawatan spiritual, lebih penting untuk memahami apa artinya bagi orang yang dirawat.

F. DASAR PEMIKIRAN DAN TANTANGAN UNTUK SPIRITUALITAS

Meskipun Dewan Keperawatan Internasional (ICN 2012) mengidentifikasi bahwa spiritualitas harus tertanam dalam praktik, banyak kode etik keperawatan dan praktik lanjutan tidak secara jelas mengidentifikasi spiritualitas sebagai sebuah domain. Misalnya, di Inggris, spiritualitas sebelumnya tertanam jelas dalam Kode Etik Dewan Keperawatan dan Kebidanan (NMC) (NMC 2010). Mereka menyatakan bahwa perawatan holistik “mempertimbangkan faktor fisik, sosial, ekonomi, psikologis, spiritual, dan lainnya ketika menilai, merencanakan dan memberikan perawatan” (NMC 2010, hal. 148). Namun, kode etik NMC terbaru tidak menyebutkan spiritualitas.

Kode etik sekarang menyatakan bahwa perawat harus “memastikan bahwa kebutuhan fisik, sosial dan psikologis pasien dinilai dan ditanggapi” (NMC 2015). Sekilas hal ini mengabaikan spiritualitas yang dapat menyebabkan beberapa perawat memandang spiritualitas sebagai hal yang tidak penting atau menjadi lebih bingung tentang tempat spiritualitas dalam asuhan keperawatan. Namun, dapat dikatakan bahwa spiritualitas merupakan bagian integral dari semua aspek perawatan dan kesehatan melalui model bio-psiko-sosial-spiritual agar benar-benar holistik.

Beberapa asosiasi dan dewan keperawatan nasional mengakui bahwa spiritualitas merupakan dimensi integral dari kesehatan dan menyarankan bahwa sikap prasangka terhadap spiritualitas individu perlu dihilangkan oleh perawat (Canadian Nurses Association 2014); namun,

seperti di Inggris, sebagian besar peraturan merujuk pada perawatan yang holistik, sensitif terhadap budaya, atau berpusat pada orang, bukan spiritualitas. Tidak mengacu langsung pada spiritualitas dan mengabaikan layanan spiritual dapat dianggap sebagai kelalaian (Tanyi dkk. 2009).

Kode etik harus dengan jelas mengartikulasikan pentingnya spiritualitas untuk memastikan bidang penting ini tidak diabaikan. Namun, ini bukanlah satu-satunya permasalahan. Para pembuat kebijakan juga harus menyoroti pentingnya spiritualitas untuk membantu perawat (dan tim layanan kesehatan yang lebih luas) memahami dan mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik mereka.

Inggris telah membuat beberapa terobosan dalam mendukung staf layanan kesehatan untuk mempertimbangkan spiritualitas melalui kebijakan. Para pembuat kebijakan mengakui bahwa spiritualitas memainkan peran penting selama sakit dan dalam proses penyembuhan dan telah menerbitkan sumber daya untuk semua staf layanan kesehatan dan sosial di Inggris yang berjudul *Spiritual Care Matters* (NHS Skotlandia 2009). NHS Scotland (2009) mengemukakan bahwa perawatan spiritual adalah:

“care which recognises and responds to the needs of the human spirit when faced with trauma, ill health or sadness and can include the need for meaning, for self-worth, to express oneself, for faith support, perhaps for rites or prayer or sacrament, or simply to be a sensitive listener. Spiritual care begins with encouraging human contact in compassionate relationship, and moves in whatever direction need requires.”

Definisi untuk perawatan spiritual ini baru-baru ini diadopsi di seluruh Eropa oleh proyek Peningkatan Kompetensi Perawat dan Bidan dalam Memberikan

Perawatan Spiritual melalui Pendidikan Inovatif dan Perawatan Penuh Kasih.

Dalam sumber daya Spiritual Care Matters ini, perawatan spiritual dan perawatan penuh kasih dipandang berjalan seiring dan disorot sebagai bagian integral dari perawatan holistik, di samping perawatan psikologis, sosial dan fisik. Nolan (2011) melihat perawatan spiritual dan perawatan psikologis memiliki banyak atribut dan keahlian yang sama. Ia mengemukakan bahwa perawatan spiritual yang baik berfokus pada jiwa yang seolah-olah terhubung dengan hakikat seseorang seperti yang dijelaskan oleh Narayanasamy (2004). Belas kasih merupakan bagian integral dari perawatan holistik dan dapat dipandang sebagai cara operasional untuk menunjukkan kepedulian terhadap penderitaan pasien dalam segala manifestasinya. Pendekatan welas asih dalam perawatan memastikan hubungan antara pasien dan dokter didasarkan pada rasa hormat dan martabat dengan sikap empati yang dipertahankan (Cummings dan Bennett 2012). Bekerja dengan cara ini memberikan peluang untuk menyadari kebutuhan holistik pasien dan tidak hanya berfokus pada masalah awal yang muncul.

G. HAMBATAN DALAM MENGINTEGRASIKAN SPIRITUALITAS

Bukti menunjukkan bahwa banyak perawat merasa sulit mendiskusikan dimensi spiritual dari perawatan dengan pasien, anggota keluarga, dan sesama dokter. Hambatan potensial dalam menanamkan spiritualitas ke dalam praktik mencakup keterbatasan waktu, kurangnya pendidikan dan

pemahaman tentang apa itu spiritualitas, kurangnya rasa percaya diri, ketidaknyamanan pribadi, tidak ingin mengganggu sesuatu yang dianggap pribadi, takut untuk melakukan dakwah dan keyakinan bahwa hal tersebut bukanlah peran dokter (Stranahan 2001; Maddox 2001; Hubbell dkk. 2006; McSherry dan Jamieson 2013; Tanyi dkk. 2009 Lewinson dkk.

Sebuah survei besar terhadap 4.054 persepsi perawat tentang spiritualitas dan perawatan spiritual menemukan bahwa meskipun banyak perawat mengalami kesulitan untuk mengkonseptualisasikan spiritualitas (McSherry dan Jamieson 2011) 92,6% perawat yang disurvei merasa bahwa perawatan spiritual harus ditawarkan kepada pasien. Namun, hanya 5,3% yang merasa dapat memenuhi kebutuhan spiritual pasien setiap saat. Meskipun demikian, 92,2% perawat mengidentifikasi bahwa mereka terkadang dapat memenuhi kebutuhan spiritual. Tidak ada informasi mengenai bagaimana mereka akan melakukan hal ini dan kurangnya pelatihan dalam bidang ini dianggap sebagai hambatan dalam mengoperasionalkan layanan spiritual (McSherry dan Jamieson 2013). Temuan ini menunjukkan bahwa perawat memerlukan lebih banyak pendidikan dan bimbingan khusus tentang spiritualitas dan perawatan spiritual, klarifikasi tentang batasan dan bantuan untuk mengambil petunjuk yang mungkin mengindikasikan kebutuhan spiritual.

Mengingat perlunya pendidikan perawat untuk mengintegrasikan spiritualitas ke dalam kurikulum, sebuah penelitian terhadap pendidik perawat menemukan bahwa meskipun sekitar 90% setuju atau sangat setuju bahwa nilai-nilai spiritual relevan dengan bidang studi mereka

dan lebih dari setengahnya berpendapat bahwa nilai-nilai spiritual merupakan bagian integral dari pengajaran dan pembelajaran hanya 17% yang setuju bahwa kurikulum tersebut benar-benar diintegrasikan ke dalam kurikulum mereka (Prentis dkk. 2014).

Penting bagi para pendidik untuk merangkul spiritualitas sebagai bagian dari perawatan holistik dan merupakan bagian integral dari kurikulum untuk mendukung perawat dan dokter layanan kesehatan lainnya agar dapat memahami dan menawarkan perawatan spiritual. Ali dkk. (2018) dalam tinjauan literatur ekstensif (1993–2017) tentang spiritualitas dan pendidikan menemukan bahwa ada lima kesenjangan besar dalam pengetahuan dan praktik dalam pendidikan perawat: kurangnya integrasi ontologis; kurangnya pemahaman fenomenologis; kurangnya dukungan dan kendala lingkungan; struktur kurikulum dan fakultas yang tidak siap. Lewinson dkk. (2018) menggemakan temuan ini dan mengidentifikasi bahwa kurikulum harus memiliki pendekatan yang konsisten dalam mengajarkan spiritualitas untuk memastikan perawat memiliki kepercayaan diri dan kompetensi untuk mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik mereka.

Jelas ada dorongan untuk mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik karena para pembuat kebijakan, dokter, dan pendidik memandang hal ini sebagai hal yang penting. Tantangannya adalah bagaimana kita melakukan hal ini dengan cara yang memenuhi kebutuhan pasien. Menjadi jelas tentang apa arti spiritualitas dapat membuat penanganan masalah ini dengan pasien menjadi lebih mudah. Memasukkan

spiritualitas dalam kurikulum keperawatan dan APN merupakan cara penting untuk memastikan perawat mempunyai kesempatan untuk mengeksplorasi apa itu spiritualitas dan bagaimana mengatasinya dalam praktik.

H. PERAWATAN SPIRITUAL DALAM PRAKTIK

Banyak penelitian yang kuat menunjukkan bahwa spiritualitas merupakan hal mendasar bagi pasien (Koenig 2004; Ellis dan Campbell 2004; Burkhart 2008; D'Souza 2007) dalam membantu mereka mendapatkan kembali harapan, makna dan tujuan di tengah penyakit. Semakin banyak bukti yang menunjukkan bahwa mengatasi spiritualitas meningkatkan tingkat kenyamanan (secara emosional dan fisik) dan memiliki efek positif pada respons pasien terhadap penyakit dan pengobatan (Koenig 2004). Oleh karena itu, kegagalan untuk mengatasi masalah ini dapat membuat pasien semakin menderita.

Perawatan spiritual adalah bagaimana spiritualitas dioperasionalkan dalam praktik. Pfeiffer dkk. (2014) mengusulkan bahwa perawatan spiritual pada dasarnya adalah perawatan penuh kasih sayang yang sangat menghormati dan membutuhkan hubungan yang disengaja antara perawat dan pasien. McSherry (2006, hal. 917) menyatakan bahwa "perawatan spiritual meresap dan mengintegrasikan semua aspek penyediaan layanan seperti halnya spiritualitas mengintegrasikan dan menyatukan semua dimensi individu". Keperawatan telah terlibat dalam perdebatan tentang bagaimana memberikan perawatan yang tidak hanya bersifat fisik dan emosional tetapi juga spiritual. Namun demikian,

pertanyaan ini mungkin hanya sekedar menanyakan apakah pasien memiliki keyakinan dan bukan apa kebutuhannya (Egger 2011).

Agrimson dan Toft (2008) dan Young dan Koopsen (2011) mengemukakan bahwa bersentuhan dengan spiritualitas diri sendiri merupakan langkah awal untuk mampu memberikan perawatan spiritual bagi orang lain. Hal ini mencerminkan Treloar (2000) yang menyatakan bahwa luas dan dalamnya layanan spiritual yang ditawarkan mencerminkan kematangan spiritual APN itu sendiri. Untuk menjadi seorang praktisi yang kompeten secara spiritual, tampaknya perlu untuk mengeksplorasi spiritualitas diri sendiri. Seperti yang akan Anda baca di bab berikutnya, praktik kompetensi spiritual mungkin merupakan konsep yang lebih mudah dipahami dibandingkan dengan layanan spiritual karena praktik ini mengintegrasikan aspek layanan spiritual, kualitas pribadi, dan peluang untuk mengembangkan hubungan terapeutik dalam lingkungan kerja yang mendukung.

Mengatasi spiritualitas dengan menghormati nilai-nilai dan martabat pasien sangatlah penting. Pendekatan individual dan holistik menekankan bahwa salah satu aspek utama dalam mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik adalah memahami apa arti spiritualitas bagi pasien yang dirawat (Gordon dkk. 2011). Beberapa pasien ingin berbicara tentang spiritualitas dengan dokter (Ellis dkk. 2002; Ellis dan Campbell 2004). Mendengarkan isyarat pasien dengan penuh perhatian secara alami dapat mengarah pada diskusi tentang spiritualitas (Ellis dan Campbell 2004; Helming 2009).

Sebagai APN, jika kita terbuka, pasien yang menerima dan penuh kasih sayang mungkin akan lebih mudah terbuka kepada kita mengenai kekhawatiran terdalam mereka. Ketika APN terus berupaya untuk menawarkan perawatan holistik, kita perlu menyadari bahwa ketika pasien dihadapkan pada penyakit, rasa sakit, kerentanan dan tekanan, mereka sering kali membutuhkan kita untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan spiritualitas (Rogers dan Wattis 2015). APN berada di tempat yang ideal untuk mendengarkan pasien karena mereka sering mengajukan pertanyaan spiritual yang mendalam dan mengundang kita untuk bertanya. Sejumlah alat penilaian spiritual telah dikembangkan untuk praktik termasuk "FICA" (Puchalski dan Romer 2000) dan "HOPE" (Anandarajah dan Hight 2001). Namun, dalam pendekatan individual terhadap layanan spiritual, alat formal belum tentu merupakan cara terbaik untuk mengatasi masalah ini dan mungkin tidak membantu dalam banyak konsultasi APN.

Leathard dan Cook (2008) berpendapat bahwa perawatan spiritual adalah tentang kebersamaan dengan pasien dan sekadar mendengarkan isyarat-isyarat ini dengan penuh perhatian, meluangkan waktu dan kehadiran. Mendengarkan telah terbukti menjadi fitur umum dalam perawatan spiritual (McSherry dan Jamieson 2013; Pfeiffer dkk. 2014). Membiarkan pasien menceritakan kisahnya sendiri dan mendengarkan dengan penuh empati serta petunjuk yang sesuai untuk memberikan pasien kesempatan mendiskusikan apa arti penyakit bagi mereka dan untuk memahami bagaimana penyakit itu dapat mengganggu tujuan hidup mereka

mungkin merupakan aspek yang paling penting. perawatan rohani. Dasar-dasar praktik keperawatan ini mengarahkan APN menuju perawatan spiritual jika mereka meluangkan waktu untuk mengenalinya.

Untuk mengoperasionalkan spiritualitas dalam praktik, APN perlu mengambil sikap positif. Titik awal yang penting adalah menyadari bahwa pasien memang ingin berbicara tentang spiritualitas dan hal ini penting dalam pemulihan mereka. Ellis dan Campbell (2004) dalam penelitiannya terhadap pasien dan spiritualitas menemukan bahwa pasien tidak akan mulai berbicara tentang kebutuhan spiritualnya kecuali mereka merasa dihormati dan dihormati. Oleh karena itu, APN perlu menghargai pasien dan meluangkan waktu untuk membangun hubungan baik. Jika spiritualitas tidak ditangani, beberapa pasien percaya bahwa hal itu akan berdampak buruk pada proses penyembuhan. APN yang telah mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik mereka tampaknya adalah mereka yang sadar akan spiritualitas mereka sendiri dan mendengarkan isyarat dengan sabar (Treloar 2000; Stranahan 2001; Hubbell dkk. 2006; Rogers 2017).

Perawatan spiritual merupakan hal mendasar dalam praktik holistik. Ini mencakup keterampilan inti kasih sayang, kehadiran, kepedulian individu, mendengarkan dan menghormati. Hal ini terintegrasi dalam cara kita sebagai APN berinteraksi dengan pasien dan memerlukan tingkat kedewasaan dan pengakuan akan pentingnya spiritualitas bagi pasien.

I. ISU-ISU ETIS DALAM MENGOPERASIONALKAN PERAWATAN SPIRITUAL

Sifat otonom dari peran APN membuat isu-isu etika dan batasan-batasan yang sesuai menjadi sangat relevan ketika menangani spiritualitas. Pada dasarnya semua praktisi bekerja sesuai dengan kode etik dan bertanggung jawab atas praktik mereka sendiri. Mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik tidak berbeda dengan bidang layanan kesehatan lainnya dan menuntut tingkat profesionalisme yang sama. APN harus menyadari, dan mempraktikkannya dalam, Kode Etik Dewan Internasional Perawat (ICN 2021).

Secara diam-diam, tingkat kepercayaan harus ada dalam semua konsultasi pasien dengan harapan bahwa perawat berkomitmen, dan bekerja sesuai dengan kode etik yang ditetapkan oleh badan profesional mereka. Penting untuk berlatih dengan cara yang memvalidasi pasien dan tidak menghakimi, dengan tujuan inti altruisme daripada status profesional.

Pasien mungkin bertanya langsung tentang keyakinan pribadi Anda. Sekalipun diprakarsai oleh pasien, kita harus berhati-hati dalam berbagi secara wajar dan tidak melakukan dakwah. Keyakinan pribadi tidak boleh diungkapkan kepada pasien dengan cara yang tidak pantas (NMC 2015). Banyak pasien mendapatkan kenyamanan dan dukungan dari spiritualitas mereka dan beberapa dari nilai-nilai agama dan keyakinan yang sama. Spiritualitas adalah area di mana perawat tampak khawatir untuk melintasi batasan dan masalah etika (McSherry dan Jamieson 2013).

Penelitian mengkonfirmasi kekhawatiran mengenai tidak memaksakan nilai-nilai diri sendiri dan berhubungan dengan rasa takut memproyeksikan keyakinan diri kepada pasien yang dianggap sebagai penyalahgunaan hubungan (Ellis dkk. 2002; Monroe dkk. 2003; Ellis dan Campbell 2004). Ada beberapa kasus perawat yang diskors atau dipecat karena melanggar batasan etika, misalnya menawarkan doa untuk pasien (BBC News 2021), di beberapa negara hal ini mungkin meningkatkan keengganan untuk mengeksplorasi spiritualitas karena takut dituduh melakukan dakwah. Sebaliknya, di Amerika Serikat, APN lebih umum mendoakan pasiennya dengan persetujuan (Taylor dkk. 2014). Perbedaan budaya ini perlu dipahami dan dinavigasi untuk memastikan praktik profesional selalu terpelihara. Cook (2011) menyarankan bahwa, ketika mendiskusikan keyakinan agama atau spiritualitas, persetujuan harus diperoleh dari pasien sebelum melakukan diskusi. Pasien tidak boleh berada di bawah tekanan untuk menganut keyakinan mereka dan jangan pernah berada di bawah tekanan untuk menganut keyakinan praktisi.

Untuk bertindak demi kepentingan terbaik pasien dalam menilai seberapa banyak yang harus dikatakan tentang spiritualitas, ada baiknya mengingat prinsip etika dasar dari kebajikan. Clarke (2013, hal. 43) menyatakan bahwa "menyadari orang lain dan mengakui nilai dan nilai mereka"....adalah dasar dari perawatan spiritual. Hal ini menurutnya hanyalah "menjadi manusia.....dibangun di atas keinginan untuk kesejahteraan orang lain" (Clarke 2013).

BAB 2

PRAKTIK YANG KOMPETEN SECARA SPIRITUAL DAN ASPEK BUDAYA DARI SPIRITUALITAS

A. KOMPETENSI PRAKTIK SECARA SPIRITUAL

Bab pertama mengeksplorasi kesulitan mendefinisikan (dan mengukur) spiritualitas. Perbedaan definisi dan tumpang tindih dengan agama menyebabkan kesulitan baik dalam penelitian maupun praktik. Meskipun agama adalah salah satu cara untuk mengalami dan mengekspresikan spiritualitas, spiritualitas tidak identik dengan agama (Richardson 2014; Wattis dkk. 2017) khususnya dalam masyarakat multikultural dan sekuler. Karena praktik keagamaan dapat ditangani secara kuantitatif sedangkan spiritualitas lebih subjektif dan sulit untuk dievaluasi, agama terkadang digunakan sebagai pengganti spiritualitas yang tidak sempurna dalam penelitian (Koenig et al. 2012). Dalam prakteknya, memasukkan agama pasien ke dalam formulir mungkin bisa menjadi pengganti untuk mengatasi permasalahan spiritual. Kami mengembangkan konsep praktik spiritual yang kompeten

sebagai respons terhadap permasalahan ini. Pendekatan ini mencakup manifestasi spiritualitas religius dan non-religius dan menekankan pentingnya hubungan antara praktisi dan pasien serta lingkungan praktik, serta kompetensi khusus. Hal ini muncul dari studi observasional oleh salah satu rekan terapi okupasi kami (Jones 2016). Dia menjelaskan dan menjelaskan perilaku yang merupakan karakteristik dari praktik yang baik dalam perawatan spiritual. Dari uraiannya, anggota kelompok penelitian spiritualitas kami memperoleh deskripsi yang lebih umum dan dapat diterapkan pada semua disiplin ilmu yang bekerja di bidang kesehatan (Wattis dkk. 2017). Penelitian selanjutnya (Rogers dkk. 2020) menyebabkan kami mengubah deskripsi tersebut dan, dalam versi terbarunya, kami mengkaraktisasinya sebagai berikut:

Spiritually Competent Practice involves compassionate engagement with the whole person as a unique human being in ways which will help them find and sustain their sense of meaning and purpose, where appropriate maintaining or restoring connection with family and community, addressing suffering and promoting wellbeing, this includes the practitioner accepting a person's beliefs and values, whether they are religious in foundation or not, and practising with cultural competency.

1. Core: Membantu Orang Mempertahankan Rasa Makna dan Tujuan

Ketika sekelompok pendidik layanan kesehatan diminta untuk memberikan definisi pribadi tentang spiritualitas, beberapa tema muncul (Prentis dkk. 2014). Pertama, pemahaman tentang diri, pribadi (atau kepribadian) dan keberadaan (being) merupakan inti dari pemahaman responden kami terhadap spiritualitas dalam pendidikan dan praktik. Kedua, spiritualitas adalah sesuatu yang memberikan arah, makna, dan tujuan hidup. Terakhir, spiritualitas dalam layanan kesehatan tidak bersifat 'dunia lain', melainkan

bersifat praktis, memengaruhi nilai-nilai masyarakat dan cara mereka hidup serta bertindak dalam hubungannya dengan orang lain. Kepekaan terhadap arah, makna dan tujuan seseorang, hubungan mereka dengan orang lain (serta dengan yang transenden) dan keyakinan serta nilai-nilai mereka merupakan hal mendasar dalam praktik spiritual yang kompeten. Hal ini benar, terlepas apakah hal ini terkait dengan agama atau tidak. Itulah sebabnya, daripada berdebat tentang definisi spiritualitas yang tepat, kami lebih memilih penjelasan singkat tentang bagaimana praktisi mengoperasionalkan perawatan spiritual dalam praktiknya.

Pentingnya menemukan makna dalam hidup juga merupakan inti dari pemahaman Viktor Frankl tentang bagaimana orang-orang mengatasi penderitaan yang sangat besar di kamp konsentrasi perang dunia kedua (Frankl 2004). Pengamatannya menuntunnya untuk menegaskan bahwa menemukan makna, melalui cinta, melalui dedikasi pada pekerjaan hidup atau bahkan melalui mengatasi penderitaan yang tidak dapat dihindari adalah bagian mendasar dari sifat manusia. Semua ini relevan dengan praktik spiritual yang kompeten. Pertunangan penuh kasih tidak dapat terjadi tanpa cinta. Banyak praktisi yang mampu dan berhasil menemukan makna dalam pekerjaan mereka dan kita sering kali berhubungan dengan orang-orang yang perlu menemukan makna dalam penderitaan yang tidak dapat dihindari.

2. Hubungan: Keterlibatan yang Penuh Kasih dengan Manusia Seutuhnya

Isu mengenai keterlibatan penuh kasih ini mencerminkan gerakan perawatan yang berpusat pada individu, yang berasal dari berbagai pemikiran dan praktik abad ke-20. Akar filosofis dari hal ini dapat ditemukan dalam karya Martin Buber yang karya utamanya *Ich und Du* pertama kali diterbitkan dalam bahasa Jerman pada tahun 1923 dan diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris sebagai *I and Thou* oleh R.G. Smith pada tahun 1937 (Smith 2013). Buber mendeskripsikan dua 'kata dasar' yaitu I-It, yang melaluinya kita menganggap orang lain sebagai objek, dan I-Thou yang melaluinya kita berhubungan dengan orang-ke-orang. I-It menggambarkan suatu sikap di mana orang lain merupakan objek yang harus dipahami secara analitis (sesuai dengan konsep neo-Kantian tentang *nomothetic* berbasis aturan, pengetahuan) (Swinton 2012).

Buber berpendapat bahwa kita dapat (dan sering kali) memperlakukan orang lain, serta benda mati, sebagai objek; namun ketika kita benar-benar berhubungan dengan mereka sebagai subjek lain, maka ini adalah hubungan Aku-Engkau orang-ke-orang (setara dengan pengetahuan idiografis subjektif dan pengalaman Swinton). Modalitas I-Thou dan I-It diperlukan dalam praktik klinis. Abramovitch dan Schwartz (1996) mengonseptualisasikan hal ini sebagai 'dialog tiga tahap' di mana tahap pembukaannya adalah membangun hubungan Aku-Engkau, tahap kedua melibatkan berbagai prosedur analitis Aku-Itu (pemeriksaan, tes, dll.) yang dirancang untuk mengidentifikasi atau mengecualikan entitas penyakit

tertentu dan tahap terakhir melibatkan integrasi Aku-Engkau melalui dialog atau 'penyembuhan melalui pertemuan'. Hal ini terlalu menyederhanakan prosesnya namun mengingatkan kita bahwa baik hubungan Aku-Engkau maupun pendekatan Aku-Itu dalam ilmu analitis memiliki peranan penting dalam pertemuan penyembuhan.

Di dunia Francophone, gagasan Buber diambil alih oleh *Medicine de la Personne* karya Paul Tournier (Cox dkk. 2007). Tournier digambarkan oleh Frankl sebagai pelopor psikoterapi yang berpusat pada orang (Pfeifer dan Cox 2007). Di AS, gagasan Buber memengaruhi pengembangan konsep terapi yang berpusat pada klien oleh Carl Rogers (Rogers 2003; Anderson dan Cissna 1997). Hal ini berkembang menjadi pendekatan berpusat pada manusia yang diterapkan secara luas (McCormack dan McCance 2017). Di Inggris, Kitwood (1997) mengembangkan perawatan yang berpusat pada orang dalam demensia dan secara eksplisit mengakui utangnya kepada Buber, berkomentar bahwa mode I-It menyiratkan 'kesejukan, ketidakterikatan, perantara' sedangkan:

"Daring to relate to another as Thou may involve anxiety or even suffering but Buber sees it as the path to fulfilment and joy" (Kitwood 1997, p. 10).

Kerangka Ketersediaan dan Kerentanan yang disajikan Melanie Rogers dalam buku ini jelas berkaitan dengan konsep I-Thou, yang menyoroti pentingnya perawatan holistik yang berpusat pada individu.

Organisasi Kesehatan Dunia juga mendukung 'pendekatan yang berpusat pada masyarakat' (WHO 2015), sebuah istilah kolektif yang memberikan ruang

untuk fokus pada kesehatan masyarakat. Dalam praktik sehari-hari, kita lebih memilih 'berpusat pada orang' daripada istilah 'berpusat pada orang', 'berpusat pada klien', 'berpusat pada konsumen' atau bahkan 'berpusat pada pasien' karena 'berpusat pada orang' menekankan pada pribadi seutuhnya dibandingkan dengan 'berpusat pada orang'. menempatkan mereka dalam peran sebagai 'pasien' atau 'klien' atau 'konsumen'. Di Inggris, para pembuat kebijakan yang memimpin dan mengarahkan Layanan Kesehatan Nasional (NHS) mengembangkan konsep baru 'perawatan yang dipersonalisasi' yang berfokus pada aspek transaksional layanan dan tampaknya sedikit kehilangan poin awal bahwa layanan yang berpusat pada orang berfokus pada kualitas hubungan interpersonal (NHS England 2020).

Perawatan yang berpusat pada individu memerlukan keterlibatan yang penuh kasih. Akar yang lebih dalam dari hal ini dapat ditemukan dalam banyak tradisi keagamaan. Alkitab Ibrani menggunakan konsep *chesed* (Ancient Greek ἀγάπη), umumnya diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris sebagai cinta yang teguh atau cinta kasih, perjanjian baru Yunani menggunakan *agapē* (Yunani kuno ἀγάπη,) untuk konsep serupa; Islam, Budha dan beberapa agama lain mempunyai kata-kata serupa (Templeton 1999). Kaum humanis juga melihat gagasan cinta kasih (seperti perhatian, sering kali dipinjam dari pemikiran Buddhis) sebagai landasan kehidupan yang baik. Pendidik profesional kesehatan, termasuk perawat telah menyerukan humanisme (dalam arti hubungan

antarmanusia) dan kasih sayang untuk menyeimbangkan aspek teknis dan korporat dalam layanan kesehatan (Nelson 1995; Gaufberg dan Hodges 2016; Younas dan Maddigan 2019).

Perawatan pribadi seutuhnya atau holistik menekankan pentingnya mempertimbangkan seluruh aspek seseorang ketika merencanakan perawatan: biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Sulmasy 2002; Rego dan Nunes 2019). Model perawatan biomedis kuno yang secara historis diikuti oleh rekan-rekan medis (kadang-kadang hanya disebut sebagai 'model medis') berfokus pada masalah teknis diagnosis dan pengobatan. Model biopsikososial diusulkan bertahun-tahun yang lalu sebagai alternatif model biomedis, awalnya dalam psikiatri, dan segera diperluas hingga mencakup seluruh bidang kedokteran (Engel 1977, 1980, 1992). Borrell-Carrió dkk. (2004) mengulas model biopsikososial selama 25 tahun dan menekankan pentingnya faktor hubungan dalam realisasinya. Perawat sering kali terlihat mengadopsi pendekatan holistik dalam perawatan yang memperlakukan orang sebagai pribadi yang utuh secara fisik, mental, dan spiritual dalam konteks sosial (McCormack dan McCance 2017; Sulmasy 2002). Namun, dengan penekanan yang terus-menerus pada teknologi dalam layanan kesehatan, hal ini terkadang terabaikan (Wattis dkk. 2017).

3. Konteks Mempertahankan atau Memulihkan Hubungan dengan Keluarga dan Komunitas

Bagian dari praktik kompetensi spiritual ini adalah aspek lain dari perawatan holistik, yang penting bagi

semua orang, terutama ketika merawat anak-anak, bagi mereka yang memiliki masalah kesehatan jangka panjang, bagi mereka yang menerima layanan kesehatan mental, dan bagi mereka yang berada dalam perawatan kritis atau di akhir hayatnya. peduli. Masalah layanan kesehatan dapat mengganggu hubungan dengan keluarga dan teman sehingga praktisi perlu memastikan kontak tetap terjaga jika diperlukan. Hal ini bisa menjadi sangat penting dalam layanan kesehatan mental di mana perpecahan keluarga sering terjadi. Lebih jauh lagi, dalam beberapa kasus penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan, berhubungan kembali dengan komunitas di mana pelecehan sering terjadi mungkin perlu dicegah dan hubungan dengan komunitas baru (seperti Alcoholics Anonymous) mungkin lebih baik. Dalam beberapa masalah kesehatan mental, keyakinan seseorang mungkin bersifat delusi dan merupakan tanda penyakit yang memengaruhi cara praktisi menanganinya. Terakhir, meskipun penelitian menunjukkan bahwa praktik keagamaan pada sebagian besar kasus bermanfaat bagi kesehatan mental (Koenig dkk. 2012), terkadang komunitas keagamaan dapat memberikan dampak negatif pada kesehatan mental.

Dalam layanan kesehatan untuk anak-anak, pentingnya kontak keluarga telah lama diketahui, terutama ketika anak-anak dirawat di rumah sakit, meskipun terdapat permasalahan dalam penerapannya (Shields 2010). Dalam perawatan kritis dan perawatan paliatif (Richardson 2014), menjaga

hubungan antara pasien dan teman serta kerabatnya dipandang sebagai bagian penting dari perawatan spiritual. Hal ini telah ditekankan selama pandemi virus corona ketika pasien dalam perawatan intensif dan kritis tidak selalu dapat menerima pengunjung, namun dokter, terutama perawat, telah menemukan cara untuk menjaga kontak dalam keadaan sulit. Di luar permasalahan apa pun yang kita bantu saat ini, kehidupan akan semakin sulit dan kita perlu membantu menjaga hubungan antara orang-orang yang sakit parah dengan keluarga dan teman-teman mereka. Jika orang tersebut selamat, hal ini akan membantu mereka memulihkan konteks relasional mereka dengan lancar, pada waktunya. Namun beberapa konsekuensi yang paling penting adalah bagi teman dan kerabat orang yang meninggal, jika mereka dapat yakin bahwa orang yang mereka cintai tidak meninggal sendirian dan dalam keadaan tidak nyaman.

4. Tujuan: Mengatasi Penderitaan dan Meningkatkan Kesejahteraan

Penderitaan dapat bersifat fisik, emosional dan/atau spiritual. Penderitaan fisik dan emosional harus ditangani dengan pendekatan perawatan holistik; tetapi mudah untuk mengabaikan penderitaan rohani. Hal ini dapat dipahami dengan baik melalui pertanyaan eksistensial yang diajukan orang (dan jawaban yang mereka berikan sendiri) ketika mengalami penyakit (Wattis dkk. 2017). Pasien yang

baru didiagnosis mengidap kanker mungkin bertanya pada diri sendiri 'mengapa saya?' atau 'mengapa sekarang?' mungkin mencari makna bagi diri mereka sendiri dan orang yang mereka cintai dalam mengatasi masalah yang ditimbulkannya. Pada dasarnya, pertanyaan-pertanyaan 'apa maksudnya?' ini adalah tentang arti suatu penyakit atau kematian bagi orang-orang yang bersangkutan.

Masyarakat memerlukan ruang untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan ini dan dukungan dalam menemukan jawaban mereka sendiri. Praktisi yang berhubungan dengan orang lain dengan cara Aku-Engkau dapat membantu menyediakan ruang tersebut dengan hadir, terlibat, dan penuh perhatian. Sejauh mungkin kita perlu mendukung orang-orang dalam menemukan jawaban yang membantu mereka mengatasi tekanan spiritual mereka dengan cara yang membantu mereka bergerak maju secara positif. Ini adalah salah satu cara untuk meningkatkan kesejahteraan.

5. Rasa hormat: Untuk Keyakinan dan Nilai-nilai Seseorang

Asalkan hal-hal tersebut tidak bersifat patologis, menghormati keyakinan, nilai-nilai, dan budaya individu adalah hal yang penting dalam setiap hubungan yang membantu dan secara alami tidak dapat diterima dalam menerima status mereka sebagai pribadi. Rasa hormat ini menuntut kita untuk sadar akan keyakinan dan nilai-nilai kita dan menyadari bahwa orang yang kita hadapi mungkin berbeda dari

kita dalam cara mereka merespons kesehatan yang buruk.

B. KEBUTUHAN UNTUK LATIHAN YANG KOMPETEN SECARA SPIRITUAL

Syarat-syarat untuk latihan yang kompeten secara spiritual ada tiga. Masyarakat perlu mempelajari kompetensi perawatan spiritual yang relevan dengan bidang praktik mereka. Mereka perlu mengembangkan dan mempertahankan kualitas pribadi (ontologis) yang relevan dengan pekerjaan mereka (kadang-kadang dikenal sebagai 'formasi profesional'; Carlin dkk. 2012) seperti motivasi welas asih. Yang terakhir, mereka memerlukan lingkungan kerja yang diatur sedemikian rupa sehingga memberikan kesempatan untuk melakukan praktik yang baik. Ketiga kondisi ini saling bergantung dan berkaitan. Misalnya, ketika seseorang belajar untuk bekerja di bidang baru, kompetensinya mungkin berkembang secara bertahap; namun jika mereka memiliki kualitas pribadi yang diperlukan, praktik mereka mungkin sudah menunjukkan tingkat kompetensi spiritual. Namun, bahkan seseorang dengan kompetensi dan kualitas pribadi yang berkembang dengan baik akan merasa sulit untuk memberikan perawatan yang kompeten secara spiritual dalam lingkungan yang tidak memberikan waktu untuk mengembangkan hubungan kasih sayang dengan pasien. Kadang-kadang hal ini sulit untuk dihindari jika seorang praktisi dipanggil ke keadaan darurat ketika pasien sedang berbagi kebutuhan spiritualnya; namun bahkan dalam situasi seperti ini seorang praktisi yang kompeten secara spiritual mungkin

dapat menemukan cara untuk memberikan kompensasi, mungkin dengan meminta maaf ketika mereka dipanggil dan berjanji serta mengingatkan untuk kembali membicarakan hal tersebut nanti.

Pendekatan keperawatan yang berorientasi pada tugas yang 'industrialisasi', yang dipandang oleh beberapa politisi dan manajer sebagai cara untuk meningkatkan produktivitas, mempersulit pemberian layanan yang benar-benar kompeten. 'Tirani Metrik' (Muller 2018; khususnya Bab 9) dengan gaya manajemen terpusat yang berfokus pada target kinerja dapat menambah permasalahan ini. Manajer juga memerlukan kompetensi spiritual dan pendekatan yang berpusat pada manusia dalam pekerjaan mereka. Untuk diskusi lebih lengkap mengenai isu-isu manajemen dan politik, lihat Wattis dkk. (2021).

1. Kompetensi Perawatan Spiritual

Kompetensi perawatan spiritual telah dikembangkan di Eropa untuk pelatihan perawat sarjana (Meningkatkan Kompetensi Perawat dalam Memberikan Perawatan Spiritual melalui Pendidikan Inovatif dan Perawatan Welas Asih (EPICC), (McSherry dkk. 2020). Singkatnya, kompetensi mencakup praktik reflektif dan fokus pada self-self-care. kesadaran, keterampilan dalam berhubungan dan mengatasi masalah spiritual dengan pasien dan keterampilan dalam mengembangkan lingkungan praktik yang memungkinkan keterampilan ini diterapkan dan ditekankan dalam bidang khusus seperti perawatan kritis di Inggris, kompetensi khusus telah

dikembangkan pada a berbasis multidisiplin (Marie Curie Cancer Care 2004).

Kompetensi perawatan spiritual dalam konteks Praktek Keperawatan Lanjutan dibahas dalam Bab 3. Hal penting yang perlu diperhatikan di sini adalah bahwa kompetensi perawatan spiritual paling baik diungkapkan dalam konteks personal. praktik terpusat dan hubungan penuh kasih, saling percaya, dan terbuka yang menuntut kualitas pribadi perawat untuk memungkinkan keterlibatan penuh kasih.

2. Kualitas Personal (Ontologis)

Hal ini mengacu pada siapa (atau orang seperti apa) kita, bukan pada keterampilan atau pengetahuan yang kita miliki. Kemampuan untuk benar-benar hadir bersama pasien, saat kita bertemu mereka dan selama konsultasi, menuntut kualitas kesadaran diri dan disiplin diri. Keterlibatan penuh kasih berasal dari kapasitas yang berkembang dengan baik untuk terhubung dengan orang lain melalui hubungan Aku-Engkau yang berpusat pada orang.

Kerangka kerja Ketersediaan dan Kerentanan Rogers (2016) untuk mengembangkan kapasitas ini dibahas secara rinci di Bab. 5 dan seluruh bab dari berbagai negara. Di sini kami menawarkan model tambahan, berdasarkan filosofi psikologi humanistik untuk melengkapi kualitas pribadi yang diperlukan oleh para profesional kesehatan untuk menawarkan praktik kompeten secara spiritual. Inti dari ini adalah Eksplorasi Diri yang berfokus pada pertanyaan Ontologis, Fenomenologis, Humanistik, Ideologis, dan Eksistensial (SOPHIE Gambar. 2.1) (Ali 2017; Ali dan

Snowden 2019; Ali dan Lalani 2020). Ini adalah cara untuk mengembangkan kehadiran otentik yang matang yang memungkinkan keterlibatan orang-ke-orang (Aku-Engkau) yang menganut nilai-nilai etika. Fokus SOPHIE adalah pada pengembangan kualitas pribadi yang memungkinkan seorang praktisi berfungsi secara mandiri untuk mengembangkan dan mempertahankan efikasi diri dan pemberdayaan (Schneewind 1998; Dworkin 1988).



Gambar 2.1 SOPHIE—Self-exploration through Ontological, Phenomenological, and Humanistic, Ideological, and Existential expressions

Self-exploration = I vs Me

Berangkat dari premis dasar bahwa ada kebutuhan untuk melanjutkan eksplorasi diri dan reflektivitas, model ini memberikan serangkaian pertanyaan yang dapat membantu dalam tugas ini untuk memungkinkan kongruensi, transformasi dan kepemimpinan dalam praktik keperawatan transbudaya.

Ontological Aspect: Who am I?

Pada tingkat Ontologis, pertanyaannya melingkupi persoalan siapa saya dan khususnya, dalam konteks ini: 'Siapakah saya sebagai Perawat Praktik Lanjutan (APN)?' 'Apakah saya benar-benar menganut nilai-nilai keperawatan dan kebijaksanaan praktik sebagai milik saya perilaku profesional?' Pertanyaan-pertanyaan ini dapat dijawab dalam refleksi dan pengawasan pribadi atau diskusi kelompok sejawat profesional untuk membangun keaslian profesional dan penentuan nasib sendiri.

Phenomenological aspect: How am I?

Pada tingkat pengalaman dan kesadaran fenomenologis, pertanyaannya mungkin 'Bagaimana saya (terlibat dalam situasi ini)?' Dalam konteks kerja klinis, pertanyaannya mungkin: 'Apakah saya terlibat dalam hubungan Saya-Engkau dengan orang tersebut atau saya hanya melihat masalah yang dibawa pasien?' Atau bahkan 'Apakah saya hanya menganggap pasien sebagai sebuah masalah?' (I-Itu). Kita dapat memikirkan pertanyaan serupa tentang bagaimana kita berhubungan dengan kolega kita untuk menyadari ketakutan, keraguan, dan motivasi mendasar yang dapat mempengaruhi praktik pemberian perawatan kita.

Humanistic aspect: What can I offer to others?

Pada tingkat Humanistik, pertanyaannya mungkin: 'Apa yang saya, sebagai APN, tawarkan kepada orang yang bersama saya saat ini?' Itu mungkin seseorang yang datang kepada saya dengan masalah klinis atau mungkin rekan kerja. Mengingat: 'Bagaimana saya dapat terhubung

dengan pasien atau kolega dengan mempraktikkan kehadiran dan ketersediaan yang penuh kasih untuk interaksi terapeutik'.

Ideological aspects: How do I belong to others?

Tingkat Ideologis meminta kita untuk mempertimbangkan bagaimana kita berhubungan dengan orang lain yang mungkin berasal dari latar belakang agama, sosial, budaya, atau bahasa yang berbeda. 'Apa saja keyakinan atau dilema transkultural, yang perlu diakui dan diatasi dalam setiap pertemuan klinis, untuk menjamin kesetaraan dan keadilan'.

Existential Aspect: Why do I exist? What is the meaning of my life?

Terakhir, pada tingkat Eksistensial, kita kembali ke pertanyaan tentang makna bagi diri kita sendiri dan orang lain dengan pertanyaan seperti 'Apa makna dari pengalaman ini (bagi saya, bagi orang lain)?' 'Apa makna hidup (saya) dan peran saya sebagai penyedia layanan?', 'Apakah saya jujur dan tulus dalam melaksanakan tugas perawatan saya?', 'Apa arti perawatan bagi saya?', 'Apakah ini semua tentang intervensi berbasis tugas?' 'Apakah ini semua tentang perawatan simtomatik?'

Model ini dapat digunakan sebagai alat pengembangan profesional, saat kita berhenti sejenak dalam perjalanan kita melalui kehidupan klinis yang sibuk, untuk menanyakan beberapa pertanyaan mendasar tentang diri kita sendiri. Hal ini juga dapat digunakan secara mendidik ditambah dengan cara mengajar kreatif yang sesuai dengan pengembangan pribadi (Prentis dkk. 2014; Ali dan Lalani 2020).

3. Kesempatan dalam Lingkungan Kerja

Seperti yang telah kami soroti, pelayanan terbaik yang berpusat pada orang hanya dapat terjadi dalam konteks manajemen yang berpusat pada orang. Manajemen yang berfokus pada tugas dibandingkan pada manusia atau yang mengabaikan peluang praktisi untuk mengembangkan hubungan yang sensitif secara spiritual dengan pasien atau terlalu berfokus pada 'target' dan indikator 'kinerja' merupakan hal yang bertentangan dengan praktik kompetensi spiritual (Muller 2018; Rogers dkk. 2020). Bahkan ketika manajemen tingkat tinggi dan menengah berfokus pada pendekatan-pendekatan ini, tim klinis sering kali (tetapi tidak selalu) menyediakan lingkungan di mana perawatan yang kompeten secara spiritual dapat berkembang; namun akan jauh lebih baik bila manajemen menyadari perlunya perawatan yang berpusat pada orang.

4. Studi Kasus Praktik yang Kompeten secara Spiritual oleh Perawat Praktik Lanjutan

Rogers (2016) kerangka Ketersediaan dan Kerentanan berbasis penelitian untuk APN dijelaskan secara mendalam di Bab. 5. Hubungan sinergis antara ketersediaan dan kerentanan merupakan sarana yang ampuh untuk membangun hubungan yang otentik (Rogers dan Beres 2017). Ketersediaan berhubungan dengan kehadiran kita di hadapan orang-orang yang kita rawat, memberikan perhatian dan kepedulian, serta memastikan kita memberi pasien tempat yang aman untuk didengarkan dan dihargai. Hal ini juga mendorong APN untuk merefleksikan praktik dan

nilai-nilai mereka sendiri dimana pertanyaan-pertanyaan yang disarankan oleh model SOPHIE mungkin berguna. Kerentanan sering kali dilihat secara negatif dalam artian disakiti, dalam konsep ini kerentanan adalah atribut positif yang mencakup akuntabilitas dan terbuka terhadap ketidakpastian, kesediaan untuk melakukan advokasi bagi mereka yang berada dalam perawatan kita dan pada dasarnya bersikap autentik dan jujur terhadap pasien kita, memperlakukan mereka sebagai sesama manusia (lihat bab yang sedang berlangsung untuk lebih detail).

Studi kasus yang dianonimkan ini didasarkan pada pekerjaan seorang Praktisi Perawat (NP) di layanan kesehatan primer di Inggris, namun semua detail yang dapat diidentifikasi telah diubah. Hal ini berkaitan dengan konsultasi yang dilakukan selama pandemi virus corona tahun 2020.

Lydia adalah seorang pengacara berusia 49 tahun yang bekerja di sebuah perusahaan yang menawarkan layanan bersubsidi bagi mereka yang kurang beruntung atau terpinggirkan. Dia telah menjadi pengacara selama lebih dari 25 tahun dan mulai menjalankan praktiknya saat ini 10 tahun yang lalu karena dia tidak menyukai etos perusahaan yang berorientasi pada uang di perusahaan sebelumnya. Dampak pandemi ini membuat beban kerjanya tidak terkendali.

Dia pertama kali berkonsultasi dengan TN melalui telepon karena pandemi ini sangat membatasi konsultasi tatap muka. Lydia harus menunggu

beberapa minggu untuk mendapatkan janji berbicara dengan NP. Konsultasi masih dijadwalkan selama 10 menit per pasien. NP memperkenalkan dirinya dan menyambut panggilan Lydia, hanya menanyakan 'apa yang bisa saya bantu' daripada membombardirnya dengan banyak pertanyaan. Hal ini berhubungan dengan ketersediaan bagian dari kerangka yang menawarkan sambutan kepada pasien, memberikan waktu dan 'ruang' dan hadir serta mendengarkan tidak hanya kata-kata tetapi juga nada emosional dan apa yang tidak dikatakan.

Lydia mengatakan kepada NP bahwa dia merasa sangat lelah akhir-akhir ini; dia tidak tidur dan dia merasa cemas hampir sepanjang hari. Dia menjelaskan sedikit tentang kehidupan kerjanya dan tentang rasa bersalah yang dia rasakan karena mengecewakan kliennya selama 'lockdown' virus corona. Pembatasan berarti dia harus bekerja dari rumah dan tidak bisa bertemu langsung dengan kliennya. Dia masih harus memenuhi tenggat waktu yang ketat dalam pekerjaan hukumnya. Beberapa rekannya sudah sakit atau melakukan isolasi mandiri dan Lydia kewalahan dengan pekerjaan.

NP mendengarkan selama beberapa menit dan menunjukkan kepedulian dan kepeduliannya kepada Lydia dengan mengakui stres yang dialaminya dan meyakinkannya bahwa dia tidak sendirian dan bahwa NP ingin mendukungnya melewati masa sulit ini. NP juga memanfaatkan kesempatan ini untuk mencoba membangun hubungan Aku-Engkau yang

memperlakukan Lydia sebagai sesama manusia yang berjuang menghadapi tuntutan yang dihadapinya.

Hal ini mengharuskan NP untuk menjadi rentan karena ia mengakui bahwa ia juga menyadari stresnya karena tidak dapat menemui pasiennya secara langsung. Ia meminta maaf kepada Lydia karena harus melalui konsultasi telepon karena tidak ada lagi janji tatap muka. Dia juga mengakui bahwa tekanan pekerjaan membuat dia harus menunggu begitu lama untuk berbicara dengan dokter dan harus berjuang sendirian lebih lama dari yang diharapkan oleh NP. Bersikap jujur dan terbuka terhadap pasien dapat membangun hubungan baik dan menunjukkan kepada pasien bahwa mereka dihargai apa adanya.

Konsultasi dilanjutkan dengan beberapa pertanyaan umum tentang suasana hati Lydia dan juga gejalanya. NP menyadari keterbatasan konsultasi telepon dan membuat keputusan untuk tidak membebani Lydia pada konsultasi pertama mereka dengan penilaian kesehatan mental yang terperinci. Namun, dia memberi tahu Lydia bahwa dia ingin mengetahui lebih banyak tentang suasana hatinya dan menawarkan untuk mengiriminya beberapa kuesioner melalui email agar dia dapat mengisinya dan mengirimkannya kembali sebelum konsultasi berikutnya. Ia juga menyarankan agar Lydia melakukan tes darah di layanan proses mengeluarkan darah setempat yang masih menawarkan janji tatap muka.

Ketika NP mengakhiri konsultasi yang ia luangkan waktu untuk merenungkannya, ia merasa frustrasi karena ini adalah konsultasi yang singkat dan

beberapa aspek penilaiannya harus dilakukan secara virtual, ia berpikir bahwa ia menyadari hilangnya harapan dalam beberapa tanggapan Lydia. Meskipun dia telah menilai keinginan bunuh diri sebagai bagian dari penilaian kesehatan mental singkatnya, dia merasa dia tidak punya waktu untuk mencoba dan melihat apa yang memberi Lydia harapan, makna, dan tujuan. Namun dia tahu bahwa mereka akan mengadakan konsultasi yang lebih panjang seminggu kemudian.

Seperti halnya beberapa pasien, konsultasi Lydia tetap dilakukan oleh NP yang sangat menyadari dampak kesehatan mental dari pandemi ini terhadap pasiennya dan masyarakat secara keseluruhan. Masalah kesehatan mental merupakan hal yang umum terjadi di kliniknya, namun kini hampir semua pasiennya berbicara tentang dampak kesehatan mental dari isolasi mandiri dan lockdown terhadap kehidupan mereka. Salah satu bagian dari keberadaan APN adalah menyadari kebutuhan masyarakat dan melakukan adaptasi terhadap perubahan apa pun. NP ini telah meluangkan waktu bersama rekan-rekannya untuk mengembangkan informasi dukungan yang dikirimkan melalui SMS kepada pasien atau diposting. Meskipun tindakannya kecil, tindakan ini penting dan patut disyukuri oleh pasien.

Minggu berikutnya NP meninjau hasil tes darah Lydia dan penilaian kesehatan mentalnya. Jelas sekali bahwa dia mengalami gejala depresi sedang dan disertai kecemasan. Namun, NP lebih khawatir pada saat itu karena tes fungsi hati yang sangat buruk. Dia

bertemu lagi dengan Lydia melalui telepon dan menanyakan kabarnya selama seminggu terakhir. Lydia mengatakan bahwa dia semakin lelah, dia mengalami nyeri otot secara umum dan terkadang kesulitan untuk berdiri. Dia merasa sangat lemah dan berjuang untuk menjalani hari. NP dengan lembut tapi terbuka bertanya pada Lydia apakah dia bisa memberitahunya apakah dia menggunakan alkohol atau obat-obatan untuk menjalani hari, hal ini ditanyakan tanpa menghakimi. Lydia mulai menangis dan mengatakan dia minum dua botol anggur setiap hari hanya untuk mengatasi perasaan dan kelelahannya. Ia mengaku malu dan merasa gagal. NP mendukungnya untuk berbicara lebih banyak dan meyakinkannya bahwa banyak orang meminum alkohol untuk mengurangi stres dan bahwa dia akan mendukungnya untuk mencari cara lain untuk mengatasi stresnya. Namun, sangat penting untuk segera mengatasi hasil darah yang tidak normal tersebut. Lydia kaget ketika NP mengatakan dia harus segera membawa Lydia ke rumah sakit. Dia menjelaskan alasannya dan sekali lagi mengatakan kepada Lydia bahwa dia akan mendukungnya setelah keluar dari rumah sakit.

NP melakukan konsultasi dengan Lydia 10 hari kemudian. Lydia berterima kasih sebesar-besarnya karena telah menerima dia saat dia pingsan tak lama setelah masuk rumah sakit dan diberitahu bahwa dia mungkin sudah meninggal jika dia tidak dirawat segera. Dia telah dirawat di rumah sakit selama 9 hari, menjalani detoksifikasi dan menerima pengobatan

gagal hati akut. Dia telah berada di rumah selama 1 hari. NP merasakan empati dan kepedulian yang luar biasa terhadap Lydia ketika dia menyadari betapa besarnya stres yang dia alami dan betapa sendirian yang dia rasakan. Dia juga mengenang betapa malunya perasaan Lydia. NP meluangkan waktu untuk meyakinkan Lydia bahwa mereka akan bekerja sama untuk mengatasi stresnya dan mengatasi depresi dan kecemasannya bersamaan dengan perawatan yang akan dia terima untuk masalah alkoholnya.

Selama beberapa bulan berikutnya Lydia membuka diri terhadap NP. Dia mengatakan untuk pertama kalinya setelah sekian lama dia merasa bisa terbuka dan jujur tentang perasaannya sendiri karena NP telah memberinya tempat yang aman di mana dia merasa dipahami dan didengarkan tanpa menghakimi. NP mengajukan pertanyaan terbuka selama konsultasi ini dan mampu mengeksplorasi apa yang membawa harapan, makna dan tujuan bagi Lydia di masa lalu. Jelas sekali bahwa pekerjaannya adalah sebuah panggilan; namun tuntutananya menjadi sangat besar. Dia juga berjuang selama masa lockdown karena dia menjadi lebih terisolasi dari teman dan keluarga. NP membantunya mengeksplorasi penggunaan teknologi untuk bertemu dengan orang-orang yang dia rasa terisolasi. Bersama-sama mereka mengatasi kerja berlebihan dan tuntutan yang dibebankan padanya. Lydia, dengan dukungannya, mulai mengatasi penyebab stresnya dengan cara yang lebih sehat dan mengurangi jam kerjanya. Dia juga mulai jujur tentang perasaannya terhadap teman-temannya dan

menyadari bahwa mereka juga merasakan hal yang sama selama lockdown. Pada saat penulisan, depresinya telah membaik dan dia berhenti minum.

Dalam beberapa hal, tidak ada yang aneh dalam studi kasus ini. Namun, jika Anda melihat lebih dekat, Anda dapat melihat bagaimana NP memanfaatkan ketersediaan dan kerentanan selama konsultasi untuk membantu Lydia terhubung kembali dengan pekerjaannya, teman-teman dan keluarganya, serta makna dan tujuan hidupnya. Praktik kompetensi spiritual berada di garis depan pendekatan TN meskipun ada kesulitan dalam konsultasi jarak jauh.

C. ASPEK BUDAYA DARI SPIRITUALITAS DAN PRAKTIK YANG KOMPETEN SECARA SPIRITUAL

1. Narasi Budaya dan Pandangan Dunia

APN bekerja dalam masyarakat multikultural. Di Barat, budaya yang dominan sering kali adalah materialisme sekuler dan banyak orang akan mengikuti budaya dominan yang mengutamakan otonomi pribadi dan konsumerisme. Namun, banyak yang tidak mau mengadopsi budaya dominan dan nilai-nilainya karena alasan agama, pribadi, atau keluarga. Apa pun jenis masyarakat tempat APN bekerja, mereka perlu menyadari faktor-faktor budaya dan bagaimana pengaruhnya terhadap spiritualitas masyarakat, selain memahami bagaimana pandangan dunia mereka dibentuk oleh budaya tempat mereka dibesarkan. Salah satu cara untuk memahami perbedaan budaya adalah melalui pemahaman narasi (yang seringkali tidak disadari) yang digunakan orang

untuk memahami diri mereka sendiri dan tempat mereka dalam masyarakat. Hal ini mendasari pandangan dunia yang menjadi landasan budaya atau masyarakat tertentu dan berkaitan dengan hal-hal yang menjadi perhatian utama. Pandangan dunia disamakan dengan kaca mata berwarna, yang biasa dipakai, yang mewarnai cara kita memandang dunia tanpa kita sadari bahwa hal ini sedang terjadi. Pandangan dunia orang-orang dalam masyarakat monokultural tradisional akan dianut oleh banyak orang di masyarakat. Namun, dalam masyarakat multikultural, situasinya akan menjadi lebih rumit. Wright (1992) mengemukakan bahwa pandangan dunia memiliki empat komponen:

- Asumsi tentang keadaan dunia, diungkapkan melalui narasi (cerita).
- Jawaban atas pertanyaan mendasar tentang keberadaan:
 - ≈ siapa kita?
 - ≈ di mana kita?
 - ≈ apa yang salah?
 - ≈ apa cara untuk maju?
- Ekspresi simbolik melalui peristiwa dan artefak.
- Suatu cara bersikap dan berperilaku yang berasal dari pandangan dunia, narasi, pertanyaan, dan simbol yang terkait dengannya.

Saat ini, Monbiot (2017) menegaskan 'narasi yang dominan adalah fundamentalisme pasar, yang dikenal luas di Eropa sebagai neoliberalisme'. Dalam pandangan dunia ini, pasar adalah raja dan diyakini mampu menyelesaikan hampir semua permasalahan

dalam hidup. Narasinya meyakini bahwa negara harus berukuran kecil dan sesedikit mungkin mengganggu kekuatan pasar, melalui regulasi dan perpajakan. Sebagai jawaban atas pertanyaan tentang siapa kita, narasinya adalah bahwa kita adalah individu yang otonom, didorong oleh kepentingan pribadi dan bahwa pertumbuhan ekonomi ditentukan ketika kita semua bersaing untuk mendapatkan 'bagian' kita (atau lebih dari 'bagian' kita) dari sumber daya manusia. banyaknya barang konsumen yang ditawarkan. Hubungan seringkali bersifat kontraktual dan orang-orang mungkin diperlakukan sebagai komoditas sedangkan hubungan APN didasarkan pada komitmen etis dan lebih bersifat perjanjian dan pribadi.

Mengenai keberadaan kita—hingga saat ini narasinya mengalami kemajuan pesat seiring dengan semakin banyaknya produksi dan konsumsi barang. Yang menarik, hal ini mencerminkan periode besar terakhir kapitalisme di akhir zaman Victoria, yang dilemahkan pada pertengahan abad ke-20 dengan merosotnya sosial demokrasi dalam waktu singkat. Ketika kita dihadapkan pada pertanyaan mengenai apa yang salah, hingga saat ini, jawaban neoliberal adalah 'terlalu banyak campur tangan negara' sehingga pelayanan publik diprivatisasi, belanja pemerintah dan pajak dipotong, serta sejumlah peraturan mengenai industri dikurangi. Cara untuk bergerak maju 'kurang lebih sama'. Peristiwa dan artefak yang melambangkan budaya ini antara lain pusat perbelanjaan, Wall Street, New York; Kota London dan obsesi terhadap indeks keuangan seperti DowJones dan FTSE. Cara hidup

melibatkan persaingan dalam masyarakat konsumen dan kecenderungan untuk memperlakukan orang lain dengan cara Aku-Itu daripada Aku-Engkau.

Menyusul 'kehancuran' keuangan global pada tahun 2008, munculnya Covid-19 sebagai ancaman global dan ancaman bencana iklim global (dan banyak masalah lain yang tidak terlalu mendesak) yang mungkin terjadi, narasi ini semakin dipertanyakan (Dyke 2020). Monbiot (2016) menyebutnya sebagai 'ideologi yang merupakan akar dari semua masalah kita'.

Peristiwa simbolis dan artefak abad pertengahan di Inggris adalah festival keagamaan, gereja, dan katedral. Kini penjualan bulan Januari, 'black Friday', pusat perbelanjaan dan kantor pusat bank-bank besar juga mengalami hal yang sama. Bahkan Natal sebagian besar telah diubah dari festival keagamaan menjadi pesta konsumerisme. Meskipun narasi dominan dalam masyarakat Barat pada Abad Pertengahan didasarkan pada agama (Kristen), neoliberalisme sekuler adalah hal yang normal dan pandangan dunia keagamaan lebih beragam. Neoliberalisme sekuler semakin mendominasi dunia politik selama sekitar 50 tahun terakhir. Namun dominasinya sebagian besar berada pada tingkat yang tidak disadari sehingga, bahkan ketika kami menulis artikel ini di tengah krisis yang disebabkan oleh virus corona, orang-orang masih menantikan untuk kembali ke kondisi 'normal' ketika bukti ilmiah menunjukkan bahwa kita akan lebih bijaksana untuk mencapai tujuan tersebut. untuk pemulihan yang kurang berorientasi pada konsumen.

Masalah lain yang dihadapi neoliberalisme sebagai pandangan dunia yang dominan adalah tidak adanya moralitas intrinsik. Dibutuhkan moralitas yang bersumber dari agama atau filsafat untuk benar-benar menjawab pertanyaan 'apa yang salah?'

Namun, dalam budaya dominan masyarakat Barat saat ini terdapat banyak kelompok lain dengan pandangan dunia yang berbeda, terutama penganut agama yang berbeda dan/atau anggota kelompok etnis minoritas. Pada sensus Inggris dan Wales tahun 2011 (Kantor Statistik Nasional 2011), hampir 60% orang menggolongkan diri mereka sebagai 'Kristen' dan lebih dari seperempatnya menggolongkan diri mereka sebagai tidak beragama. Islam dengan persentase hampir 5% berada di urutan berikutnya, diikuti oleh Hinduisme, Sikhisme, Yudaisme, dan Buddha, yang merupakan kelompok minoritas yang lebih kecil namun masih memiliki budaya yang signifikan. Bahkan dalam kelompok yang luas ini terdapat perbedaan pandangan dunia. Misalnya, hanya sebagian kecil dari mereka yang mengaku Kristen akan menjadi anggota aktif gereja dan orang Kristen nominal mungkin memiliki pandangan dunia yang lebih selaras dengan materialisme sekuler dan neoliberalisme.

Dalam pengelompokan agama akan ada perbedaan dalam penekanan pada keyakinan dan perilaku ritual. Namun, pada dasarnya (seperti dibahas di atas) hampir semua memiliki penekanan pada cinta teguh yang diungkapkan melalui kasih sayang dan kebaikan terhadap orang lain. Seperti pernyataan

terkenal dari Anggota Parlemen Inggris yang terbunuh, Jo Cox (dan banyak dari kita yang percaya) 'Kita memiliki lebih banyak kesamaan daripada yang memisahkan kita' (British Broadcasting Corporation 2016).

Terdapat perpecahan besar antara budaya yang berbasis di Eropa, dengan penekanan pada otonomi pribadi dan individualisme, serta budaya Timur dan Afrika yang sering kali masih memiliki rasa kekeluargaan atau tanggung jawab kolektif dan saling ketergantungan yang lebih kuat. Hal ini dapat mempengaruhi bagaimana orang mengalami penyakit, kecacatan dan penuaan. Terdapat potensi konflik budaya dan bahkan etika ketika praktisi dari budaya individualistis mengelola orang-orang dari budaya yang lebih kolektif dan sebaliknya (Kirschbaum dan Rodriguez 2017). Pada fase awal pandemi virus corona, respons yang berbeda-beda antara negara-negara seperti Jepang dan Korea Selatan di satu sisi, dan budaya Eropa di sisi lain, mungkin tidak hanya didasarkan pada pengalaman sebelumnya terhadap virus SARS namun juga pada perbedaan-perbedaan tersebut. dalam budaya yang mendasarinya. Budaya 'Timur' dengan cepat mengambil pendekatan kolektif terhadap masalah ini, terlihat dari normalnya penggunaan masker untuk melindungi orang lain di tempat umum, sedangkan di Inggris, misalnya, awalnya ada keengganan untuk menerapkan tindakan tersebut karena ketakutan akan dampak buruk terhadap kesehatan. membatasi otonomi dan kebebasan individu.

Pandangan dunia tidak dibentuk oleh satu keyakinan, nilai atau pandangan. Kebutuhan APN untuk mengenali bagaimana pandangan dunia mereka sendiri, selain pandangan dunia keperawatan, dapat mendukung atau menghalangi praktik mereka sehari-hari. Mempertahankan pandangan dunia yang menghubungkan dengan prinsip-prinsip kepedulian dan etika keperawatan membantu APN menjadi jelas tentang apa yang benar atau salah, kepada siapa mereka bertanggung jawab, bagaimana memberikan perawatan dan bagaimana merespons keadaan tertentu. Warisan budaya APN sendiri akan memiliki dampak yang signifikan terhadap pandangan dunia mereka dan memberikan landasan ontologis dan epistemologis yang menentukan sistem kepercayaan mereka. Bagaimana APN menanggapi orang-orang yang mereka rawat dengan pandangan dunia yang berbeda ditangani melalui kompetensi budaya.

2. Kompetensi Budaya

Sharii dkk. (2019) melakukan analisis konsep kompetensi budaya keperawatan. Mereka secara singkat mendefinisikannya sebagai 'proses dinamis dan evolusioner dalam memperoleh kemampuan untuk memberikan layanan yang efektif, aman, dan berkualitas kepada individu dari budaya berbeda serta mempertimbangkan berbagai aspek budaya mereka' (Sharii dkk. 2019). Mereka menemukan enam atribut yang menentukan:

- a. Kesadaran budaya
- b. Pengetahuan budaya

- c. Sensitivitas budaya
- d. Keterampilan budaya
- e. Kemahiran budaya
- f. Dinamis

Kesadaran budaya berarti pertama-tama menyadari pandangan dunia atau 'kacamata budaya' kita sendiri. Kita perlu memahami budaya kita sendiri yang mungkin kita terima sebagai hal yang 'normal' seiring kita tumbuh dalam keluarga dan budaya kita sendiri (walaupun banyak yang menantang budaya keluarga di masa remajanya). Kita perlu menyadari bagaimana pandangan dunia ini mempengaruhi pemahaman, keyakinan, dan perilaku kita. Refleksi terhadap budaya dan latar belakang diri sendiri merupakan bagian penting untuk bisa mengenal budaya orang lain. Hal ini memungkinkan pemahaman tentang persamaan dan perbedaan antara budaya kita sendiri dan budaya lain dan merupakan dasar di mana kita dapat belajar mengenali dan menghormati perbedaan tersebut.

Pengetahuan budaya melibatkan pembelajaran terus-menerus tentang budaya orang lain ketika kita berhubungan dengan mereka. Hal ini berarti memahami pandangan dunia mereka dan khususnya bagaimana pandangan mereka mempengaruhi keyakinan dan praktik yang berhubungan dengan kesehatan. Hal ini memungkinkan kita untuk lebih memahami dan menghormati cara orang-orang dari budaya berbeda berpikir dan berperilaku sehubungan dengan penyakit dan kebutuhan kesehatan. Misalnya, beberapa budaya tidak menerima perempuan

menerima layanan kesehatan dari dokter, perawat, atau bidan laki-laki. Budaya agama tertentu mungkin memiliki praktik pola makan tertentu yang perlu dipahami dan diakomodasi. Melanjutkan pembelajaran adalah hal yang penting karena kita mungkin akan menghadapi masalah yang tidak kita antisipasi dan kita harus peka terhadap reaksi tak terduga dari orang yang kita rawat dan kerabat mereka serta berupaya memahami apa yang melatarbelakangi reaksi tersebut. Kita juga perlu menyadari bahwa kita perlu menerima nasihat dari orang lain ketika kita tidak yakin dengan masalah budaya.

Sensitivitas budaya didasarkan pada pengetahuan dan rasa hormat yang kita miliki terhadap budaya yang berbeda. Kita juga perlu memperhatikan permasalahan budaya dan tidak membuat asumsi atau generalisasi yang tidak beralasan terhadap orang-orang yang berbeda budaya. Sebuah budaya yang tampak homogen dari sudut pandang kita mungkin sebenarnya cukup beragam bagi mereka yang lebih memahaminya (lihat kekeliruan ekologis di bawah). Aspek penting dari hal ini adalah mendengarkan dan mengklarifikasi permasalahan dalam hubungan Aku-Engkau dengan orang yang kita hadapi. Kadang-kadang mungkin ada masalah bahasa dan seorang juru bahasa mungkin diperlukan dan kadang-kadang juru bahasa dapat membantu menafsirkan masalah budaya serta bahasanya. Ketika isu-isu budaya dipahami, setiap rencana layanan kesehatan perlu, sebisa mungkin, mempertimbangkannya.

Keterampilan budaya adalah tentang komunikasi dua arah yang efektif dengan orang-orang dari budaya berbeda. Masyarakat perlu menyadari bahwa kekhawatiran mereka didengar, diakui, dan ditangani. Keterampilan budaya memungkinkan kita untuk bekerja secara efektif dengan orang-orang dari budaya yang berbeda, menghormati keyakinan, nilai-nilai dan adat istiadat yang berbeda dalam bermitra dengan mereka untuk menyediakan layanan kesehatan yang dapat diterima.

Kemahiran budaya dikembangkan melalui perolehan dan transfer pengetahuan baru tentang pendekatan yang sensitif terhadap budaya. Hal ini merupakan pembelajaran individu dari proses pengalaman dan pembelajaran kolektif dari orang lain melalui penelitian yang dilakukan dan dikomunikasikan dengan baik di bidang ini.

Dinamika menekankan bahwa kompetensi budaya adalah pengalaman belajar seumur hidup.

Kami ingin menambahkan bahwa sama seperti praktik kompetensi spiritual yang mengharuskan kita untuk menyadari keterbatasan kita sendiri dan mencari bantuan ketika kita menghadapi permasalahan spiritual yang tidak dapat kita pahami sepenuhnya, kompetensi budaya juga mengharuskan kita untuk mencari bantuan ketika kita berada di luar kemampuan kita. Dalam budaya Barat, hal ini biasanya berarti mencari bantuan, dengan persetujuan pasien dari anggota keluarga atau orang lain yang memiliki latar belakang budaya atau agama yang sama. Pemahaman tersebut harus selalu bermula dari

hubungan kasih sayang orang ke orang dengan pengguna layanan.

3. Sebuah Kata Peringatan (Kekeliruan Ekologis)

Penerapan kompetensi budaya dalam pertemuan keperawatan dengan pasien individual telah mendapat tantangan. Dreher dan MacNaughton (2002) menegaskan bahwa:

“Meskipun individu-individu mungkin berasal dari kelompok budaya yang sama, asumsi bahwa mereka sebenarnya adalah kelompok budaya yang sama adalah sebuah kekeliruan ekologis.”

Kekeliruan ekologis/ecological fallacy diakibatkan oleh pengambilan kesimpulan terhadap unit analisis yang salah—dalam hal ini melakukan generalisasi terhadap individu dari data kelompok budaya/subkultural. Dreher dan McNaughton berpendapat bahwa perbedaan individu sedemikian rupa sehingga generalisasi budaya harus diterapkan dengan sangat hati-hati pada antarmuka klinis dan bahkan 'kompetensi budaya sebenarnya adalah kompetensi keperawatan'. Argumen mereka bagus dan sejalan dengan uraian kami tentang praktik kompeten secara spiritual yang melibatkan keterlibatan penuh kasih dengan pribadi seutuhnya sebagai manusia yang unik. Jelas tidak masuk akal untuk mengharapkan seorang praktisi mempunyai pengetahuan ensiklopedis tentang semua agama atau budaya yang berbeda. Apa yang diperlukan adalah kesadaran bahwa mereka ada dan kemauan untuk menghormati bagaimana, pada pasien tertentu, pandangan dunia yang berbeda dari pandangan

praktisi mungkin perlu dipertimbangkan dalam perencanaan dan pemberian layanan kesehatan.

4. Perspektif Spiritualitas dan Asuhan Keperawatan Lintas Budaya

Tujuan mendasar dari keperawatan dan kebidanan adalah untuk meningkatkan kebutuhan perawatan holistik pasien termasuk kesejahteraan mental, fisik dan spiritual (Jubilee Center for Character and Virtues 2017). Kompetensi perawatan spiritual dan eksistensial paling baik diungkapkan dalam konteks praktik yang berpusat pada orang dan kehadiran penuh kasih (Ali dan Lalani 2020; Benner 1994). Praktik asuhan keperawatan yang kompeten memerlukan kehadiran kepedulian yang penuh kasih dengan keaslian dan kerentanan (Ali dan Lalani 2020; Wattis dkk. 2019). Asuhan keperawatan semacam itu memerlukan penerapan nilai-nilai inti perawatan spiritual seperti ketersediaan, mendengarkan secara aktif, menghormati privasi, martabat, memberikan dukungan dan kepastian dengan empati (Schwartz dkk. 2021; Rogers 2016).

Selama tiga dekade terakhir, spiritualitas mendapat perhatian khusus dalam pendidikan dan praktik keperawatan (Ali dkk. 2018). Ada perkembangan berkelanjutan seputar pemahaman ruang lingkup keterkaitan spiritualitas, konsep spiritual: seperti pengalaman spiritual, rasa sakit spiritual, tekanan spiritual di antara pasien dan keluarga dalam lingkungan budaya yang beragam (Lalani dan Ali 2020). Beberapa ahli teori keperawatan telah merekomendasikan bahwa perawat harus

menerapkan praktik perawatan transformatif yang dapat mempercepat proses pengembangan kesadaran diri pasien dengan memperluas kesadaran subjektif dan memungkinkan transendensi pada tingkat intuitif, untuk mendorong perawatan inklusif dan holistik (Ali 2017).

Kesadaran diri sangat penting dalam mengembangkan hubungan terapeutik perawat-pasien dan refleksi pribadi dalam mengenali kebutuhan perawatan yang kompeten secara budaya, berbasis kesetaraan, eksistensial, dan spiritual untuk pemberdayaan (Wattis dkk. 2021; Ali dan Lalani 2020). Namun, banyak perawat melaporkan kurangnya kesiapan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien mereka karena '...ketidakesesuaian antara harapan pendidikan dan kenyataan praktik' (McSherry 2000, hal. 40; Ali dkk. 2018).

Tantangan diidentifikasi dalam mengatasi spiritualitas dalam pendidikan keperawatan. Tantangan-tantangan ini termasuk ketakutan akan penolakan dengan menyinggung orang lain karena kurangnya kejelasan tentang beragam nilai budaya dan keyakinan agama, kebingungan terkait ekspektasi peran profesional keperawatan, dan kurangnya representasi dan penekanan pada perawatan spiritual dalam pendidikan dan praktik keperawatan (Ali 2017). Hal ini memerlukan standar keperawatan yang kuat berdasarkan struktur filosofis yang kuat, untuk memandu kurikulum dan lingkungan praktik yang mencerminkan aspek inti kompetensi perawatan spiritual.

BAB 3

KOMPETENSI PERAWATAN SPIRITUAL UNTUK PRAKTIK KEPERAWATAN

A. KOMPETENSI PERAWATAN SPIRITUAL

Kompetensi dalam keperawatan merupakan hal mendasar bagi semua praktik dan telah diidentifikasi termasuk kemampuan inti yang diperlukan untuk memenuhi peran keperawatan yang 'berfokus pada kinerja atau serangkaian tugas' (Fukada 2018). Hager dan Gonczi (1996) dalam mendefinisikan kompetensi, mencatat bahwa kompetensi dalam praktik bukan hanya tentang tugas atau atribut, namun pada dasarnya, 'hanya dengan mempertimbangkan secara tepat sifat relasional dari konsep kompetensi maka kekayaan holistik pekerjaan dapat ditangkap. ...' (hlm. 17). Erault (1994) percaya bahwa kompetensi dalam kinerja keterampilan harus ada dalam konteks dan tujuan, dan bahwa memiliki keterampilan hanyalah salah satu aspek dari pengetahuan. Konteks praktik yang dibahas di sini adalah kompetensi dalam perawatan spiritual melalui kacamata ICN dan EPICC.

1. Seni dan Sains dalam Praktik Keperawatan

Peran APN dilakukan dalam banyak situasi dan konteks yang melibatkan interaksi dengan individu dari beragam budaya, latar belakang etnis, dan pandangan dunia. Di mana pun layanan ini diberikan, diperlukan perpaduan antara 'seni' dan 'ilmu' dalam kepedulian (Ross dan McSherry 2010). APN berpraktik dalam situasi layanan kesehatan yang terus berkembang, cakrawala praktik terus berubah terutama di era baru inovasi digital dan teknologi ini. Mereka memberikan perawatan pada antarmuka praktik humanistik dan medis. Kepedulian ini dapat divisualisasikan sebagai suatu kontinum atau spektrum. Kelompok paling kiri memberikan pelayanan berdasarkan prinsip-prinsip humanistik, sedangkan kelompok paling kanan memberikan pelayanan berdasarkan paradigma medis dan ilmiah semata.

Praktik tingkat lanjut yang hanya mengandalkan, atau sangat bergantung pada, salah satu posisi ini akan menjadi problematis dan terpolarisasi. Misalnya, APN memerlukan dasar pengetahuan ilmiah dan medis yang kuat yang akan memastikan semua perawatan dan perawatan yang diberikan didasarkan pada bukti terkini. Hal ini akan memastikan bahwa layanan yang diberikan kompeten, dan memiliki standar serta kualitas tertinggi yang menjaga keselamatan pasien. Sebaliknya, perawatan yang tidak disertai interaksi antar manusia dapat menyebabkan dehumanisasi dan depersonalisasi individu. Bahaya dan kendalanya adalah pasien atau penerima layanan apa pun menjadi tersesat, tidak terlihat, karena fokusnya bukan pada

mereka sebagai pribadi melainkan pada kondisi atau masalah medis yang ditimbulkannya. Kepatuhan terhadap algoritme, jalur, dan formularium yang ketat dan preskriptif dapat memperparah situasi ini. Konsekuensinya, APN harus mencapai keseimbangan dalam melewati batas (kontinum) antara 'seni' dan 'sains' untuk memberikan layanan yang aman, berbasis bukti, dan berkualitas tinggi namun peka terhadap kemanusiaan seseorang.

Pertimbangan lebih lanjut dalam hubungan antara 'seni' dan 'sains' adalah gagasan praktik holistik dan berpusat pada manusia. Dapat dikatakan bahwa permasalahan ini ditangani dalam "seni" kepedulian. Namun, menerapkan hal ini pada keseluruhan praktik tingkat lanjut berarti mereduksi dan memisahkan peran, fungsi, dan tindakan ke dalam model perawatan yang fragmentaris dan reduksionis. Menganggap 'Seni' sebagai sesuatu yang terpisah dari 'sains' memunculkan pendekatan dualis dalam praktik. Pendekatan ini tidak holistik atau berpusat pada orang karena gagal mengakomodasi sifat relasional dari praktik tingkat lanjut yang berupaya mengintegrasikan pengobatan dan perawatan (McSherry 2007).

2. Perawatan Holistik dan Berpusat pada Individu

McEvoy dan Duffy (2008) memberikan definisi kerja yang berguna tentang asuhan keperawatan holistik yang menyatakan:

"Asuhan keperawatan holistik mencakup pikiran, tubuh dan jiwa pasien, dalam budaya yang mendukung hubungan terapeutik perawat/pasien, sehingga menghasilkan keutuhan, harmoni dan

penyembuhan. Perawatan holistik dipimpin oleh pasien dan berfokus pada pasien untuk memberikan perawatan individual, sehingga merawat pasien secara keseluruhan dan bukan sebagai bagian yang terfragmentasi."

Definisi ini menunjukkan pentingnya perawatan yang mencakup keseluruhan 'keseluruhan' pribadi, tubuh, pikiran dan jiwa. McSherry (2006) membahas spiritualitas dalam konteks holisme dengan menyoroti beberapa isu utama yang menjelaskan mengapa spiritual tetap menjadi bagian holisme yang terabaikan. Dia berpendapat bahwa ambiguitas definisi, kurangnya perhatian terhadap dimensi ini dalam model perawatan, kesenjangan teori dan praktik, dan pada akhirnya kebutuhan untuk mengembangkan teori yang mampu menangkap suara praktisi dan masyarakat yang mereka layani, semuanya berkontribusi terhadap kelalaian ini.

McSherry (2006) menyimpulkan bahwa 'beberapa isu mengenai posisi spiritualitas dalam konteks holisme akan terus berlanjut selama bertahun-tahun'. Pernyataan ini bersifat profetik karena belum ada konsensus atau penyelesaian nyata mengenai isu-isu ini dalam beberapa dekade terakhir. Analisis konsep Jasemi et al. (2017) menunjukkan bahwa beberapa masalah ini masih terjadi dalam bidang keperawatan dan layanan kesehatan. Namun, mereka menawarkan beberapa wawasan penting yang menyimpulkan bahwa definisi yang jelas tentang perawatan holistik dapat mengarah pada peningkatan kinerja klinis dan dengan demikian meningkatkan kualitas asuhan

keperawatan secara keseluruhan. Mungkin salah satu isu kuncinya adalah sifat kata-kata yang dapat dipertukarkan yang digunakan dalam teori dan model praktik keperawatan.

Selama beberapa dekade terakhir kita telah menggunakan perawatan individual, perawatan holistik, dan yang terakhir adalah perawatan yang berpusat pada orang. Sebuah resolusi tampaknya ditemukan dalam penggunaan perawatan yang berpusat pada orang karena hal ini tampaknya merangkul dan mengintegrasikan atribut individual dan holistik. Salah satu pionir pendekatan ini, McCormack (2003, hal. 203) menulis 'menjadi berpusat pada individu memerlukan pembentukan narasi terapeutik antara profesional dan pasien yang dibangun atas dasar rasa saling percaya, pengertian, dan berbagi pengetahuan kolektif. Hal ini mempunyai arti penting bagi mereka yang menjalankan peran APN karena hal ini menyoroti unsur-unsur utama yang menjadi dasar dari perawatan yang berpusat pada individu.

3. Pentingnya Bahasa

Tinjauan atas karya McCormack menggarisbawahi pentingnya pendekatan yang benar-benar holistik. Meskipun tidak ada rujukan langsung pada kata spiritual, hal ini dapat dimasukkan ke dalam apa yang disebut 'kesadaran autentik'. Hal ini digambarkan sebagai:

"pertimbangan kehidupan seseorang secara keseluruhan untuk membantu mempertahankan makna dalam hidup. Kesadaran autentik bukanlah

sebuah tatanan hirarkis atas keinginan-keinginan yang mungkin terjadi, melainkan sebuah klarifikasi nilai-nilai untuk memaksimalkan potensi pertumbuhan dan perkembangan” (McCormack, 2003)”

Menariknya, kerangka keperawatan yang berpusat pada individu yang ditawarkan oleh McCormack dan McCance (2006) juga tidak memberikan referensi eksplisit terhadap dimensi spiritual. Meskipun hal ini tidak menjadi masalah, namun hal ini menimbulkan beberapa pengamatan menarik. Misalnya, apakah ini merupakan kelalaian yang disengaja atau keputusan sadar untuk tidak mengacu pada dimensi spiritual? Atau apakah ini sebuah kekeliruan atau apakah penulis merasa bahwa gagasan tersebut sudah cukup dibahas dalam aspek lain dari kerangka kerja ini?

Mengingat berkembangnya literatur dalam bidang keperawatan dan perawatan kesehatan yang terkait dengan spiritualitas dan peran spiritualitas dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan individu, kegagalan untuk mengatasi hal ini secara memadai dalam model praktik holistik dan berpusat pada manusia dapat menyebabkan APN menjadi ragu-ragu atau enggan untuk terlibat dengan aspek praktik mereka ini. Hal ini menimbulkan pertanyaan mendasar: Bagaimana kita mempersiapkan perawat untuk perawatan spiritual?

4. Kesenjangan dalam Praktik

Sebelum menjawab pertanyaan tentang bagaimana APN dapat dipersiapkan untuk layanan spiritual, penting untuk memahami bagaimana istilah

'spiritualitas' dan 'layanan spiritual' dipahami dan seperti apa kompetensi perawatan spiritual (SCC). Kesenjangan inilah yang ingin diatasi oleh proyek Eropa berdurasi tiga tahun (2016-2019), yang didanai oleh Komisi Eropa. Proyek ini berfokus pada 'Peningkatan Kompetensi Perawat dan Bidan dalam Memberikan Perawatan Spiritual melalui Pendidikan Inovatif dan Perawatan Penuh Kasih' (EPICC) (McSherry, dkk. 2020)

5. Menuju Pemahaman Bersama tentang 'Spiritualitas' dan 'Perawatan Spiritual'

Karena tidak ada definisi yang disepakati mengenai 'spiritualitas' dan 'pelayanan spiritual' dalam keperawatan dan kebidanan, maka dianggap penting untuk mencapai pemahaman bersama mengenai istilah-istilah ini untuk Proyek. Kami memilih definisi 'spiritualitas' dari Asosiasi Perawatan Paliatif Eropa karena adanya konsensus internasional yang mendasarinya (Puchalski dkk. 2014), dan definisi NHS Education for Scotland (NES) tentang 'perawatan spiritual' yang banyak dikutip di literatur dan sepertinya cocok dengan praktik keperawatan/kebidanan (NES 2009). Peserta mempertimbangkan definisi ini dalam survei online pada awal proyek dan mencapai kesepakatan pada acara T&L pertama pada bulan April 2017. Definisi yang diadopsi diuraikan selanjutnya, dengan perubahan yang mencerminkan kesejahteraan yang ditandai dengan huruf tebal. Definisi ini ditambahkan pada Pembukaan Standar Pendidikan Perawatan Spiritual EPICC.

Box 3.1 Definitions Adopted for the EPICC Project*Spirituality:*

'The dynamic dimension of human life that relates to the way persons (individual and community) experience, express and/or seek meaning, purpose and transcendence, and the way they connect to the moment, to self, to others, to nature, to the significant and/or the sacred'.

The spiritual field is multidimensional:

- 'Existential questions (concerning, for example, identity, meaning, suffering and death, guilt and shame, reconciliation and forgiveness, freedom and responsibility, hope and despair, love and joy).
- Value-based considerations and attitudes (that is, the things most important to each person, such as relations to oneself, family, friends, work, things, nature, art and culture, ethics and morals, and life itself).
- Religious considerations and foundations (faith, beliefs and practices, one's relationship with God or the ultimate)' (Nolan et al. 2011).

Spiritual care

'Care which recognises and responds to the human spirit when faced with *life-changing events* (such as birth, trauma, ill health, loss) or sadness, and can include the need for meaning, for self-worth, to express oneself, for faith support, perhaps for rites or prayer or sacrament, or simply for a sensitive listener. Spiritual care begins with encouraging human contact in compassionate relationship and moves in whatever direction need requires' (adapted from NES 2009, p. 6).

6. Bentuk Kompetensi Kepedulian Spiritual

Kerangka kerja SCC yang terdiri dari 54 item dari Attard et al. (2019a, b) dipilih sebagai titik awal dalam memikirkan seperti apa SCC bagi perawat/bidan, karena ini adalah pekerjaan SCC yang paling ekstensif, ketat, dan terkini di pada saat itu, memanfaatkan kontribusi signifikan dari van Leeuwen dkk. (2009). Antara bulan April 2017 dan September 2018 peserta mengurangi 54 kompetensi menjadi 4 melalui serangkaian kuesioner online, di mana setiap kompetensi dinilai berdasarkan kepentingannya, dan diskusi kelompok dan pleno tatap muka. Keempat kompetensi tersebut (Tabel 3.2) digabungkan dengan pembukaan untuk membentuk Standar Pendidikan Perawatan Spiritual EPICC (van Leeuwen dkk. 2021). Pengetahuan, keterampilan dan sikap yang berkaitan

dengan masing-masing kompetensi dibahas secara singkat sepanjang bab ini dan terkait dengan praksis APN.

The EPICC spiritual care competencies

1. Intrapersonal spirituality	2. Interpersonal spirituality	3. Spiritual care: assessment and planning	4. Spiritual care: intervention and evaluation
Is aware of the importance of spirituality on health and well-being	Engages with persons' spirituality, acknowledging their unique spiritual and cultural worldviews, beliefs and practices	Assesses spiritual needs and resources using appropriate formal or informal approaches, and plans spiritual care, maintaining confidentiality and obtaining informed consent	Responds to spiritual needs and resources within a caring, compassionate relationship

7. Kompetensi Praksis dalam Praktik Perawat Tingkat Lanjut dan Perawatan Spiritual

Secara internasional, APN diakui berfungsi dalam peran yang memerlukan pendidikan formal di luar perawat generalis, dengan gelar master sebagai persyaratan minimum untuk peran tersebut (International Council of Nurses 2020). ICN lebih lanjut mencatat bahwa APN 'dipengaruhi oleh lingkungan global, sosial, politik, ekonomi, dan teknis' (ICN 2020, hal. 8). Kebangkitan kembali minat terhadap spiritualitas di seluruh dunia, penelitian terhadap persepsi APN tentang spiritualitas dan integrasi ke dalam praktik, dan pekerjaan EPICC adalah bagian dari lingkungan yang mempengaruhi praktik keperawatan tingkat lanjut. Argumen untuk mengintegrasikan spiritualitas ke dalam praktik APN sangat kuat. Namun, sebagian besar pengetahuan klinis yang dibutuhkan oleh APN bersifat medis, farmakologis dan teknis, mempersiapkan APN untuk bekerja secara mandiri, menerima, merujuk dan memulangkan pasien yang mungkin telah dirawat oleh seorang praktisi medis. Bekerja dalam kerangka rasionalitas teknis dan

paradigma hipotetis-deduktif memungkinkan pengambilan keputusan dan penalaran klinis didukung oleh pendekatan berbasis bukti; namun, hal ini sering kali mengabaikan dimensi spiritual dari kepedulian.

Tampaknya bertentangan dengan pendekatan berbasis bukti, ICN menyatakan: '... pedoman ini menekankan bahwa APN pada dasarnya adalah peran keperawatan, yang dibangun berdasarkan prinsip keperawatan' (ICN 2020). Oleh karena itu, pengetahuan induktif yang didukung oleh praksis keperawatan akan menuntut setiap pengambilan keputusan mempertimbangkan kebutuhan holistik pasien. Oleh karena itu, kondisi yang menyebabkan penderitaan ditangani, dengan pendekatan holistik APN menangani penderitaan pasien, berdasarkan praktik keperawatan yang etis dan penuh kepedulian (Hoeck dan Delmar 2018).

Menjelaskan konsep praksis dan etika, Cody (2013) mencatat bahwa hal ini tertanam dalam interaksi kompleks antara perawat dan pasien, namun perawat akan berlatih berdasarkan pemahaman mereka tentang apa yang akan berkontribusi pada kesejahteraan pasien. Cody (2013) lebih lanjut menyatakan:

"Praksis dan penalaran praktis selalu terungkap dalam konteks yang sangat bersifat interpersonal dan relatif tidak dapat diprediksi. Tujuan akhir tidak dapat ditentukan sebelumnya, dan ketika tujuan-tujuan tersebut berkembang sesuai situasi, maka sarana-

sarana yang memungkinkan juga akan berkembang. Jadi, praksis bersifat kreatif dan dialogis”

Cody (2013) lebih lanjut menjelaskan praksis keperawatan sebagai sesuatu yang disengaja dan disengaja, dipandu oleh ilmu keperawatan, tetapi juga oleh sumber pengetahuan lain. Benner (1984) menambahkan bahwa sumber pengetahuan penting yang ia sebut sebagai 'pengenalan pola' adalah bagian dari pemikiran praktisi tingkat lanjut atau 'ahli', sekali lagi, belajar dari praktik dengan cara yang kreatif dan dialogis dengan fokus pada kebutuhan pasien.

B. MENGEMBANGKAN KOMPETENSI PERAWATAN SPIRITUAL APN

Untuk membahas bagaimana mempersiapkan APN untuk perawatan spiritual, kita perlu kembali ke penelitian EPICC yang dibahas di awal bab ini.

Seiring dengan berkembangnya kompetensi layanan spiritual dari waktu ke waktu, dan karena APN memiliki pengalaman yang signifikan, dapat diasumsikan bahwa mereka telah memberikan layanan spiritual sebagai bagian integral dari praktik holistik mereka. Memang benar, pemberian perawatan spiritual sebagai bagian dari perawatan holistik telah disorot sebagai bagian penting dari perawatan keperawatan tingkat lanjut (McMillan dkk. 2018; Withers dkk. 2017; Arslanian-Engoren dkk. 2018), meskipun hal ini memerlukan pemahaman tentang spiritualitas. dan ekspresinya dalam konteks kepedulian.

Perawatan yang berpusat pada pasien atau berpusat pada orang pada dasarnya bersifat holistik, dan menyediakan sistem perawatan di mana perawatan

spiritual dapat berkembang (Vincensi 2019). Untuk mencapai hasil yang berpusat pada individu seperti kepuasan terhadap layanan, keterlibatan dalam perawatan, kesejahteraan, dan budaya terapeutik, model McCormack dan McCance (2021) mempromosikan beberapa proses perawatan, termasuk 'kehadiran simpatik', sedangkan model Rogers (2016) Ketersediaan dan Kerangka Kerentanan dengan baik mendukung penerapan ini dalam praktik tingkat lanjut.

Empat kompetensi perawatan spiritual EPICC di bawah ini mengintegrasikan banyak aspek dari kerangka kerja Rogers (2016) serta pendekatan perawatan yang berpusat pada orang.

C. KOMPETENSI INTRAPERSONAL DAN INTERPERSONAL

APN idealnya ditempatkan untuk menerapkan tingkat pengetahuan, keterampilan, dan sikap mereka yang lebih tinggi dalam praktik terkait dengan spiritualitas intrapersonal dan interpersonal, dan tentu saja, mereka harus bertindak sebagai mentor dalam praktik, dan menjadi teladan dalam tindakan-tindakan ini. Namun pertama-tama, untuk menjadi teladan dalam hal ini, APN perlu mengambil tindakan berdasarkan peluang yang muncul dalam praktik, dan mengenali ketersediaan dan kerentanan mereka agar dapat melakukan praktik secara efektif dan aman. Mengembangkan kompetensi perawatan spiritual pada orang lain memerlukan kompetensi perawatan spiritual yang tinggi pada diri sendiri.

D. KEHADIRAN, KETERHUBUNGAN, DAN KETERIKATAN

Kehadiran adalah kunci dalam SCC, ini adalah cara tertentu dalam bersikap, merawat, dan berhubungan secara spiritual dengan pasien yang telah dibahas dalam literatur selama bertahun-tahun. Hadir sepenuhnya untuk pasien adalah keterampilan yang diekspresikan melalui keaslian APN dan cinta tanpa syarat dan memiliki beberapa pendahuluan: perhatian APN terfokus pada pasien, penerimaan terhadap kebutuhan orang lain dan kesadaran akan kemanusiaan bersama (Tavernier 2006).

Meskipun perkembangan teknologi dan kemajuan pesat pasien melalui sistem layanan kesehatan berarti pasien mungkin menghabiskan lebih sedikit waktu dengan APN dibandingkan sebelumnya, kehadiran selama pertemuan perawat-pasien dikatakan sebagai sumber daya yang kuat dalam pemberian perawatan sebagai alat terapeutik sejak saat itu. hal ini memberikan makna, dan mendorong penyembuhan holistik (Covington 2003; Tavernier 2006). Namun mendefinisikan kehadiran sangatlah sulit, dan tanpa definisi yang jelas, APN mungkin akan merasa sulit untuk mendiskusikan dan merefleksikan konsep tersebut. Seperti yang dicatat oleh Wingate (2007, hal. 97): 'kehadiran... mempunyai batasan yang tidak jelas, dan sering dikombinasikan dengan konsep lain seperti kepedulian' dan oleh karena itu mungkin sulit untuk dioperasionalkan, apalagi diajarkan.

Sintesis konseptual Finfgeld-Connett (2008) tentang seni keperawatan, kehadiran dan kepedulian membantu mengidentifikasi kesamaan yang berfungsi untuk menggarisbawahi pentingnya masing-masing konsep, menyiratkan bahwa batasan yang tidak jelas dari konsep-

konsep tersebut tidak merugikan pemahaman mereka tentang operasionalisasi dalam praktik.

Dalam penerapan praktisnya, Covington (2003, p.313) menegaskan bahwa 'kehadiran kepedulian menawarkan konteks di mana spiritualitas dapat diekspresikan, hubungan dapat dibuat dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan/kekuatan hidup' sehingga perawatan holistik diberikan, dan lingkungan terapeutik disediakan untuk penyembuhan fisik, emosional, dan spiritual melalui cara antarmanusia.

Hadir untuk seseorang dalam arti tersedia secara autentik bagi orang tersebut, berarti bahwa suatu hubungan dapat dibuat yang memungkinkan pertumbuhan dan peningkatan kesejahteraan spiritual, hubungan terapeutik yang sejati, hubungan roh ke roh satu sama lain (Burkhardt dan Nagai-Jacobsen 2002). Sebagai seorang APN, pembelajaran untuk menawarkan kehadiran kepedulian adalah penting, namun seperti yang diperingatkan oleh McMahan dan Christopher (2011), pengembangan kompetensi dan keterampilan diperlukan. EPICC SCC memberi APN kerangka kerja dan konteks untuk menempatkan pembelajaran ini.

Untuk memungkinkan kehadiran, harus ada pemahaman tentang bagaimana menciptakan hal ini dalam praktik kepedulian. Heidegger (1962) mengemukakan bahwa kepedulian memerlukan kebersamaan dengan 'makhluk' lain dan memperhatikan diri sendiri dengan apa yang menjadi perhatian orang lain. Hal ini juga terkait dengan empati yang diekspresikan dalam kompetensi EPICC dalam hal sikap etis yang mendukung intervensi dan evaluasi perawatan spiritual di

mana APN akan menanggapi kebutuhan dan sumber daya spiritual seseorang dalam hubungan yang penuh perhatian dan kasih sayang.

Rogers (2016) mengambil langkah lebih jauh dengan menyatakan bahwa APN juga harus tersedia dan menerima serta memahami orang lain. Merawat seseorang secara keseluruhan membutuhkan kesadaran (atau memperhatikan) keterhubungan tubuh, pikiran dan jiwa, dan 'bersama' dengan orang lain. Ini semua penting untuk perawatan holistik. Dengan kata lain, untuk merawat seseorang secara holistik dan menunjukkan kepedulian terhadap orang tersebut, APN harus hadir sepenuhnya dan menegaskan orang tersebut secara holistik dengan mempertimbangkan tubuh, pikiran, dan jiwa (Potter dan Frisch 2007). Ini adalah keterampilan dan sikap untuk membuat diri tersedia, bukan pengetahuan tentang kepedulian saja.

Kehadiran memerlukan keterhubungan antara APN dan pasien. Konsep ini telah menjadi bagian dari banyak teori keperawatan selama bertahun-tahun dan sering dikatakan mendorong penyembuhan dan keutuhan. Momen Caring menurut Watson (2005) adalah kejadian, momen, atau titik dimana perawat dan pasien berkumpul, dan selama waktu tersebut kepedulian dapat terjadi. Kedua orang dalam hubungan kepedulian membawa konteksnya masing-masing dan bersatu sebagai manusia dengan kerentanannya masing-masing, yang disebut Watson sebagai transaksi antarmanusia. Belas kasih yang ditunjukkan oleh APN pada momen-momen ini, bila digabungkan dengan kehadiran merupakan intervensi perawatan spiritual yang penting dan kuat, serta

memerlukan pengetahuan yang jelas tentang diri dan keterbatasan pribadi.

Teori Keterikatan Bowlby (1967) menggambarkan betapa pentingnya terhubung dengan orang lain pada tingkat yang berbeda-beda sepanjang hidup manusia, terutama pada saat stres. Kaufmann (1981) mengidentifikasi pentingnya 'keterikatan aman' secara psikologis dalam rangka mengatasi ketika seseorang merasa rentan. Figur keterikatan yang paling umum adalah keluarga dan/atau dewa, karena seseorang seharusnya dicintai dan merasa dicintai oleh figur keterikatan (Kirkpatrick 2005), namun perawat sering dipandang sebagai figur keterikatan (Mottram 2009).

Campbell (1984) dan Rogers (2016) sama-sama mengemukakan bahwa kepedulian dianggap sebagai bentuk agape (cinta terhadap sesama) yang merupakan penghormatan yang setara terhadap manusia, dan cinta altruistik atau tanpa pamrih terhadap orang lain tanpa imbalan (Burkhardt dan Nagai-Jacobsen 2002). Sebagai seorang APN, menyadari perlunya keterikatan dan kesediaan untuk selalu ada dalam hubungan yang terhubung dapat berdampak besar pada perawatan pasien. Buber (1970) berpendapat bahwa agar menjadi bermakna harus ada hubungan timbal balik, yaitu dua orang harus 'hadir' dan 'terhubung' dalam hubungan dalam pertemuan perawatan spiritual.

Buber (1970) juga mengusulkan pendekatan 'Aku Kamu' dan bukan 'Aku Itu' dalam hubungan yang memerlukan pengakuan satu sama lain sebagai sesama manusia. Baru-baru ini, McSherry (2006, hal. 156) menegaskan bahwa perawatan spiritual didukung oleh

keterampilan komunikasi yang efektif dan sensitif yang merupakan landasan hubungan antara pasien dan perawat, sedangkan kehadiran berarti berada bersama individu secara fisik, psikologis, dan spiritual. Oleh karena itu, APN mungkin menawarkan perawatan dan keterhubungan kepada pasien, namun untuk melampaui kompetensi dan koneksi spiritual, diperlukan mutualitas.

Kompetensi spiritual ditopang oleh pengetahuan spiritual, keterampilan dan sikap APN. Kerangka kerja EPICC menunjukkan bagaimana pengetahuan spiritual, keterampilan dan sikap mendukung kompetensi spiritual intrapersonal dan interpersonal APN, dan dengan demikian berlatih secara holistik. Sikap adalah hal yang paling sulit diukur, sedangkan pengembangan pengetahuan dan keterampilan dalam perawatan spiritual seringkali terlihat dan lebih mudah untuk diuji. Namun sikap tercermin dalam perilaku dan penting dalam menilai kebutuhan spiritual, dan menerapkan perawatan spiritual. Mempelajari kompetensi spiritual interpersonal dan intrapersonal adalah penting, karena perolehan pengetahuan, keterampilan dan sikap melalui pendidikan telah terbukti mungkin dilakukan di kelas serta melalui teladan dalam praktik (Attard dkk. 2014).

E. CINTA DAN KEPERCAYAAN

Kepercayaan merupakan hal mendasar bagi SCC, hal ini tercipta ketika hubungan dibangun dan dipupuk. Carr (2010) mencatat bahwa ini adalah dasar dari pengasuhan spiritual. Peduli secara spiritual adalah keharusan moral dan merupakan pemberian diri tanpa syarat pada suatu hubungan,

merupakan perwujudan nilai-nilai spiritual dan moral. Clarke (2013) mengakui bahwa perbedaan antara memberikan kepedulian dan memberikan kepedulian secara spiritual berkaitan dengan membangun keterhubungan kepedulian yang disengaja yang mengakui sifat spiritual dari interaksi tersebut.

Carper (2013) mengemukakan bahwa tindakan penggunaan diri terapeutik adalah 'menolak pendekatan pasien-klien sebagai objek (atau sebagai identitas Buber (I-It) dan sebaliknya berusaha untuk mengaktualisasikan hubungan pribadi yang autentik. antara dua pribadi '(Aku-Engkau) sehingga memahami lebih dari sekadar rasionalitas teknis praktik tingkat lanjut'.

Agar benar-benar hadir bagi pasien, ada anggapan bahwa penghormatan tanpa syarat, atau kehadiran penuh kasih dapat diberikan (Guenther 2011). Perawatan spiritual berdasarkan cinta yang tidak menghakimi dapat membantu mereka yang berada dalam krisis untuk menemukan makna dan kekuatan melalui keterhubungan (Mok dkk. 2010). Campbell (1984, hal. 85) mengidentifikasi bahwa untuk terhubung dengan orang lain, harus ada apa yang disebutnya 'cinta moderat' yang digambarkan sebagai '.... menjangkau orang lain dalam keinginan untuk meningkatkan nilai yang dilihat'.

Campbell (1984) mengusulkan agar profesi mengidentifikasi bahwa mereka tidak hanya memperlakukan orang secara adil, namun juga diatur oleh etika yang menghormati orang yang mereka sayangi. Ia berpendapat bahwa cinta yang dimoderasi, dikombinasikan dengan komitmen etis dari mereka yang berprofesi sebagai perawat, lebih berorientasi pada

keyakinan agama (seseorang dapat menggantikan spiritualitas di sini) dibandingkan dengan ketidakterikatan ilmiah. Mengembangkan kemampuan untuk menawarkan 'cinta yang moderat' membutuhkan empati dan integritas. Cinta, dalam arti kepedulian dan kasih sayang, merupakan penyembuh yang sangat ampuh, dan merupakan perwujudan jiwa manusia. Scheler (2008, hal. 144) mengidentifikasi bahwa cinta diberikan kepada mereka yang menderita untuk meringankan penderitaan mereka.

1. Perawatan Spiritual: Penilaian dan Perencanaan

Tahap pertama dalam perencanaan perawatan adalah melakukan beberapa bentuk penilaian, baik dilakukan secara formal maupun informal. Tantangan ketika menerapkan salah satu pendekatan terhadap penilaian spiritual adalah memastikan hal ini dilakukan dengan gangguan minimal dan sensitivitas yang tinggi. Ada banyak sekali literatur yang diterbitkan dalam bidang ini yang menganjurkan berbagai pendekatan dan intervensi penilaian spiritual (Lihat McSherry dan Ross 2010; Harrad dkk. 2019). McSherry dkk. (2019) memberikan gambaran umum yang bermanfaat mengenai manfaat dan tantangan utama dalam melakukan penilaian spiritual.

Menariknya, bukti dari survei yang menangkap persepsi dan praktik perawat dan profesional kesehatan seputar perawatan spiritual menunjukkan bahwa alat penilaian spiritual formal sangat jarang digunakan (McSherry dan Jamieson 2011; Austin dkk. 2017). Kebanyakan perawat dan praktisi mengumpulkan informasi ini dengan menanyakan pasien secara langsung atau dengan mengamati dan

mendengarkan mereka. Hal ini tidak berarti bahwa APN tidak boleh menggunakan alat ini dalam praktik dan konsultasi mereka dengan pasien. Dua model berbasis akronim yang telah digunakan dalam penilaian spiritual adalah FICA (Puchalski dan Romer 2000) dan HOPE (Anandarajah dan Hight 2001). Alat-alat ini dirancang untuk menanyakan kebutuhan pribadi, agama, dan spiritual pasien dengan cara yang tidak mengganggu, tepat waktu, dan sensitif sebagai bagian dari penilaian kebutuhan formal.

Baru-baru ini, Ross dan McSherry (2018) merekomendasikan meluangkan waktu untuk mengajukan dua pertanyaan sederhana: 'Apa yang paling penting bagi Anda saat ini?' dan kemudian 'Apa yang bisa saya bantu?' Model ini dikenal sebagai 2QSAM atau Penilaian Spiritual 2 Pertanyaan Model yang merupakan model penilaian yang sangat praktis dan fleksibel yang dapat digunakan dalam pemberian pelayanan secara berkesinambungan. Hal ini holistik dan berpusat pada orang dan dipimpin oleh kebutuhan. Dari penilaian spiritual, APN akan dapat bekerja sama dengan pasien untuk membuat rencana perawatan yang dapat memenuhi kebutuhan spiritual/keagamaan tertentu yang perlu ditangani secara memadai.

Intervensi dan Evaluasi Perawatan Spiritual APN. Konteks praktik lanjutan dijelaskan secara rinci dalam Pedoman ICN (Dewan Perawat Internasional 2020) dan mendukung kebutuhan perawat pada tingkat ini untuk mampu membuat keputusan kompleks dan mengelola pasien sepanjang masa. episode perawatan dengan

keterampilan penilaian, penilaian, pengambilan keputusan, dan penalaran diagnostik tingkat lanjut. Inti dari praktik APN didasarkan pada pendidikan dan pengetahuan keperawatan tingkat lanjut, yang berarti bahwa pendekatan holistik dalam pengambilan keputusan sangatlah penting. Oleh karena itu, kebutuhan spiritual juga harus diperhatikan. Meskipun APN sering kali bekerja pada tingkat teknis yang tinggi, ada kalanya aspek spiritualitas pasien harus diutamakan. Bekerja di unit kanker, Helen, seorang APN, menceritakan kepada saya tentang seorang pasien yang sangat mempengaruhi dirinya saat itu dan telah mempengaruhi pendekatannya dalam berpraktik sejak saat itu.

Alat canggih yang dikembangkan oleh Ross dan McSherry (2018) ini disebut Model Penilaian Spiritual/Holistik Dua Pertanyaan atau 2Q-SAM, dan dapat ditemukan di EPICC Toolkit. Hal ini berguna dalam menjawab kebutuhan perawatan yang berpusat pada individu dan penulis mengusulkannya sebagai 'solusi realistis untuk memberikan perawatan spiritual – atau perawatan yang bersifat spiritual – dalam layanan kesehatan dengan keterbatasan sumber daya' (hal. 80). 2Q-SAM dapat digunakan oleh semua APN baik dalam perawatan akut atau komunitas dan membantu menyeimbangkan seni dan ilmu praktik keperawatan tingkat lanjut.

BAB 4

SPIRITUALITAS PRIBADI DAN BELAS KASIH DALAM KEPERAWATAN PRAKTIK LANJUTAN

A. KONSEP UMUM

Spiritualitas pribadi dan rasa kasih sayang pada diri sendiri tidak terlalu diutamakan dalam pelatihan dan pengembangan APN, namun keduanya merupakan elemen penting dalam pemberian layanan kesehatan holistik yang kompeten secara spiritual. Pelayanan kesehatan adalah tentang hubungan dan juga kompetensi teknis. Pengalaman subjektif dan interpersonal mengenai kasih sayang, empati, kehangatan dan ketulusan yang dengan sengaja dipupuk dan diberikan oleh perawat dan diterima oleh orang yang dirawat, merupakan inti dari perawatan yang berpusat pada orang yang berkualitas (Rogers 1957). Memang benar, dalam bidang psikoterapi, penelitian menyoroti kualitas hubungan antara terapis dan orang yang mengikuti terapi sebagai indikator paling signifikan bahwa seseorang akan sembuh; sebenarnya lebih dari

pendekatan atau teknik khusus yang digunakan (Norcross 2002).

Spiritualitas pribadi dan rasa kasih sayang pada diri sendiri tidak terlalu diutamakan dalam pelatihan dan pengembangan APN, namun keduanya merupakan elemen penting dalam pemberian layanan kesehatan holistik yang kompeten secara spiritual. Pelayanan kesehatan adalah tentang hubungan dan juga kompetensi teknis. Pengalaman subjektif dan interpersonal mengenai kasih sayang, empati, kehangatan dan ketulusan yang dengan sengaja dipupuk dan diberikan oleh perawat dan diterima oleh orang yang dirawat, merupakan inti dari perawatan yang berpusat pada orang yang berkualitas (Rogers 1957). Memang benar, dalam bidang psikoterapi, penelitian menyoroti kualitas hubungan antara terapis dan orang yang mengikuti terapi sebagai indikator paling signifikan bahwa seseorang akan sembuh; sebenarnya lebih dari pendekatan atau teknik khusus yang digunakan (Norcross 2002).

Meskipun terdapat bukti bahwa perawatan yang baik merupakan pengalaman yang subyektif dan relasional, perawatan kesehatan dan sosial sering kali memprioritaskan pengembangan dan operasionalisasi teknik daripada kapasitas perawat untuk melakukan pertemuan intrapersonal dan interpersonal (Wattis dkk. 2017). Kerangka kebijakan, target dan langkah-langkah untuk praktik yang baik dalam Layanan Kesehatan Nasional (NHS) di Inggris tetap fokus pada nilai objektif dan numerik sebagai hasil, yang sering kali merugikan pengalaman pasien dalam mendapatkan layanan. Hal ini sering kali tercermin secara global dalam layanan

kesehatan. Ali dkk. (2015) mengidentifikasi bahwa banyak standar keperawatan dan kompetensi dalam pelatihan cenderung membuktikan kompetensi teknis dibandingkan dampak pada manusia yang dapat menghasilkan intervensi yang didorong oleh target dengan mengorbankan layanan kesehatan yang berkualitas baik dan kompeten secara spiritual. Wattis dkk. (2017) mencatat bahwa meskipun praktik spiritual yang kompeten merupakan faktor kunci dalam membantu orang untuk menjadi sehat, hal ini jarang dimasukkan dalam proses ilmiah dan dasar bukti dalam layanan kesehatan. Alih-alih menjadi faktor utama, hubungan antar dan intrapribadi, yang melaluinya belas kasih dan spiritualitas diungkapkan, umumnya dianggap sebagai "variabel non-spesifik" yang bersifat "mencakup semua".

Dalam iklim di mana pengukuran keberhasilan keperawatan bergantung pada kemampuan untuk melakukan pendekatan mekanis terhadap orang yang dirawat, kapasitas perawat untuk mempertahankan hubungan antarmanusia yang positif dan menyembuhkan tidak dapat berkembang (Seager dan Bush 2017). Tidak mengherankan jika banyak perawat yang terus-menerus berusaha memanfaatkan kasih sayang, spiritualitas, dan perawatan pribadi mereka berisiko mengalami kelelahan. Cadangan perawat tidak terbatas dan perlu diisi ulang dengan praktik dan perilaku yang memberi nutrisi pada diri sendiri serta lingkungan kerja yang sadar spiritual di mana rekan kerja menghormati dan mendukung satu sama lain dan terlibat dalam praktik reflektif (Zohar dan Marshall 2004; Wattis dkk. 2017). Dalam konteks ini, elemen kunci dari praktik reflektif adalah pemeriksaan

terhadap nilai-nilai pribadi, bias, tingkat stres, dan pengalaman hidup yang dibawa APN ke dalam situasi yang mereka refleksikan (Nicholas dan Kerr 2017). Hal ini sangat penting ketika kita mempertimbangkan dampak dari faktor-faktor yang lebih luas yang meningkatkan tekanan dan tekanan pada layanan kesehatan, misalnya, kita tahu bahwa Pandemi Virus Covid-19 menyebabkan tingkat ketahanan APN menurun dan APN kesulitan mempertahankan kesejahteraan emosional dan spiritual mereka.

B. SPIRITUALITAS PERSONAL

Mengenai istilah “spiritualitas”, ada beberapa kebingungan mengenai istilah “spiritualitas pribadi”. Dalam masyarakat sekuler kita, banyak orang menganggap istilah ini bermasalah karena mereka menyamakan spiritualitas dengan agama dan mungkin curiga terhadap agama (Hay 1985). Kurangnya pemahaman dalam masyarakat luas tercermin dalam konsep profesional tentang spiritualitas dan spiritualitas pribadi. Pengalaman saya sendiri saat bekerja di rumah sakit adalah ada keyakinan di antara beberapa orang bahwa, sebagai sebuah organisasi, kami telah “mencentang kotak” untuk praktik spiritual yang kompeten karena kami memiliki kapel dan ruang doa, atau seseorang telah diminta pendapatnya. kebutuhan agama atau makanan. Kaitannya dengan agama dan fokus pada pemenuhan kebutuhan agama dan budaya, mungkin menjadi salah satu alasan mengapa perawat sering merasa tidak siap untuk menangani spiritualitas dalam pekerjaan mereka (Timmins dan Caldeira 2017). Sayangnya, fokus

pada asuhan keperawatan tanpa integrasi spiritualitas juga dapat berarti bahwa perawat juga tidak memenuhi kebutuhan spiritual mereka sendiri.

Spiritualitas dalam konteks memberikan perhatian kepada orang lain serta memelihara kesejahteraan diri sendiri harus dianggap sebagai hal-hal yang membawa harapan, makna dan tujuan dalam hidup kita (Narayanasamy 2004). Lebih khusus lagi, spiritualitas adalah “ekspresi kemanusiaan seseorang, apa pun yang membantu membentuk orang tersebut, dan sumber kekuatan batin yang menjadi sumber dukungan orang tersebut pada saat krisis” (Slay 2007, hal. 26). Bagi sebagian orang, hal ini mungkin mencakup keyakinan atau praktik keagamaan, namun tidak terbatas pada hal tersebut saja (Rogers dan Wattis 2020). Intinya, dalam konteks kerja, spiritualitas pribadi adalah kepedulian yang sangat manusiawi dan eksistensial terhadap harapan, makna dan tujuan dalam kehidupan profesional kita (Zohar dan Marshall 2004). Inilah yang menjadi perhatian kita ketika kita menjalankan suatu panggilan, menunjukkan kerendahan hati, dan ketika kita belajar dari kesalahan-kesalahan kita. Hal ini juga terlihat ketika kita bertanya “perbedaan apa yang saya buat?”, “mengapa saya melakukan pekerjaan ini?” atau “untuk apa saya terjun ke karier ini?”. Itu adalah apa yang kita pertanyakan ketika kita hanya setengah bercanda, berseru “itu saja! Saya akan bekerja di supermarket! Bayarannya sama bagusnya!” dan itulah yang kita rasakan ketika kita sama sekali tidak bercanda dan berkata, “Aku capek mengurus orang lain dan tidak punya tenaga tersisa untuk

keluargaku sendiri” atau “Aku merasa hampa dan lelah. Saya tidak bisa melanjutkannya”.

Seperti halnya praktik saya, sumber spiritualitas pribadi APN tidak terbatas. Hal ini harus dipertahankan dan diisi ulang, terutama ketika tanda-tanda kelelahan mulai muncul. Ketika membuat pilihan untuk mempertahankan dan mengisi kembali sumber daya yang dimiliki, Anda mendukung kemampuan Anda untuk berhubungan dengan orang lain, termasuk mereka yang kita rawat, namun hal ini juga meningkatkan ketahanan untuk menghadapi tantangan dalam praktik, khususnya, ketika merawat pasien yang sakit parah (McSherry dan Smith 2012). Selain itu, Upton (2018) menyatakan bahwa jika kita mengatasi spiritualitas pribadi kita, hal ini dapat membantu kita merawat pasien yang kita anggap menantang dengan lebih baik dan mengurangi potensi kelelahan atau kelelahan karena rasa kasihan. Namun, jika sumber daya kita habis, baik pengasuh maupun orang yang dirawat akan menderita. Pada akhirnya, hal yang sama juga akan terjadi pada organisasi di mana mereka terlibat. Meskipun sebagai APN Anda harus memikul tanggung jawab atas perawatan diri dan pemeliharaan spiritualitas Anda sendiri, organisasilah yang memikul tanggung jawab untuk menyediakan lingkungan kerja di mana Anda dapat mempraktikkan perawatan diri dan pengembangan tersebut. Sama halnya dengan APN yang harus menjaga pasien dalam cara yang kompeten secara spiritual, tempat kerja adalah lingkungan yang dapat mengoptimalkan atau menghalangi kemampuan APN untuk berlatih dengan cara yang kompeten secara spiritual, holistik, dan berpusat pada manusia.

Ketika mempertimbangkan spiritualitas individu dalam praktik profesional, kita mengalihkan perhatian kita dari kebutuhan spiritual orang yang dirawat dan memeriksa kebutuhan orang yang melakukan perawatan. Spiritualitas pribadi APN akan mendasari kemampuan interpersonal mereka dengan apa yang digambarkan Rogers (1957) sebagai kompetensi inti empati, keselarasan, dan penghargaan positif tanpa syarat. Brown (2010) menyatakan bahwa kita tidak bisa memberi kepada orang lain lebih besar daripada yang bisa kita berikan kepada diri kita sendiri. Sebagai seorang APN ada beberapa hal yang dapat Anda lakukan untuk menunjang spiritualitas pribadi Anda:

1. Memberikan Empati

Seperti yang dikemukakan Brown (2010), hal ini berbeda dengan simpati. Sebagai APN, Anda menggunakan ini setiap hari karena Anda dapat merasakan perasaan orang lain dan Anda mampu mengekspresikan empati dengan cara yang membuat mereka merasa dilihat dan dipahami. Untuk melakukan hal ini, Anda harus memiliki tingkat pengetahuan dan kesadaran diri, serta perasaan bahwa diri Anda dikenal, dilihat, dan dipahami. Anda perlu memiliki empati terhadap diri sendiri. Terkait dengan konsep ketersediaan Rogers (2016), hal ini membutuhkan keterbukaan dan ketersediaan terhadap perasaan Anda sendiri, dan kemauan untuk merenungkan perasaan tersebut dengan orang lain dengan cara yang memungkinkan orang lain untuk memahaminya. Banyak perawat tempat saya bekerja yang mengalami kelelahan, melaporkan bahwa jika percakapan reflektif

terjadi dengan senior mereka, mereka fokus pada pengambilan keputusan klinis dan terkait tugas. Ini adalah kesempatan yang terlewatkan. Memasukkan bagaimana perasaan perawat, respons emosional apa yang muncul ketika bekerja dengan skenario tertentu, meningkatkan kecerdasan emosional APN dan kemampuan untuk memberikan perawatan empati.

2. Miliki Kesesuaian

Sebagai APN, Anda berusaha agar pasien Anda mengetahui bahwa perawatan yang Anda tawarkan adalah asli. Ada hubungan relasional yang sejati dalam batas-batas profesional. Anda tidak “bertindak” tetapi terlibat dengan sepenuh hati dan tulus dalam pekerjaan Anda. Ini berarti bahwa nilai-nilai dan keyakinan yang penting bagi Anda secara eksplisit diterapkan dan diterapkan di tempat kerja. Anda tidak “memainkan peran” dalam mematuhi standar profesional dan kode etik, namun hal ini harus sepenuhnya selaras dengan nilai dan keyakinan pribadi Anda. Sekali lagi, saya mendorong praktik reflektif secara teratur sebagai sarana untuk mengedepankan nilai dan keyakinan seseorang dalam praktik Anda, memastikan Anda bekerja dengan cara yang selaras. Ini adalah bagian dari mempertahankan spiritualitas pribadi Anda melalui keaslian. Ini akan memastikan ada keaslian asli dalam pertukaran antarpribadi Anda. Anda dapat membuat pilihan untuk benar-benar peduli terhadap orang lain—tidak melakukan hal tersebut berisiko menimbulkan ketidakaslian yang sering kali dianggap oleh orang yang dirawat (Mearns dan Cooper 2017). Ini juga bisa

menjadi tanda bahwa Anda sedang mencapai kelelahan karena belas kasihan.

Terakhir, penghargaan positif tanpa syarat. Sebagai APN yang menunjukkan sikap tulus dan tidak menghakimi, penghargaan positif dengan cara yang memungkinkan orang yang dirawat menjadi rentan dan berbagi perasaan dengan cara yang membuat orang merasa aman adalah hal yang terpenting. Hal ini sering kali tidak mungkin dilakukan kecuali Anda mempraktikkan sikap welas asih, tidak menghakimi, penghargaan positif, dan rasa harga diri terhadap diri sendiri.

Anda harus memiliki kapasitas untuk menerima perasaan Anda sendiri (termasuk perasaan malu atau tidak mampu) sebagai manusia, dan membagikannya dengan cara yang membuat Anda merasa aman dan "tertahan" dalam batasan profesional. Hal ini memerlukan apa yang Rogers (2016) masukkan dalam kerangka Ketersediaan dan Kerentanannya, sebagai kerentanan emosional. Di sini, ia menantang gagasan bahwa kerentanan adalah sebuah kelemahan, namun ia menyajikannya sebagai kapasitas untuk rendah hati, akuntabilitas, dan kemampuan untuk mengingat kembali kesalahan yang dilakukan. Terbukti dari kemampuan APN dalam menerima umpan balik dari kolega dan pasien serta belajar dari pelatihan, praktik, dan kesalahan, menunjukkan kesediaan untuk rendah hati dan mudah diajar. Seorang APN harus selalu sadar bahwa mereka tidak mengetahui segalanya, hal ini merupakan pelindung yang baik terhadap praktik yang tidak aman (Syed 2015).

Kerentanan dalam kasus APN juga mencakup kemampuan melakukan advokasi terhadap masyarakat yang dirawat. Ini bisa menjadi tindakan yang berani; melibatkan menempatkan kepala di atas tembok pembatas dan kadang-kadang (bahkan mungkin) mengambil risiko dikritik secara profesional demi mendukung kebutuhan orang-orang yang dirawat (Rogers 2016). Namun, untuk menjaga spiritualitas pribadi Anda harus belajar membela diri sendiri dan meminta bantuan yang mungkin Anda perlukan ketika kehidupan dan pekerjaan sulit.

C. BELAS KASIH PADA DIRI SENDIRI

Kata belas kasih berakar dari bahasa Latin gerejawi (Goetz et al. 2010), dari "com" (dengan) dan "pati" (menderita). Lazarus (1991, p. 289) menyatakan bahwa belas kasih berarti "tergerak oleh penderitaan orang lain dan ingin membantu". Penekanan pada keinginan untuk meringankan penderitaan orang lain serta terlibat secara emosional di dalamnya, itulah yang membedakannya dengan "empati". Ini adalah konsep yang ditekankan dalam semua agama utama dunia dan dalam konsep spiritualitas yang lebih luas. Belas kasih adalah kapasitas emosional kita untuk bersama dengan penderitaan orang lain dan tergerak untuk membantu, itu adalah bagian dari kemanusiaan kita dan berkontribusi pada kita menjalani kehidupan yang penuh dan bermakna (Fox 2010).

Keperawatan dan disiplin ilmu kesehatan dan sosial lainnya selalu menjunjung kasih sayang sebagai nilai inti (Armstrong 2011). Nilai ini tetap menjadi salah satu dari

enam nilai inti dalam Layanan Kesehatan Nasional Inggris (Departemen Kesehatan 2012a, b). Selain itu, kasih sayang tertanam dalam "6 C Praktik Keperawatan" (Departemen Kesehatan 2012a, b). Tidak mengherankan, praktik welas asih meningkatkan kepuasan pasien dan memberikan banyak manfaat, termasuk hasil klinis (Epstein dkk. 2005) Lalu, mengapa ada sejumlah kegagalan yang terdokumentasi dengan baik dalam layanan welas asih di banyak rumah sakit dan rangkaian layanan secara global?

Terkait dengan spiritualitas, terdapat kekurangan alat pengukuran yang kuat untuk mengukur praktik welas asih yang sebenarnya dan oleh karena itu sulit untuk mengukur dan menilai. Penelitian lebih cenderung mengukurnya berdasarkan ketidakhadirannya dibandingkan dengan kehadirannya yang memenuhi syarat dan hal ini berkontribusi terhadap tantangan yang melekat dalam pengembangan paket pelatihan dan penilaian (McSherry dan Draper 1997). Pada tingkat individu, dua alasan yang sering dikemukakan atas buruknya praktik di bidang ini adalah rasa lelah dan kelelahan. Hal ini jika diperburuk oleh kegagalan organisasi dalam mendukung kebutuhan spiritual para staf dan terlalu fokus pada target berbasis finansial dan aktivitas dibandingkan praktik kompeten secara spiritual, hal ini dapat menyebabkan buruknya kualitas layanan dan skandal dalam sistem kesehatan dan layanan (Najjar dkk. 2009).

Saat kita dihadapkan pada penderitaan orang lain, hal ini dapat menimbulkan reaksi dalam diri kita yang sangat meluap-luap secara emosional. Kecuali kita memiliki tingkat "toleransi terhadap tekanan", kita berisiko menjadi kewalahan oleh reaksi kita sendiri dan secara tidak sadar

mengurangi kesadaran dan belas kasih kita terhadap kesusahan orang lain sebagai tindakan perlindungan diri (Gilbert 2010).

Namun, sikap welas asih meningkatkan kesejahteraan individu, dan kesehatan mental, serta merupakan faktor pelindung terhadap kelelahan dan kelelahan karena welas asih (Cosley dkk. 2010). Dengan kata lain, ketika penderitaan kita sendiri menjadi terlalu tidak nyaman, kita menjadi kurang mampu berhubungan dengan orang lain, termasuk orang yang penderitaannya telah memicu ketidaknyamanan kita, namun kemampuan untuk mempraktikkan belas kasihan pada diri sendiri adalah faktor yang melindungi kita dari hal ini.

Meskipun hubungan antara kapasitas untuk menunjukkan kasih sayang dan kapasitas untuk menyayangi diri sendiri masih perlu diteliti lebih lanjut (Strauss dkk. 2016), terdapat bukti empiris bahwa kita tidak bisa memberi lebih dari yang bisa kita berikan kepada orang lain. diri kita sendiri (Brown 2010). Sederhananya, kita tidak bisa duduk bersama penderitaan orang lain jika kita tidak bisa menanggapi penderitaan kita sendiri dengan penuh kasih. Kita dapat meninjau kembali gagasan "tidak menghakimi" (Gilbert 2010), "ketersediaan" dan "kerentanan" terhadap diri sendiri dan orang lain di sini (Rogers 2016). Area-area ini merupakan inti dari tetap menerima dan toleran terhadap orang lain. Kita dapat menyadari bahwa penderitaan mereka menimbulkan emosi-emosi yang sulit dalam diri kita, termasuk kadang-kadang kemarahan, kesedihan, rasa malu, ketakutan dan rasa jijik tetapi kita dapat memilih untuk menghadapi emosi-emosi ini dengan belas kasihan pada diri sendiri,

daripada menekannya. Praktik reflektif, lingkungan kerja yang mendukung atau hubungan pengawasan, dan tentu saja, terapi, semuanya dapat membantu dalam mendukung dan mengembangkan keterampilan ini (Seager dan Bush 2017).

1. Cara Memupuk Belas Kasih Diri

Self-compassion dapat dipandang sebagai praktik aktif dalam mengambil kapasitas belas kasih yang kita miliki terhadap orang lain dan mengarahkannya ke dalam diri kita sendiri (Neff 2003). Dia menjelaskan tiga praktik utama yang bersama-sama menciptakan rasa welas asih:

a. Kebaikan

Bersikap baik hati dan tidak menghakimi diri sendiri bisa jadi sulit, dan sikap mengkritik diri sendiri bisa dengan mudah terjadi. Latihan mindfulness bisa sangat membantu dalam membangun praktik kebaikan dan tidak menghakimi diri sendiri sehari-hari. Terapi bisa sangat membantu jika kritik diri atau perfeksionisme sudah mengakar. Terapis dapat mengambil sejumlah pendekatan dan ada baiknya memikirkan pendekatan mana yang paling cocok untuk Anda sebelum Anda berkomitmen pada salah satunya. Untuk permasalahan yang berkaitan dengan kritik diri dan perfeksionisme, pendekatan relasional dapat membantu. (Harap pastikan terapis Anda terdaftar di badan profesional yang memiliki reputasi baik seperti Direktori Konseling BACP Inggris). Saya selalu menawarkan sesi singkat tanpa biaya untuk melihat apakah orang yang

mencari terapi dan saya sendiri adalah orang yang baik, dan saya mengharapkan praktisi yang baik untuk melakukan hal yang sama.

Di tempat kerja, mentor yang kompeten secara spiritual dan pengawasan selektif dapat lebih memperkuat praktik ini. Orang bisa mengkhawatirkan kebaikan di tempat kerja; mungkin menganggapnya tidak terbatas, atau bahkan tidak profesional. Namun alih-alih menjadi seperangkat aturan yang tetap, praktisi yang berpengalaman akan memberi tahu Anda bahwa praktik yang dibatasi, pada kenyataannya, memerlukan kemampuan untuk menjadi fleksibel dan bekerja secara selektif dengan cara yang memerlukan kesadaran diri yang terus-menerus, belas kasihan pada diri sendiri, dan percakapan selektif dalam pengawasan (Wright 2010).

b. Mindfulness

Meskipun bukan obat mujarab, praktik mindfulness yang teratur bisa sangat efektif dalam membangun “toleransi terhadap tekanan”, yang dijelaskan sebelumnya. Untuk mampu mempertahankan kesadaran akan perasaan yang menyakitkan, tanpa mengidentifikasinya secara berlebihan, bukanlah sebuah latihan akademis, melainkan memerlukan latihan rutin untuk membangun kapasitas merespons, bukan bereaksi terhadap perasaan kita (Kabat-Zinn 2013). Saya merekomendasikan untuk diajari praktik ini daripada mencoba mencobanya sendiri. Aplikasi “Headspace” adalah pengantar yang sangat bagus

dan mengajarkan prinsip-prinsip dasar dengan baik. Untuk pengalaman yang lebih mendalam,

c. Kemanusiaan

adalah kemampuan untuk melihat penderitaan diri sendiri sebagai bagian dari kondisi kemanusiaan dan bukan sebagai hukum dalam diri sendiri. Hal ini dibantu oleh dua praktik kebaikan dan perhatian yang dibahas di atas, namun banyak orang juga merasakan bahwa kapasitas ini ditingkatkan melalui hubungan kolektif (Murthy 2020) dengan orang lain, dengan fokus pada spiritualitas. Hal ini dapat berupa praktik keagamaan, namun juga dapat berupa kecintaan bersama terhadap musik, seni, alam, atau membaca buku yang mengungkapkan kondisi manusia dengan segala keindahan dan hukumnya. Peneliti ilmu sosial, Brene Brown, telah menghasilkan beberapa buku dan sumber web bagus yang membahas hal ini.

Para Benediktin memegang konsep menyambut dengan penuh kasih sayang di hati mereka. Bagi mereka, menyambut orang asing sama dengan menyambut Kristus (Christian History Institute 2017). Dalam prinsip ini, mereka menangkap gagasan melihat kesucian dalam diri seluruh umat manusia. Namun menyediakan diri sejauh ini dapat menguras sumber daya, seperti halnya jika APN tersedia secara emosional dalam menghadapi penderitaan, hal ini dapat menguras cadangan spiritual mereka sendiri. Bagi kaum Benediktin, ancaman eksistensial ini dapat dicegah

dengan gagasan mundur. Sambutan yang murah hati terhadap para tamu diimbangi dengan sikap mundur, untuk fokus pada, dan memenuhi kebutuhan dan sumber daya spiritual komunitas biara (Swan 2005). Sebagai APN, Anda dapat belajar meniru pendekatan ini sambil mengerjakan pekerjaan Anda. Hal ini dapat mencakup kesadaran akan batasan dalam praktik, penggunaan pengawasan selektif, memenuhi kebutuhan dasar diri sendiri di tempat kerja, dan mempraktikkan keseimbangan kerja/kehidupan yang sehat. Dengan cara ini, Anda dapat sepenuhnya tersedia dan berbelas kasih terhadap orang-orang yang dirawat, dan menyeimbangkannya dengan memastikan ketersediaan penuh untuk diri sendiri dan kehidupan rumah tangga, untuk memelihara dan melestarikan sumber daya yang memungkinkan terjadinya kepedulian.

D. FAKTOR ORGANISASI DALAM PERSONAL SPIRITUALITAS DAN BELAS KASIH DIRI

Saat membahas belas kasihan diri dan segala bentuk perawatan diri, penting untuk diingat bahwa sebagai APN Anda tidak hidup sendirian. Seager dan Bush (2017, p. 89) menyatakan bahwa "manusia tidak bisa begitu saja menciptakan energi spiritualnya sendiri dari ruang hampa". Lingkungan tempat kerja dan budaya profesional memiliki dampak yang signifikan terhadap kemampuan untuk memupuk spiritualitas dan berlatih dengan penuh kasih. Kelelahan yang menandakan rendahnya cadangan spiritual dan kasih sayang,

cenderung tidak terjadi secara tiba-tiba. Hal ini seringkali merupakan proses yang lambat dan korosif, yang diperburuk oleh faktor-faktor eksternal, termasuk beban kerja yang tidak terkendali, budaya saling menyalahkan, dukungan dan kepemimpinan yang buruk, serta faktor-faktor lain yang mengindikasikan organisasi non-pembelajaran (Wright 2010).

Hal ini penting untuk dicatat karena, jika kita hanya membahas spiritualitas pribadi dan belas kasihan diri dalam kaitannya dengan kualitas dan kompetensi kita sendiri, kita berisiko membuat individu menjadi patologis, berpotensi menimbulkan perasaan malu dan tidak mampu serta menambah lingkungan yang membatasi kapasitas mereka. di kedua wilayah tersebut.

Sama halnya dengan perawatan berkualitas yang memerlukan praktik kasih sayang dan spiritualitas, keperawatan yang baik tidak dapat diterapkan pada organisasi yang tidak memiliki spiritualitas (Seager dan Bush 2017). Care tidak bisa menjadi kompeten secara spiritual kecuali spiritualitas pribadi para praktisi juga terus didukung dan disegarkan oleh lingkungan kerja. Oleh karena itu, kita harus menciptakan lingkungan yang menumbuhkan rasa memiliki dan aman bagi orang-orang yang bekerja di dalamnya. Spiritualitas bukan sekedar praktik individual dan relasional, namun bersifat sistemik dan responsif (Seager dan Bush 2017) dan lingkungan kerja juga harus responsif.

Dalam organisasi pembelajar, terdapat pemahaman tentang sifat sistemis pekerjaan. Nilai, praktik dan proses sejalan dengan etos budaya dan pengetahuan serta kompetensi dikembangkan dengan menanggapi

pengalaman dan ide staf dan orang-orang yang menggunakan layanan (Syed 2015). Kesalahan dipandang sebagai fenomena keseluruhan sistem yang harus dibagikan secara terbuka dan jujur dengan tujuan pembelajaran. Granger (2020) mengemukakan bahwa budaya non-pembelajaran di sisi lain ditandai dengan penggunaan rasa malu. Seringkali bersifat hierarkis, orang tidak dianjurkan untuk mempertanyakan praktik, terutama terhadap anggota staf senior. Praktik selektif dan pemikiran kreatif ditekan demi mengikuti prosedur yang didorong oleh target (Senge 2006). Karakteristik organisasi-organisasi ini dapat dilihat dari respon mereka terhadap kesalahan, dimana terdapat penekanan pada investigasi untuk menemukan seseorang yang dapat disalahkan dan dihukum di depan umum dibandingkan untuk memahami apa yang salah (Granger 2020). Dalam bukunya yang hebat, *Black Box Thinking*, Matthew Syed mengidentifikasi bahwa budaya-budaya ini, sebenarnya berkontribusi pada peningkatan kesalahan karena orang tidak berani menyampaikan kekhawatiran, mempertanyakan orang lain, atau mengakui kelemahan mereka sendiri. Bekerja di organisasi seperti itu berarti menjauhkan sebagian besar diri Anda dari pandangan. Ini bukanlah tempat di mana fleksibilitas yang diperlukan untuk rasa sayang diri dan spiritualitas pribadi dapat berkembang dan kerentanan apa pun merupakan sumber ketakutan dan rasa malu yang sengaja digunakan sebagai ancaman.

Menyalahkan dan menghukum lebih diprioritaskan dibandingkan pembelajaran dan perbaikan dalam praktik, dan individu akan merasa malu jika mereka

menyampaikan kekhawatirannya. Rasa malu adalah ketakutan utama yang berakar pada ketakutan akan penolakan dari kelompok yang dalam istilah evolusi bisa menjadi peristiwa yang mengancam jiwa, dan setiap individu terprogram untuk menghindarinya dengan cara apa pun (Sznycer dkk. 2016). Artinya, kesalahan lebih besar kemungkinannya untuk disembunyikan dan dibohongi, atau disalahkan oleh orang lain, daripada dijadikan pelajaran (Syed 2015).

Seseorang yang berada dalam budaya ketakutan akan menganggap dirinya terlalu waspada dan defensif (Senge 2006). Granger (2020) menyadari bahwa individu mungkin mengkhianati nilai-nilai mereka sendiri untuk menjadi bagian dari kelompok karena takut ditolak. Dia melanjutkan, orang-orang yang terkena dampak budaya rasa takut mungkin merasa bahwa mereka tidak mengambil risiko kreatif dalam batas-batas profesional yang kuat, mereka akan menghindari mengembangkan diri, mungkin tidak melakukan promosi daripada mengambil risiko kegagalan, dan mungkin kehilangan peluang lain karena mereka menang. tidak menempatkan diri mereka dalam situasi pembangunan di mana mereka mungkin menghadapi umpan balik yang sulit. Pada saat yang sama, mereka beralih ke pola pikir deicit dan melihat keuntungan orang lain sebagai kerugian. Mereka mungkin menganggap diri mereka meremehkan atau menyabotase orang lain yang mereka anggap lebih baik dari mereka (Granger 2020). Secara fisiologis, dalam ketakutan, manusia menjadi kurang mampu untuk menjadi kreatif dan fleksibel, kerja sama tim dan latihan reflektif menjadi lebih sulit dan IQ individu dapat turun hingga 15 poin.

(Granger 2020). Semua hal ini tidak memberikan pertanda baik bagi kesehatan dan kesuksesan organisasi yang bersangkutan, orang-orang yang mereka sayangi, atau individu yang bekerja di organisasi tersebut.

Budaya berbasis rasa takut adalah kebalikan dari budaya welas asih. Budaya welas asih mendorong rasa memiliki melalui nilai-nilai bersama, dan praktik yang kompeten secara spiritual, kesalahan dipandang sebagai masalah sistemik yang harus dipelajari dan diselesaikan tanpa mempermalukan individu. Dalam budaya belajar, orang-orang percaya diri untuk merespons orang lain secara fleksibel dan penuh kasih sayang dalam konteks batasan profesional yang kuat dan hasil baik yang dihasilkan dari hal ini dibagikan dan dioperasionalkan (Senge 2006). Kualitas pelayanan yang diberikan tergantung pada keadaan emosional pengasuh, yang harus didukung dan dipupuk dalam lingkungan kerja.

Seager dan Bush (2017) mengidentifikasi model ABC dalam merawat pengasuh. Dalam model ini, hubungan antara pengasuh (A) dan penerima (B), diperkaya dengan kebutuhan spiritual dan emosional dari pengasuh (C) yang diperhitungkan dalam proses kepedulian. Model ini menguraikan tiga karakteristik utama organisasi yang menyediakan lingkungan yang sehat di mana staf dapat tumbuh dan belajar. Dalam organisasi layanan kesehatan seperti ini, para praktisi dan staf lainnya terlihat memberikan contoh praktik yang kompeten secara spiritual dan sikap welas asih terhadap teman sebaya dan orang yang mereka sayangi. Praktik-praktik ini akan tertanam dalam pelatihan, pengembangan profesional berkelanjutan dan pengawasan selektif, serta target

keuangan tidak akan diprioritaskan di atas praktik kompeten secara spiritual. Hal ini akan dimungkinkan melalui pengembangan kriteria penilaian praktik spiritual yang kompeten dan penuh kasih berdasarkan penelitian kualitatif yang digunakan untuk mengembangkan pedoman praktik terbaik. Yang terpenting, dalam organisasi seperti itu, nilai-nilai organisasi diselaraskan dengan nilai-nilai orang-orang yang bekerja di dalamnya dan hal ini dimungkinkan melalui pelatihan, pengawasan, pendampingan, dan penelitian yang lebih berbasis nilai.

Ketika seorang APN tidak dapat mengerahkan seluruh dirinya untuk bekerja, harapan, makna, dan tujuan mereka hilang. Ketika pelayanan holistik direduksi menjadi target berbasis finansial dan aktivitas dan hanya aspek teknis dari pekerjaan yang ditekankan dan dinyatakan, nilai-nilai seputar peningkatan kesehatan bagi pasien, pada kenyataannya, dibayangi oleh agenda pencapaian target yang sebenarnya. Hal ini dapat menimbulkan semacam krisis eksistensial bagi APN. Pada kenyataannya, ketika nilai-nilai inti APN tidak "dilihat" dan divalidasi dalam pengertian organisasi, maka individu praktisi tidak terlihat dan hal ini menimbulkan risiko eksistensial. "Risiko terbesar terhadap keamanan psikologis bagi seluruh umat manusia adalah dilupakan, hilang dari pandangan dan "diingat". Hal ini bisa dibilang lebih buruk, bahkan dibandingkan memiliki identitas negatif di benak orang lain" (Seager 2006, hal. 276). Hanya ketika nilai dan target organisasi lebih selaras dengan pelayanan holistik dan peningkatan kesehatan, perawat dan staf lainnya akan mampu mengatasi krisis eksistensial ini dan ini hanya akan

terjadi dengan lebih banyak penelitian, pelatihan, dan pendampingan berbasis nilai (Seager dan Bush 2017).

BAB 5

PENGANTAR KERANGKA ROGERS' FRAMEWORK UNTUK MENGOPERASIONALKAN SPIRITUALITAS

A. KETERSEDIAAN

Ketersediaan didefinisikan sebagai gratis, ada, atau siap (Merriam-Webster Dictionary 2020). Ketersediaan adalah kunci praktik APN dan diajarkan sejak awal pelatihan kami. Keterampilan bersikap terbuka dan mendengarkan pasien untuk mendengarkan cerita/kekhawatirannya/menyampaikan keluhannya sering kali dimulai pada awal konsultasi dengan pertanyaan pembuka, "apa yang bisa saya bantu?" (Tetangga 1987). Kami kemudian mendengarkan saat mereka mengidentifikasi kebutuhan atau kekhawatiran mereka. Pendidikan APN sering kali berfokus pada kemampuan menilai, mendiagnosis, dan mengelola berbagai kondisi yang ada. Mempertahankan pendekatan konsultasi yang holistik dan tidak hanya berfokus pada

aspek biomedis akan lebih mampu menjawab kebutuhan dan/atau kekhawatiran seseorang (Neighbour 1987).

Rogers (2016) menemukan bahwa APN menyadari bahwa bekerja secara holistik, dan tidak hanya menangani keluhan yang muncul, akan mengarah pada hubungan yang lebih dalam dan fokus pada perawatan yang berpusat pada individu. Pasien mengidentifikasi bahwa mereka menghargai APN yang mampu hadir sepenuhnya dan bersedia mendengarkan serta berempati dengan mereka. Brown (2013) mengidentifikasi perbedaan utama antara empati dan simpati dengan menunjukkan bahwa simpati adalah tentang perasaan terhadap seseorang, sedangkan empati adalah tentang hubungan sejati di mana Anda terhubung dengan emosi yang dirasakan seseorang.

Menciptakan tempat yang aman bagi pasien untuk menyampaikan kekhawatiran mereka tanpa menghakimi dipandang oleh APN sebagai aspek penting dari ketersediaan APN. Selain itu, berlatih dengan kebaikan, kasih sayang, dan empati semuanya dipandang sebagai aspek penting dari spiritualitas dan kepedulian holistik. Rogers (2016) juga menemukan bahwa untuk bekerja dengan cara seperti ini, APN perlu memiliki kesadaran diri, penerimaan diri, dan kemauan untuk terlibat dalam pengawasan karena bekerja dengan cara ini dapat menyebabkan kelelahan. Seringkali ada kebutuhan untuk menyesuaikan batasan-batasan profesional untuk memberikan perawatan yang berpusat pada individu, misalnya, berbagi aspek diri kita untuk terhubung dengan mereka yang berada dalam perawatan kita sebagai sesama manusia daripada hierarki historis perawat-pasien.

hubungan yang seringkali menempatkan perawat pada posisi paternalistik.

Berbagi apa pun harus sesuai dengan kode etik profesional kita. Contohnya adalah menceritakan bahwa kita mempunyai anak yang dapat meyakinkan seorang ibu yang datang menemui kita karena khawatir terhadap anaknya, atau ketika merekomendasikan kewaspadaan untuk membantu mengurangi stres dan kecemasan dengan memberi tahu pasien bahwa kita sendiri merasa hal ini bermanfaat. Contoh-contoh sederhana ini mengedepankan perawatan yang berpusat pada individu dan dapat membantu pasien melihat kita sebagai sesama manusia. Kunci untuk berbagi dengan cara ini adalah menjaga fokus selalu pada orang yang kita rawat dan dimanfaatkan sebagai cara untuk membangun terapi, bukan tentang berkonsultasi tentang diri kita sendiri.

Ketersediaan memiliki beberapa aspek berbeda ketika memikirkan peran APN: ketersediaan fisik, ketersediaan emosional, dan ketersediaan kejuruan. Semuanya penting untuk memungkinkan spiritualitas ditangani dan didukung dalam praktik klinis. Beberapa penulis menghubungkan pengakuan spiritualitas dengan pendekatan APN holistik di mana pasien disambut, didengarkan, dihargai dan diperhatikan (Treloar 2000; Hubbell dkk. 2006; Helming 2009; Carron dan Cumbie 2011).

1. Ketersediaan Fisik

Ketersediaan fisik adalah salah satu dasar praktik APN di mana pasien biasanya melakukan interaksi tatap muka dengan kami selama konsultasi atau interaksi. Namun, ketersediaan fisik lebih dari sekedar berada bersama pasien di dalam ruangan. Hal ini

mencakup memilih untuk bersikap ramah dan bersahabat, memastikan bahwa kita mendengarkan dengan empati untuk menunjukkan kepada pasien bahwa kita menghargai mereka sebagai pribadi.

Nouwen (1973) mengemukakan bahwa keramahtamahan adalah bagian dari persepsi bahwa pekerjaan kita adalah sebagai tindakan pelayanan kepada orang lain yang berhubungan dengan sifat vokasi pekerjaan sebagai APN. Nouwen (1973), hal. 65) juga menyatakan bahwa "keramahan adalah sikap mendasar terhadap sesama manusia" dan memiliki kekuatan untuk membantu para profesional "mempertahankan kemanusiaan mereka" dalam pekerjaan mereka. Meskipun selama setahun terakhir ini karena pandemi global Covid-19 kita mungkin telah mengubah praktik kita ke cara kerja jarak jauh, kita masih dapat memilih untuk bersikap ramah dalam pendekatan konsultasi kita.

Mempraktikkan ketersediaan fisik melalui keramahtamahan dan sambutan dapat membantu APN menghadirkan spiritualitas dalam setiap konsultasi/interaksi. Cara kita menyambut seseorang pada saat pertama kali melakukan kontak adalah kesempatan untuk menjalin hubungan dan merupakan awal dari apakah pasien merasa mereka dapat memercayai kita untuk mendengarkannya dan menyediakan tempat yang aman bagi mereka untuk menyampaikan kekhawatiran terdalamnya. Rogers (2016) menemukan bahwa dengan menyusun konsultasi dengan kalimat "Saya bersedia dan di sini untuk Anda" dapat menghasilkan interaksi yang kuat

yang berdampak pada hubungan berkelanjutan antara APN dan pasien. Tindakan fisik dalam menyambut seseorang memungkinkan APN untuk terhubung dengan banyak aspek spiritualitas termasuk "kemanusiaan bersama". Berada bersama pasien secara fisik dan memberikan konteks serta ruang untuk memahami apa yang terjadi pada mereka sangat penting untuk membangun hubungan dan mengintegrasikan spiritualitas ke dalam perawatan (Stevens Barnum 2011).

Ketersediaan, seperti dijelaskan di atas, berkaitan dengan apa yang oleh banyak perawat disebut sebagai "kehadiran". Zerwekh (1997) menyatakan bahwa presensi membutuhkan perhatian terfokus yang disengaja, terhubung dengan orang lain dalam kesadaran akan kemanusiaan kita bersama. Sherwood (2000) mengemukakan bahwa kehadiran merupakan aspek integral dalam mengoperasionalkan spiritualitas. Sekadar "berada" bersama orang-orang yang kita rawat dapat membantu mereka mengeksplorasi banyak pertanyaan yang tidak terjawab tentang penyakit dan kehidupan mereka. Ia melanjutkan dengan menggambarkan kehadiran sebagai "salah satu bentuk tertinggi interaksi manusia", hal ini memerlukan lebih dari sekadar ketersediaan fisik. Ketersediaan emosional adalah aspek kunci dari kehadiran.

2. Ketersediaan Emosional

Helming (2009) dan Young dan Koopsen (2011) mengidentifikasi bahwa kesediaan emosional penting dalam spiritualitas karena membantu membangun

hubungan. Bentuk ketersediaan ini adalah cara APN memfasilitasi kepercayaan dan membangun hubungan yang memungkinkan pasien untuk berbagi di tingkat yang lebih dalam.

Ketersediaan emosional tampaknya melibatkan bagaimana kita terhubung dengan cara yang penuh kasih sayang dan empati, yang menawarkan harapan (Rogers 2016). APN melaporkan bahwa sikap welas asih membuat pasien merasa cukup aman untuk jujur dan terbuka mengenai presentasi dan kekhawatiran mereka. Ketersediaan emosional melibatkan pilihan, niat, dan potensi risiko, lebih dari ketersediaan fisik yang mungkin lebih mudah diterapkan. Seorang APN dapat memilih tingkat koneksi dengan pasien melalui pilihan apakah tersedia secara emosional atau tidak.

3. Ketersediaan Vokasional

Bagi sebagian besar dari kita, memasuki dunia keperawatan merupakan sebuah pekerjaan atau, seperti yang dikemukakan oleh Young dan Koopsen (2011), sebuah "kerinduan spiritual" untuk membantu menyembuhkan orang lain. Praktik keperawatan tingkat lanjut merupakan perpanjangan dari panggilan ini di mana ketersediaan adalah hal yang terpenting. Bekerja secara mandiri dan menerima tanggung jawab serta akuntabilitas peran kita dapat dipandang sebagai aspek ketersediaan kejuruan (Rogers 2016). Perpanjangan dari panggilan ini adalah kemampuan APN untuk memberikan perawatan holistik yang melampaui batas-batas praktik keperawatan tradisional namun tetap tertanam dalam asumsi dan filosofi keperawatan.

Bekerja dengan cara yang mencakup ketersediaan kejuruan sering kali diilustrasikan melalui pengorbanan emosional yang dilakukan APN untuk menawarkan layanan terbaik. Memasukkan ketersediaan emosional dan fisik dalam pendekatan kejuruan terhadap perawatan dapat memberikan dampak positif yang signifikan pada APN yang berhubungan dengan harapan, makna, dan tujuan mereka sendiri. Sebaliknya juga berpotensi menimbulkan burn out. Batasan profesional penting untuk melindungi pasien dan APN serta untuk memastikan pendekatan etis dalam perawatan. Ada risiko menjadi "terlalu tersedia" dan sebagai APN kita perlu membedakan seberapa banyak yang bisa kita berikan, dengan hati-hati menetapkan batasan profesional tetapi tidak bersembunyi di balik "jarak" profesional. O'Brien (2008) menegaskan bahwa perawatan holistik adalah fokus dari panggilan dan jika perawat menjadi terlalu khawatir untuk bersembunyi di balik tabir profesionalisme, perawatan spiritual akan berkurang. Ia menyarankan adanya pilihan untuk memberikan pelayanan kepada pasien yang dimediasi oleh cinta agape (O'Brien 2008).

Ketersediaan vokasional melibatkan keinginan untuk membantu dan mendukung pasien dalam batas-batas profesional. Batasan-batasan ini mungkin dapat diubah dan terkadang pilihan untuk tidak tersedia secara fisik dan emosional dapat bersifat intuitif dan protektif. Ketersediaan mungkin bergantung pada tanda-tanda yang diberikan oleh pasien dan kesadaran bahwa jika kita beralih dari fokus

pada pasien menuju kebutuhan kita sendiri, maka kita perlu mundur. Menurut Tacey (2004) kesadaran diri memberikan wawasan yang diperlukan untuk menjaga batasan yang sehat dan kesehatan emosional. Kesadaran diri sangat penting untuk melindungi pasien dari ketergantungan tetapi juga untuk mencegah APN memberikan terlalu banyak hal yang menyebabkan kelelahan. Mengenal diri sendiri dan mampu terhubung dengan spiritualitas kita tampaknya ada hubungannya dengan ketersediaan APN. King (2014) menegaskan bahwa pengetahuan diri diperlukan untuk benar-benar peduli dengan penuh kasih sayang.

B. KERENTANAN (VULNERABILITY)

Kerentanan mungkin dipandang lebih kontroversial daripada ketersediaan karena sering kali lebih cenderung dianggap sebagai "kelemahan" atau "dirugikan". Asal usul kerentanan berasal dari bahasa Latin "vulnerare" hingga luka (Merriam-Webster Dictionary 2020). Sebagai APN, banyak dari kita yang pernah mengalami kerentanan seperti ini, mungkin dalam hal risiko fisik yang diberikan oleh pasien, namun juga dalam hal pasien kita rentan dan berisiko dieksploitasi atau disakiti. Kerentanan fisik dan kerentanan pasien perlu diakui ketika mempertimbangkan kerentanan, namun hal tersebut tidak secara khusus berhubungan dengan spiritualitas, meskipun bisa saja hal tersebut berhubungan dengan spiritualitas.

1. Kerentanan Fisik

Dampak dari kerentanan fisik seringkali meninggalkan kekhawatiran yang mendalam. Kita semua yang bekerja di layanan kesehatan pasti pernah mengalami atau melihat peristiwa yang membuat mereka merasa rentan atau berisiko secara fisik. Hebatnya, meskipun peristiwa-peristiwa ini benar-benar terjadi, sering kali hal tersebut tidak menghalangi kita untuk tetap terhubung dan mendukung pasien, meskipun hal tersebut mungkin membuat kita lebih waspada. Pilihan altruistik untuk tetap ingin memberikan diri kita sendiri, meskipun ada risiko yang mungkin dihadapi, patut dipuji dan berhubungan dengan dasar kejuruan keperawatan. Memilih untuk hadir di hadapan pasien akan selalu melibatkan unsur pengambilan risiko. Mempertahankan batasan dan lingkungan yang aman adalah hal yang penting. Rencana darurat diperlukan ketika menangani pasien yang mungkin menimbulkan risiko fisik.

2. Kerentanan Pasien

Pasien rentan karena berbagai alasan ketika mereka berkonsultasi dengan APN. Mereka rentan karena mereka menaruh kepercayaan pada kita dan seringkali berbagi informasi yang sangat pribadi. Mereka rentan karena mereka perlu memercayai kita untuk memiliki kompetensi dan pengalaman untuk memenuhi kebutuhan mereka dan mereka rentan karena mereka sering menghadapi penyakit, stres, dan krisis, yang menurunkan ketahanan dan kemampuan mereka untuk mengatasinya. APN harus "menyimpan" apa yang pasien bagikan kepada mereka dengan

penuh keyakinan karena pasien tidak selalu menyadari bahwa mereka rentan jika mereka berbagi informasi tersebut. Kami berperan dalam memberikan advokasi bagi mereka yang berada dalam perawatan kami untuk memastikan kepentingan terbaik mereka adalah yang terpenting. Menjadikan konsultasi sebagai tempat yang aman merupakan pertimbangan penting bagi APN dan pengakuan terhadap kerentanan pasien adalah hal yang penting. Cukup memberikan hadiah waktu, mendengarkan dan hadir serta menciptakan tempat yang aman memungkinkan terjadinya hubungan yang lebih dalam.

3. Kerentanan profesional

Ada beberapa aspek kerentanan profesional yang perlu dipertimbangkan dalam kerangka Rogers (2016). Pertama, kemampuan APN untuk mengenali keterbatasan mereka sendiri dan menyadari bahwa mereka tidak mempunyai semua jawaban. Berbagi ketidakpastian dengan pasien adalah bagian dari kerentanan profesional dan menunjukkan keaslian dan keberanian. Hal ini membuka kesempatan bagi APN untuk ditantang, namun juga menciptakan hubungan yang terbuka dan jujur sehingga ketidakseimbangan kekuatan antara APN dan pasien berkurang. Ini bukanlah tanda kelemahan, melainkan pengalaman dan kedewasaan. Sebagai APN kami tidak akan pernah berhenti belajar atau mengetahui segalanya; kita harus selalu bekerja secara kolaboratif, mencari pendapat lain, dan terus mengikuti perkembangan terkini dalam layanan kesehatan. Mampu mengenali dan memiliki kapasitas untuk mengelola kerentanan profesional

adalah bagian dari tanggung jawab profesional kita dan diperlukan kesadaran diri.

Menurut Tacey (2004), kesadaran diri memberikan wawasan yang diperlukan untuk menjaga batasan yang sehat dan kesehatan emosional. Refleksi membantu proses kesadaran diri untuk mengembangkan pemahaman dan makna dalam praktik (Sherwood 2000). Ballat dan Campling (2011) menegaskan bahwa hubungan antarmanusia menuntut kesadaran diri dan membawa kita ke inti hubungan di mana segala sesuatunya bisa berantakan, sulit, dan menyakitkan. Bersikap terbuka terhadap hal ini dan memanfaatkan pengawasan serta refleksi diri akan meningkatkan hubungan dengan orang-orang yang kita rawat.

Kerentanan profesional merupakan faktor penting bagi APN dan mencakup bagaimana batasan profesional dipertahankan namun juga diterapkan dengan tepat. Ketika mengintegrasikan spiritualitas ke dalam perawatan, isu mengenai batasan sangatlah penting. Rogers (2016) mengidentifikasi bahwa beberapa APN memiliki garis tidak tertulis yang dapat dipindahkan dalam kaitannya dengan batasan yang bersifat kontekstual dan relasional di mana penilaian profesional dibuat dalam hal menentukan batasan. Penetapan batasan ini perlu dilakukan dalam konteks kesadaran diri dan bekerja sesuai kode etik profesional mereka, sekaligus menanggapi kebutuhan pasien. Jelas ada batasan yang tidak etis bagi lex. Namun, batasan yang berkaitan dengan cara APN berinteraksi dengan pasiennya dapat diterapkan secara positif

dalam kaitannya dengan kerentanan profesional. Hal ini dapat meningkatkan kedalaman hubungan dengan pasien di mana terdapat hubungan antarmanusia.

Kerentanan profesional merupakan faktor penting bagi APN dan mencakup bagaimana batasan profesional dipertahankan namun juga diterapkan dengan tepat. Ketika mengintegrasikan spiritualitas ke dalam perawatan, isu mengenai batasan sangatlah penting. Rogers (2016) mengidentifikasi bahwa beberapa APN memiliki garis tidak tertulis yang dapat dipindahkan dalam kaitannya dengan batasan yang bersifat kontekstual dan relasional di mana penilaian profesional dibuat dalam hal menentukan batasan. Penetapan batasan ini perlu dilakukan dalam konteks kesadaran diri dan bekerja sesuai kode etik profesional mereka, sekaligus menanggapi kebutuhan pasien. Jelas ada batasan yang tidak etis bagi lex. Namun, batasan yang berkaitan dengan cara APN berinteraksi dengan pasiennya dapat diterapkan secara positif dalam kaitannya dengan kerentanan profesional. Hal ini dapat meningkatkan kedalaman hubungan dengan pasien di mana terdapat hubungan antarmanusia yang membantu pasien untuk maju.

Pelonggaran batasan yang negatif berpotensi menimbulkan ketergantungan dari pasien dan perasaan bahwa APN telah memberi terlalu banyak. Hal ini mungkin memerlukan penarikan kembali untuk mencegah kelelahan atau dampak negatif pada pasien. Mengupayakan hubungan antara spiritualitas dan batasan menuntut refleksi diri yang signifikan dan kesempatan untuk mengeksplorasi konteks batasan.

Ketegangan yang perlu dipertimbangkan dalam batas lexing melibatkan menjaga keseimbangan kerentanan profesional antara terlalu menjaga jarak atau terlalu dekat dan terlalu tidak terikat atau terlalu terlibat.

Pertimbangan tambahan mengenai kerentanan profesional mencakup apa yang pantas untuk dibagikan secara emosional dengan pasien dalam batas-batas profesional. Williams (2001) menyarankan berbagi pengalaman hidup kita dengan pasien mungkin sangat membantu bagi beberapa pasien, seperti halnya bagi Barry. Namun, pilihan apa yang akan dibagikan harus dilakukan secara bijak dan mempertimbangkan kepentingan terbaik pasien. Memilih untuk membagikan sesuatu tentang diri kita dapat membuat kita merasa rentan dan khawatir apakah kita telah melewati batas, dan hal ini juga dapat menyulitkan secara emosional. Contoh yang dibagikan oleh APN dalam penelitian saya adalah ketika dia menceritakan kepada pasien bahwa dia menyukai menari ceroc sebagai cara untuk bersantai, pasien menanyakan beberapa pertanyaan lagi tentang tariannya. Belakangan pada minggu itu, pasien datang ke kelas dansa APN dan bertanya kepada APN apakah dia ingin datang ke rumahnya untuk makan malam. APN merasa sangat tidak nyaman, dia berbagi tentang menari untuk mencoba membantu pasien menyadari bahwa menemukan hobi dapat membantu isolasinya. APN menolak makan malam tetapi minggu berikutnya pasien datang menemuinya dan bertanya apakah dia ingin pergi ke kelas dansa bersama. APN perlu memperjelas batasan yang menyebabkan pasien

menjadi sangat kesal dan mengatakan bahwa menurutnya APN peduli padanya dan ada untuknya. Pasien meninggalkan konsultasi sambil menangis dan mulai menulis surat kepadanya secara teratur mengatakan bahwa dia membutuhkannya dan tidak mengerti mengapa mereka tidak dapat bertemu secara sosial. APN melakukan pengawasan untuk berupaya menjaga batasan dalam situasi ini. Namun, jelas bahwa pasien masih kesulitan memahami persepsi penarikan APN dan dokter lain harus mengambil alih perawatan mereka. Saya membagikan contoh ini bukan untuk menyarankan untuk tidak berbagi, namun untuk mengilustrasikan bahwa kadang-kadang bersikap tersedia dan rentan dengan cara ini dapat menimbulkan reaksi negatif. Alvsvåg (2014) menyarankan bahwa pemberian diri harus diberikan dengan kebijaksanaan moral, praktis dan profesional. Jarak profesional/emosional secara historis telah dianjurkan dalam keperawatan, namun hal ini menghambat hubungan yang mendalam. Untuk benar-benar menawarkan perawatan holistik dan terhubung dengan mereka yang berada dalam perawatan kita, keterlibatan emosional adalah hal yang penting. Jarak profesional/emosional dari pasien umumnya tidak membantu karena kemungkinan besar akan mengurangi koneksi, tetapi dalam contoh ini hal tersebut diperlukan.

Bekerja sebagai APN adalah suatu kehormatan. Kami menyaksikan mereka yang membutuhkan dan dapat menawarkan perhatian, kasih sayang, dan empati kami. Dalam hubungan ini, kerentanan timbal

balik harus ada, sebagian karena peran kepedulian tetapi juga karena rasa kemanusiaan yang sama (Heaslip dan Ryden 2013). Seperti yang telah dibahas sebelumnya, batasan dapat diubah namun memanfaatkan kearifan dapat memungkinkan APN untuk mundur jika mereka merasa hal ini tidak membantu pasien. Sherwood (2000) menyatakan bahwa hubungan antara perawat dan pasien bersifat timbal balik dan hal ini penting bagi penyembuhan dan kesejahteraan pasien. Untuk terhubung sepenuhnya dengan orang lain, diperlukan kemauan untuk terhubung dengan kemanusiaan kita bersama; ini membutuhkan keberanian dan kemauan untuk menjadi rentan secara emosional.

4. Kerentanan Emosional

Brown (2010) mengemukakan bahwa kerentanan emosional adalah tentang kesediaan untuk "dilihat" secara autentik, menerima bahwa hal tersebut berisiko dan tidak pasti, namun memiliki dampak yang kuat dan signifikan terhadap hubungan. White (2006) mengakui bahwa spiritualitas mempunyai dampak emosional dan jika menawarkan perawatan yang benar-benar holistik, praktisi harus siap menyadari bahwa hal ini bisa berdampak positif atau negatif.

Rogers (2016) menemukan bahwa banyak pesertanya mampu berbagi pengalaman ketika mereka telah memberikan diri mereka secara emosional kepada pasiennya. Salah satu peserta mengidentifikasi bahwa bersikap terbuka dan memanfaatkan kerentanan secara sadar dapat membantu APN "terhubung kembali dengan nilai-nilai

inti keperawatan dan memungkinkan aspek lain dari kemanusiaan untuk mempengaruhi dan membimbing kita". Untuk lebih detail tentang bagaimana hal ini bisa terjadi, Rogers dan Beres (2017) menulis secara mendalam tentang pengalaman salah satu APN, yang menggambarkan tingkat kerentanan emosional yang dalam. Salah satu kesepakatan utama antara APN ketika membahas kerentanan emosional adalah bahwa hal itu harus selalu melibatkan pilihan dan kebijaksanaan. Young dan Koopsen (2011) mengakui bahwa dimensi spiritual yang mendalam dapat terjadi ketika seorang praktisi bersedia berbagi pengalaman hidupnya sendiri. Nouwen (1972) menyatakan bahwa tidak mungkin membantu orang lain tanpa terlibat dan mau benar-benar memahami situasinya. Hal ini dapat berisiko, dapat menyakitkan, namun hal ini juga mengungkapkan kedalaman hubungan antarmanusia dan spiritualitas, yang dapat membantu pasien menemukan harapan.

Meskipun kerentanan emosional merupakan cara untuk berhubungan secara autentik dengan pasien sebagai sesama manusia, hal ini juga menuntut pilihan dan energi emosional. Keinginan untuk menjadi nyata dan manusiawi bersama orang-orang yang kita rawat dapat menyebabkan kerentanan pribadi yang berlebihan, stres, dan kelelahan. Burnout mungkin sebagian berhubungan secara kontekstual dengan masalah batasan, hubungan, dan pemberian layanan yang benar-benar holistik (White 2006). Memberikan terlalu banyak dari diri kita atau terus-menerus hadir dan hadir di hadapan pasien dapat menguras tenaga

dan tidak berkelanjutan. Ketika memilih untuk menjadi rentan secara emosional, kelelahan dapat dicegah dengan menyadari keterbatasan diri sendiri selain kebutuhan diri sendiri dan, tentu saja, melakukan pengawasan. Benner (1984) mengidentifikasi bahwa kemampuan merefleksikan praktik adalah kunci untuk menjadi seorang praktisi ahli. Menemukan pengawasan yang memiliki keseimbangan antara dukungan dan tantangan adalah hal yang penting, jika berhasil maka akan membangun kesadaran diri dan ketahanan, jika tidak maka akan mengikis kepercayaan diri dan kepercayaan diri (Reynolds dan Mortimore 2021; Sharrock dkk. 2013).

APN juga sering kali mencari dukungan informal dalam tim tempat mereka bekerja. Saya menemukan bahwa mengatur waktu minum kopi mingguan bersama rekan kerja memberi kami waktu untuk mendiskusikan situasi sulit dan belajar dari satu sama lain. Kombinasi pengawasan dan dukungan informal diperlukan untuk praktik yang aman dan efektif. Bekerja dengan cara yang tersedia dan rentan memerlukan kesediaan untuk bersikap terbuka dan selektif terhadap praktik kita, hal ini mengarah pada kematangan emosional dan profesional dan tentu saja akan bermanfaat bagi mereka yang berada dalam perawatan kita.

Brown (2010) menulis tentang kerentanan yang menunjukkan bahwa kerentanan adalah tempat lahirnya kegembiraan, cinta, dan rasa syukur, dan bahwa kerentanan memungkinkan kita untuk benar-benar terhubung dengan orang lain, yang merupakan

hal yang sudah tertanam dalam diri manusia. Penelitian ekstensifnya mengenai kerentanan memandang kerentanan bukan sebagai kelemahan namun sebagai tindakan yang berani. APN terus menunjukkan keberanian dengan hadir setiap hari, bersedia hadir dan memberikan diri mereka sendiri. Brown (2010) juga mengemukakan kerentanan tanpa batas bukanlah kerentanan. Kerentanan membutuhkan batasan dan untuk bekerja dengan cara ini memerlukan pertimbangan tentang seberapa banyak yang bisa Anda berikan untuk diri Anda sendiri, seberapa banyak Anda harus berbagi, bagaimana menjalin hubungan yang mendalam tanpa kehilangan fokus pada pasien atau kehabisan tenaga. Memiliki batasan berhubungan dengan pandangan Rolheiser (2004) untuk tidak menjadi "keset" dengan menjadi begitu rentan dan bertindak ekstrem dengan membiarkan setiap aspek kehidupan kita "berkeliaran". Dia berpendapat bahwa kerentanan sebenarnya terletak pada kekuatan untuk bisa hadir di hadapan orang lain tanpa "alat bantu palsu" yang sering kita gunakan untuk memperkuat ego kita. Kebutuhan kita untuk menjauh dari pasien atau tidak berbagi bisa jadi tersembunyi di balik selubung standar profesional. Herrick dan Mann (1998) menulis bahwa kemampuan untuk mempertahankan batasan namun hadir sepenuhnya dapat menghasilkan kebebasan dan hubungan yang luar biasa dengan orang lain serta menimbulkan harapan dalam diri mereka.

Ketersediaan dan kerentanan memungkinkan APN untuk mengoperasionalkan spiritualitas.

Seringkali terdapat tumpang tindih antara kedua konsep dan cara penerapannya. Para dokter menyadari bahwa kerangka kerja Rogers (2016) adalah cara yang berguna untuk mengoperasionalkan spiritualitas dan para dokter menyatakan bahwa kerangka kerja tersebut "sangat penting untuk praktik yang baik" (Rogers dkk. 2021). Memanfaatkan hubungan ketersediaan dan kerentanan menuju perawatan holistik yang berpusat pada individu. Harapan saya adalah Anda juga akan melihat betapa sederhananya konsep-konsep ini untuk diintegrasikan ke dalam praktik dan betapa kuatnya konsep-konsep ini dalam hubungan terapeutik dengan mereka yang berada dalam perawatan kami.

DAFTAR PUSTAKA

- Burch, B. (2021). Race, Politics, and Spiritual Crisis: A Response to Commentaries. *Psychoanalytic Dialogues*, 31(1), 46-49.
- Ali G, Snowden M, Wattis J, Rogers M (2018) Spirituality in nursing education: knowledge and practice gaps. *Int J Multidiscipl Comparat Stud* 5(1-3):27-49
- Puchalski, C. (2021). Spiritual care in health care: Guideline, models, spiritual assessment and the use of the© FICA Spiritual History Tool. In *Spiritual Needs in Research and Practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care* (pp. 27-45). Cham: Springer International Publishing.
- Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., & Ramezani, M. (2021). Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. *Supportive Care in Cancer*, 29, 1165-1181.
- BBC News. (2021). Prayer row nurse remains deiant (online). <http://news.bbc.co.uk/1/hi/england/somerset/7874892.stm>.
- Beller J, Wagner A (2020) Loneliness and health: the moderating effect of cross-cultural individualism/collectivism. *J Age Health*. <https://doi.org/10.1177/0898264320943336>
- Castillo F (2020) Health, spirituality and Covid-19: themes and insights. *J Pub Health (Oxf)*. 43(2):e254-e255
- Chrash M, Mulich B, Patton C (2011) The APN role in holistic assessment and integration of spiritual assessment for advanced care planning. *J Am Acad Nurse Pract* 23:530-536

- Cline A (2021) Karl Marx on religion- is religion the opiate of the masses. www.atheism.about.com.
- Cook C (2020) Spirituality, religion and mental health: exploring the boundaries. *Ment Health Relig Cult* 23(5):363–374.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1774525>
- DeKoninck B, Hawkins LA, Fyke JP, Neal T, Currier K (2016) Spiritual care practices of advanced practice nurses: a multinational study. *J Nurse Pract* 12(8):536–544
- Epstein RM (2014) Realizing Engel’s biopsychosocial vision: resilience, compassion and quality of care. *Int J Psychiatry Med* 47(4):275–287
- Ferrell B, Handzo G, Picchi T, Puchalski C, Rosa W (2020) The urgency of spiritual care: Covid 19 and the critical need for whole person palliation. *J Pain Manag* 60(3):e7–e11.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.06.034>
- Gardner F, Tan H, Rumbold B (2020) What spirituality means for patients and families in health- care. *J Relig Health* 59(1):195–203
- International Council of Nurses (2020) Guideline’s on advanced practice nursing. ICN, Geneva
- International Council of Nurses (2021) The ICN code of ethics for nurses. ICN, Geneva
- Lewinson LP, McSherry W, Kevern P (2018) Enablement-spirituality engagement in pre- registration nurse education and practice- a grounded theory investigation. *Religions* 9(11):356–370
- McSherry W, Jamieson S (2011) An online survey of nurses’ perceptions of spirituality and spiri- tual care. *J Clin Nurs* 20(11):1757–1767
- Pfeiffer J, Gober C, Johnson-Taylor E (2014) How christian nurses converse with patients about spirituality. *J Clin Nurs* 23:2886–2895

- Propper C, Stoye G, Zaranko B (2020) The wider impacts of coronavirus pandemic on the NHS. Institute of Fiscal Studies Briefing Note
- Rogers M (2017) Utilising availability and vulnerability to operationalise spirituality. In: Practising spirituality. Palgrave Macmillan, London, p 145164
- Stevens Barnum B (2011) Spirituality in Nursing: The Challenges of Complexity, Third Edition. Springer Publishing, New York
- Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets S, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, Van Rijswijk E, Aertgeerts B (2011) Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract* 13(162):749–760
- Lalani N, Ali G (2020) Methodological and ethical challenges while conducting qualitative research on spirituality and end of life in a Muslim context: a guide to novice researchers. *Int J Palliat Nurs* 26(7):362–370. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.7.362>
- NHS England (2020) The comprehensive model of personalised care. Online at: <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/comprehensive-model-of-personalised-care/>
- Rego F, Nunes R (2019) The interface between psychology and spirituality in palliative care. *J Health Psychol* 24(3):279–287. <https://doi.org/10.1177/1359105316664138>
- Richardson P (2014) Spirituality, religion and palliative care. *Ann Palliat Med* 3(3):150–159. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-5820.2014.07.05>
- Rogers M (2016) Spiritual dimensions of advanced nurse practitioner consultations in primary care through the lens of availability and vulnerability. A Hermeneutic Enquiry. Doctoral thesis, University of Huddersfield. Available at <http://eprints.hud.ac.uk>

- Schwartz A, Baume K, Snowden A, Patel J, Genders N, Ali G (2021) Self-care. In: McSherry W, Boughey A, Attard J (eds) *Enhancing nurses' and midwives' competence in providing spiritual care*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-65888-5_4
- Wattis J, Rogers M, Ali G, Curran S (2019) Bringing spirituality and wisdom into practice. In: *Practice wisdom: values and interpretations*. Brill-Sense Publishers, Rotterdam. https://doi.org/10.1163/9789004410497_014
- Younas A, Maddigan J (2019) Proposing a policy framework for nursing education for fostering compassion in nursing students: a critical review. *J Adv Nurs* 75:1621–1636
- McSherry W, Ross L, Balthip K, Ross N, Young S (2019) Spiritual assessment in healthcare: an overview of comprehensive, sensitive approaches to spiritual assessment for use within the interdisciplinary healthcare team. In: Timmins F, Caldeira S (eds) *Spirituality in healthcare: perspectives for innovative practice*. Springer Nature Quality and Performance, Switzerland, pp 39–54
- McSherry W, Ross L, Attard J, van Leeuwen R, Giske T, Kleiven T, Boughey A, The EPICC Network (2020) Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: some developments in education over the last decade. *J Study Spirit* 10(1):55–71

BIODATA PENULIS



Ns. Heriviyatno Julika Siagian, S.Kep., MN, Lahir di Ranomeeto Tahun 1984. Menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Tahun 2001 di STIK Famika Makassar, melanjutkan studi di Western Mindanao State University Tahun 2008 dengan mayor Keperawatan Medikal Bedah. Saat ini aktif sebagai tenaga pengajar di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan, Fakultas Sains dan Teknologi, Universitas Sembilanbelas November Kolaka.



Lembaga Progres Ilmiah Kesehatan
Jl. Kancil, Pelangi Residence
Anduonohu, Poasia,
Kendari – Sulawesi Tenggara

