

ASPEK SPIRITAL DAN PENGGUNAAN ‘SPIRITUAL HEALTH ASSESSMENT SCALE’ DALAM RAWATAN HOSPICE: ARTICLE REVIEW

JIMMY, NI KETUT PUTRI ARIANI, I PUTU BELLY SUTRISNA, COKORDA BAGUS JAYA LESMANA, LELY SETYAWATI KURNIAWAN, I GUSTI AYU INDAH ARDANI

Program Studi Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Bali

e-mail: coujimmy@yahoo.co.id

ABSTRAK

Tujuan dari perawatan *hospice* adalah untuk meringankan tekanan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien yang mendekati akhir hidup sehingga pada akhirnya meningkatkan kualitas hidup karena rawatan *hospice* memandang manusia dari sudut pandang holistik. Spiritual adalah aspek dinamis dan essensial dari kemanusiaan yang mencakup pencarian makna tertinggi, tujuan hidup, transendensi dan hubungan dengan diri sendiri, keluarga dan orang lain yang terwujud dalam keyakinan, nilai, tradisi dan praktik. Hal ini telah memiliki dampak positif yang mencakup kesejahteraan spiritual, kualitas hidup, adaptasi, kesehatan fisik dan psikologis yang akhirnya memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga dalam menemukan makna dan tujuan hidup, memulihkan hubungan dan cinta serta bisa menerima kematian dan mempertahankan harapan serta mendukung kematian yang bermartabat. *Mean center and Dignity psychotherapy* telah diuji sebagai psikoterapi yang berfokus pada makna dan martabat pasien. Spiritual adalah konsep yang tidak terbatas pada agama dan konsep kunci dalam tanda penting dalam perawatan penyakit terminal. Oleh karena itu, perawatan spiritual merupakan elemen penting dari perawatan *hospice* yang secara signifikan mempengaruhi kualitas seluruh perawatan yang diberikan. Model panduan perawatan spiritual dan penilaian dikembangkan sebagai panduan perawatan dalam aspek fundamental dan spiritual manusia dalam perawatan *hospice*. *Spiritual Health Assessment Scale (SHAS)* merupakan skala yang dikembangkan untuk mengkaji kesehatan spiritual yang digunakan untuk seluruh masyarakat dan tidak berdasarkan hanya pada agama yang berisi 3 domain berupa pengembangan diri, aktualisasi diri dan realisasi diri

Kata Kunci: Spiritual , *Hospice* , *Spiritual Health Assessment Scale (SHAS)* , *Mean Center and Dignity Psychotherapy*

ABSTRACT

The goal of hospice care is to relieve patient’s physical, psychological, social, and spiritual stress who are nearing the end of life, thereby ultimately improving the quality of life because hospice care views humans from a holistic perspective. Spirituality is a dynamic and essential aspect of humanity that includes the search for highest meaning, purpose in life, transcendence and connection with oneself, family and others which is manifested in beliefs, values, traditions and practices. This has had a positive impact that includes spiritual well-being, quality of life, adaptation, physical and psychological health which ultimately meets the needs of patients and families in finding meaning and purpose in life, restoring relationships and love and being able to accept death and maintain hope and support a dignified death. *Mean center and Dignity psychotherapy* has been tested as a psychotherapy that focuses on the patient’s meaning and dignity. Spirituality is a concept that is not limited to religion and is a key concept in the care of terminal illness. Therefore, spiritual care is an important element of hospice care that significantly influences the quality of all care provided. The spiritual care guidance and assessment model was developed as a care guide in the fundamental and spiritual aspects of human beings in hospice care. *Spiritual Health Assessment Scale (SHAS)* is a scale developed to assess spiritual health that is used for the entire community and is not based only on religion

PENDAHULUAN

Pada tahun 1967, pendirian *St. Christopher's Hospice* di Inggris oleh Cicely Saunders memperkenalkan gerakan hospice modern. Keprihatinan mengenai kurangnya dokter terlatih, perawatan terminal yang tidak baik, ketidakadilan yang jelas dalam perawatan kesehatan, dan pengabaian orang lanjut usia dengan menekankan interdisiplin untuk mengendalikan gejala (terutama pengendalian nyeri), perawatan pasien dan keluarga sebagai satu unit, penggunaan relawan, keberlangsungan perawatan (termasuk perawatan di rumah), serta pemantauan lanjutan terhadap anggota keluarga setelah kematian pasien. Untuk terpilih, pasien harus dinyatakan hanya memiliki sisa usia 6 bulan atau kurang oleh dokter dengan menerima terapi palliatif bukan kuratif. Perawatan hospice kadang sebagai unit yang terpisah dan kadang sebagai kesatuan perawatan. Keluarga *hospice* umumnya menunjukkan kepuasan dengan keterlibatan pribadi mereka di dalam perawatan *hospice* yang menyebabkan beragam penghematan. Perawatan *hospice* adalah bukti adanya alternatif perawatan akhir hayat untuk kematian yang nyaman dan bermartabat untuk pasien dengan penyakit terminal.

Saat mendekati kematian, pasien cenderung menjadi lebih tertarik pada hal-hal mendasar, nilai-nilai mental kehidupan untuk menjalani kehidupan yang berkualitas (Okon,2005) dan sering disalahartikan sebagai permintaan akan pelayanan agama (Moosavi & Kang,dkk,2020). Ini dikarenakan menyamakan layanan spiritual dengan layanan keagamaan (Cherny, 2015). Persepsi terhadap rawatan hospice menemukan lebih mementingkan non religius seperti mendengarkan dengan empati, memupuk harapan dan mengejar hubungan dan makna. Perawatan tidak hanya terbatas pada intervensi. perpindahan ke perawatan palliatif merupakan tanda nyata pertama pasien akan meninggal. Konsultasi psikiatri diperlukan bagi yang belum siap dapat menoleransi perubahan dan pasien terminal memiliki ditambah resiko bunuh diri. keyakinan spiritual yang meliputi agama, arti, tujuan dan makna digunakan sebagai domain untuk mengukur dan memodifikasi dalam kematian yang baik (Emanuel,1998). Pada rawatan hospice menunjukkan aspek spiritual harus diberikan dengan lebih banyak perhatian karena dapat terjadi sehubungan dengan masalah fisik dan psikologis sehingga harus memiliki kemampuan untuk mengenali dan memahami spiritual untuk meningkatkan kualitas perawatan spiritual(Elliott,2011). Dalam perspektif holistik, manusia terintegrasi dalam aspek fisik, psikososial dan spiritual dengan sesuatu yang lebih (*Korean Hospice and Palliative Nursing Association* ,2015). spiritualitas adalah bagian penting dari manusia yang perlu dinilai dan faktor-faktor yang mempengaruhi aspek kepribadian lainnya juga harus dipertimbangkan (Giske, 2012).

Spiritualitas mencerminkan sifat dasar manusia dengan cara mencari, menghubungkan dan mengekspresikan dirinya, orang lain, alam dan Tuhan (Ferrell,2017) dengan pertanyaan eksistensial mengenai siapa mereka dan mengapa mereka ada di dunia. Spiritualitas juga sangat terkait dengan keyakinan budaya dan agama pasien (Richardson,2012) yang memiliki korelasi positif yang signifikan dengan peningkatan fungsi kekebalan tubuh, coping positif, kualitas hidup dan kesehatan mental pada pasien yang sakit parah (Sephton,2001).

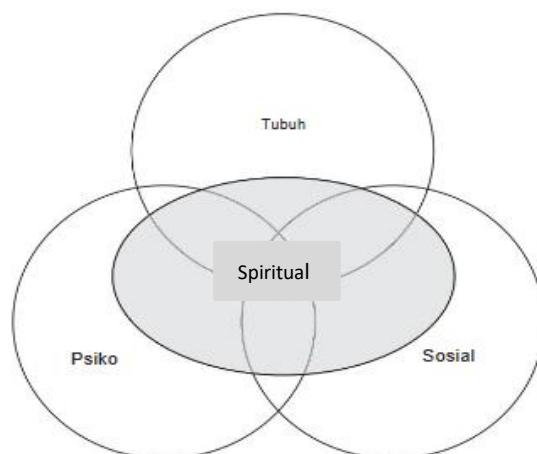
Kesehatan spiritual merupakan dimensi kesehatan yang penting. Orientasi spiritual dapat membantu orang untuk mengatasi konsekuensi dari situasi stress hidup yang menyebabkan penyakit fisik dan mental serta kebahagiaan individu secara keseluruhan (*World Health Organization*,2011). Kesehatan spiritual memiliki arti yang berbeda-beda bagi orang

Online Journal System: <https://jurnalp4i.com/index.php/healthy>

yang berbeda dapat diartikan sebagai filsafat zaman baru, tatanan agama yang terorganisir, kebebasan pengalaman spiritual, integrasi seseorang untuk kesehatan yang optimal, kemampuan mempraktikkan keyakinan moral/agama dalam kehidupan sehari-hari. spiritualitas adalah sesuatu yang unik pada setiap individu. Kesehatan spiritual adalah keadaan dimana seseorang mampu menghadapi kehidupan sehari-hari dengan cara mengarah pada realisasi potensi penuh seseorang, makna dan tujuan hidup serta kebahagiaan dari dalam berupa hubungan baik pikiran, tubuh dan jiwa. Kesehatan spiritual didefinisikan oleh berbagai penulis dengan berbagai cara dan demikian pula berbagai upaya juga dilakukan hingga menyediakan instrumen penilaian untuk mengukur spiritualitas.(Ellison,2002).

METODE

Perawatan *Hospice* merupakan bagian terpenting dari perawatan menjelang kematian dengan menghilangkan penderitaan yang merupakan akibat dari penyakit terminal dan memandang manusia dari sudut pandang holistik dengan konsep dan praktik perawatan holistik menggabungkan aspek fisik, psikologis dan spiritual penerima perawatan secara bersamaan dengan menunjukkan aspek spiritual harus diberikan lebih banyak perhatian dalam perawatan hospice. karena penderitaan yang dapat terjadi sehubungan dengan masalah di banyak bidang.



Gambar. Konsep manusia holistik (Hyunmoon, 2015)

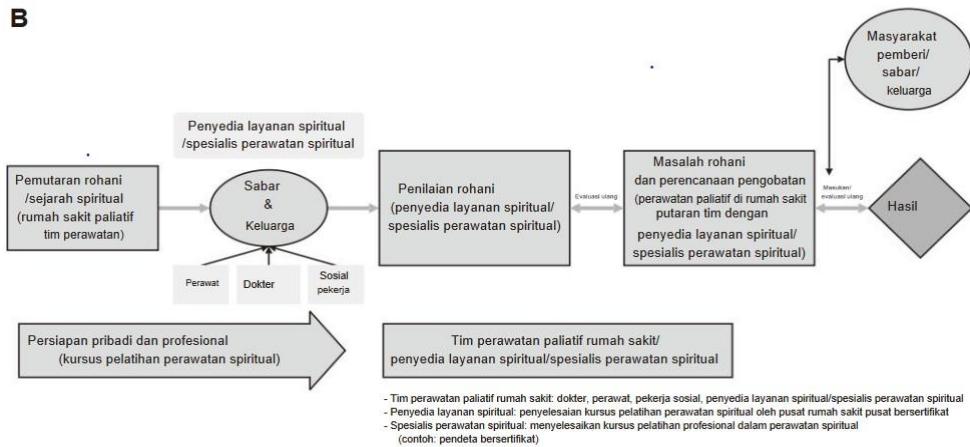
Model rawatan spiritual berakar pada berbagai sudut pandang untuk meningkatkan kesejahteraan spiritual pasien yang sakit parah dan keluarga secara keseluruhan dan menghasilkan hasil perawatan spiritual yang lebih efektif dengan mengutamakan variabel hasil dan pelaksanaan pelayanan spiritual dengan mengembangkan intervensi berbasis spiritual yang menghormati individu (Stein, dkk,2015). 3 model berfokus hasil kepedulian perawatan spiritual dalam melihat kesehatan spiritual, kualitas hidup, dan penanggulangannya dan 7 model yang berfokus pada implementasi layanan spiritual.

“Model perawatan seluruh orang” membahas kolaborasi multidisiplin, “Model fungsi eksistensial” menekankan kebutuhan eksistensial manusia, “pandangan pluralisme terbuka” mempertimbangkan keragaman budaya dan jenis keragaman penerima kelayanan Kesehatan lainnya, Model “pandangan spiritual-relasional” dan “ kerangka organisasi sistemik” berfokus pada hubungan antara tim perawatan paliatif rumah sakit dan pasien, “Model komponen utama dan tindakan spiritualitas serta perawatannya dalam model pendidikan dan pelatihan” menjelaskan dinamika proses perawatan spiritual untuk membangun model perawatan spiritual yang optimal. Kebutuhan spiritual dan intervensi yang diberikan ditinjau kembali dan

Pengembangan dalam perawatan spiritual didasarkan pada pedoman international (Hoosen,dkk,2022) dalam Menyusun konten perawatan spiritual yang sesuai untuk mendapatkan wawasan tentang persepsi dan kebutuhan akan perawatan spiritual, memberikan panduan perawatan spiritual untuk digunakan dalam perawatan akhir hayat yang melibatkan ahli. Konsep dasar digambarkan dengan mengintegrasikan pedoman perawatan *Spiritual American National Consensus Project for Quality Palliative Care edisi ke- 4 (National Coalition for Hospice and Palliative Care, 2018)* dengan 5 domain meliputi kebutuhan spiritual, peran pengasuh spiritual, layanan spiritual, layanan keagamaan dan kesejahteraan spiritual (*Spiritual care guideline in hospice,2022*).

Prinsip-prinsip perawatan spiritual mencakup misi, tujuan, dan standar selaras dengan atribut spiritualitas yang meliputi makna dan tujuan, keterhubungan, dan transendensi (Braam,2017) dengan fokus pada rawatan , kebutuhan, intervensi, pendidikan dan pelatihan serta kemitraan masyarakat sebagai integral dari strategi perawatan spiritual (*spiritual care strategy, 2023*)

Model perawatan spiritual sebagai model “manusia totalitas” diperkenalkan pertama kali untuk perawatan komprehensif dan holistik meliputi makna dan tujuan, keterhubungan, dan transendensi (Kang, dkk, 2021) serta dikembangkan oleh Puchalski dimulai dengan pemeriksaan, penilaian, masalah yang teridentifikasi, rencana intervensi dan hasilnya dinilai dan umpan balik untuk penilaian berkala.



Gambar. Model implementasi spiritual pertama (Puchalski,dkk,2009)

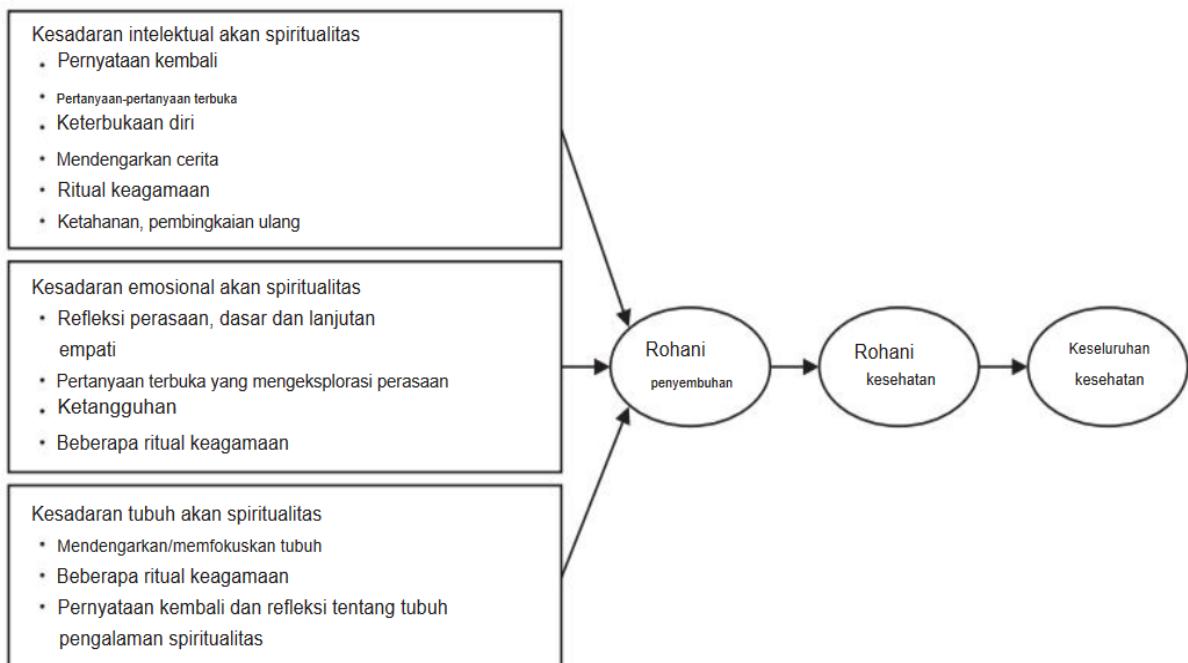
Model Implementasi perawatan spiritual kedua mengkategorikan kebutuhan spiritual berdasarkan tiga atribut spiritualitas, mengidentifikasi sembilan masalah spiritual yang terkait dengan kebutuhan eksistensial, relasional, dan religius/transcendental (keputusasaan, kurangnya makna/tujuan, amarah, rasa berasalah/mau,kehilangan/duka, ditinggalkan oleh orang lain/isolasi,rekonsiliasi, kekhawatiran hubungan dengan Tuhan, konflik tertantang dengan sistem kepercayaan) kemudian memandu penetapan intervensi spiritual sehingga berpotensi meningkatkan kesejahteraan spiritual, fisik, psikologis dan sosial sampai pada titik kematian. Model Implementasi perawatan spiritual ketiga adalah revisi dan tambahan dari model yang disajikan dalam panduan dengan memanfaatkan diagnosis spiritual dalam mengidentifikasi permasalahan spiritual sehingga menggambarkan spektrum layanan spiritual untuk memenuhi kebutuhan eksistensial, relasional dan keagamaan/transcendental (3

atribut spiritual). Jika membutuhkan perawatan keagamaan tertentu, maka mencakup spesialis perawatan spiritual atau pemimpin agama yang dipilih oleh pasien untuk layanan keagamaan.

Model berdasarkan perawatan hasil terdiri dari Model kesehatan spiritual, model kualitas hidup dan harapan , model penanggulangan. Model yang berfokus pada keperawatan penerapan terdiri dari model pelaksanaan perawatan spiritual, model fungsi eksistensial, pandangan spiritual relasional, kerangka organisasi sistemik, model komponen utama, model tindakan spiritualitas dan kepedulian spiritual dalam pendidikan dan pelatihan.

Model kesehatan spiritual

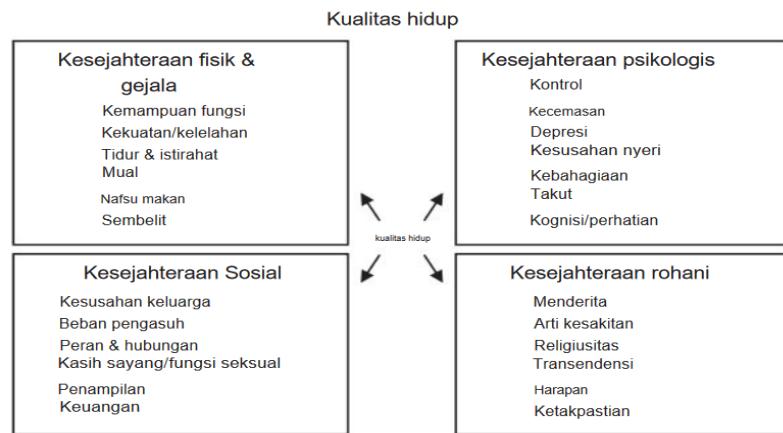
Model ini mendalilkan bahwa pemahaman dan persepsi rawatan hospice mengenai aspek intelektual (mental), emosional, dan tubuh (fisik) dari pasien yang sakit parah mempengaruhi penyembuhan spiritual dan kesehatan spiritual penerima perawatan. Disini ditekankan harus mendekati dan menghormati otonomi, nilai-nilai, dan keyakinan pasien dari sudut pandang yang berbeda, termasuk agama, budaya, dan keyakinan pribadi, serta mengadopsi sudut pandang terbuka (Taylor,2007)



Gambar. Model Kesehatan spiritual (Taylor,2007)

Model Kualitas hidup dan harapan

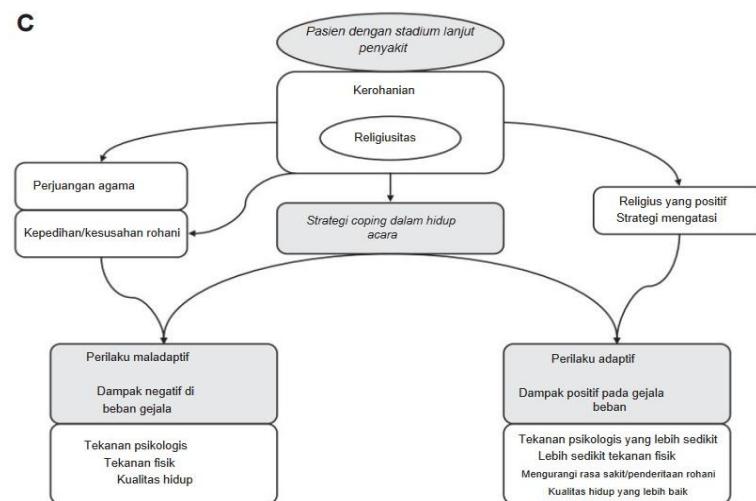
Dimensi kualitas hidup mencakup dimensi fisik, psikologis, sosial dan spiritual seseorang berdasarkan pengalaman dari sepanjang pejalanan penyakit/kematian (American Association of Colleges of Nursing, 2017).. Penting untuk mengkaji aspek setiap dimensi dari sudut pandang pasien dan keluarga serta jangan berasumsi apa arti “kualitas” bagi mereka karena dapat menghilangkan peluang untuk mewujudkan harapan



Gambar. Model Kualitas Hidup dan hadapan (Duarte, 2016)

Model penanggulangan

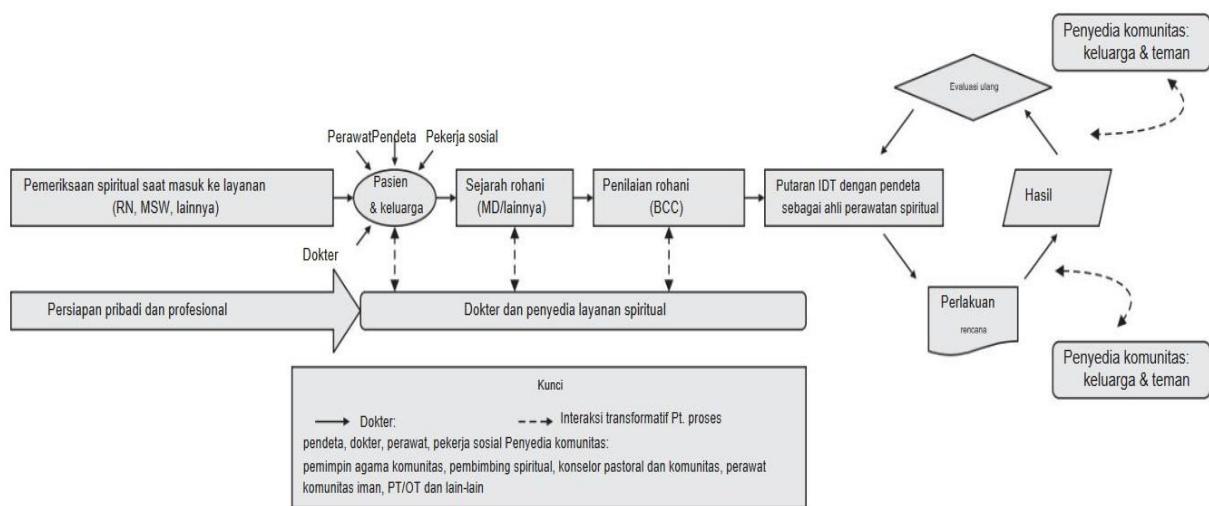
Model ini berfokus pada spiritualitas, religius, strategi coping(faktor intervensi) dan coping (varibel hasil) (Bruera,2016) sehingga menghasilkan perilaku yang adaptif. Konsep coping dikemukakan oleh Folkman et al (2009) dengan melengkapi kekurangan strategi adaptasi spesifik dalam model spiritualitas dan religiusitas dengan mempertimbangkan mekanisme internal seperti harapan, martabat, makna, kenangan, keberanian, semangat juang, dan ketahanan serta sumber daya eksternal seperti terapi suportif dan komplementer, terapi alternatif, psikofarmakologi, psikoterapi, pengasuh, relawan, perawatan paliatif. , dan agama.(Daaleman, 2012). *Mean center and dignity psychotherapy* telah diuji dimana melibatkan keyakinan bahwa seseorang mencapai peran dan tujuan unik dalam hidupnya serta kehidupan yang terkait dengan tanggung jawab untuk hidup sesuai dengan keinginan seseorang. Pasien yang kebutuhan psikologis, spiritual, dan fisik pribadinya berhasil dipenuhi pada akhir hidupnya mungkin dianggap telah mencapai rasa bermartabat (Madan,1992) yang mengacu pada rasa harga diri (Pullman,2002). Pasien diminta untuk merekam kehidupan mereka dari berbagai sudut yang paling ingin dan penting mereka ingat oleh mereka cintai sehingga dapat menimbulkan rasa warisan, koherensi, peningkatan identitas, dan rekonsiliasi emosional (Chocinov,2002) serta membimbing untuk merefleksikan makna dan tujuan hidup beserta kontribusi dan pengalaman mereka (Shim,dkk,2009).



Gambar. Model penanggulangan (Delgado-Guay,dkk,2016)

Model pelaksanaan perawatan spiritual

Pendeta sebagai spesialis perawatan spiritual harus terlibat penuh dalam perawatan medis pasien. Pelayanan diberikan dengan memberikan layanan penuh kasih sayang dengan mendengarkan, penyaringan spiritual, menilai tekanan atau sumber daya spiritual, integrasi spiritual ke penilaian biopsikososial dan rencana pengobatan, integrasi sumber kekuatan pasien termasuk sumber spiritual dalam perawatan, hubungan dokter-pasien sebagai kunci penyembuhan, Merefleksikan nilai-nilai dan keyakinan pribadi sebagai hal untuk melayani pasien sebagai manusia seutuhnya (Peteet, dkk, 2014).



Gambar. Model pelaksanaan perawatan spiritual (Puchalski, dkk,2009)

Model fungsi eksistensial

Model ini memegang peran dalam mengenali hubungan dinamis antara tekanan emosi terkait eksistensial dan spiritual, mengatasi proses yang menyebabkan kesusahan dan gangguan fungsional. Memperlakukan pasien sebagai satu kesatuan yang terintegrasi, menghargai bagaimana mereka perlu memanfaatkan sumber daya eksistensial, spiritual dan emocional untuk mengakui, menanggung dan menempatkan masalah-masalah yang paling penting bagi mereka dalam perspektif (Cann, dkk, 2005). Konsep makna dari spiritual merupakan konsep ditemukan pada individu beragama dan tidak beragama.

Pandangan pluralisme terbuka

Model ini menekankan pentingnya perbedaan tradisi masyarakat, spiritual dan budaya dalam membentuk hubungan (Wein, dkk, 2015). Ini mengacu pada "komitmen untuk mengeksplorasi, memahami, dan mendengarkan suara komunitas moral tertentu yang membentuk budaya" (Kinghorn, 2007). Mengingat semakin berkembangnya keragaman etnis, penyedia layanan kesehatan perlu memahami kompleksitas budaya dan spiritualitas (Balboni, dkk, 2014) yang merupakan sumber kenyamanan, penanggulangan, dan dukungan serta merupakan cara paling efektif untuk memengaruhi penyembuhan (Johnson, dkk, 2005).

Pandangan spiritual relasional

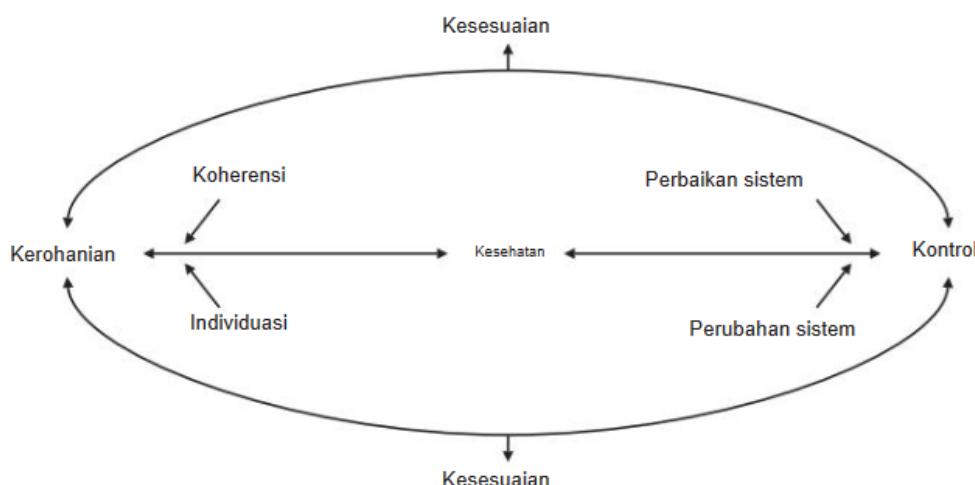
Model ini menjelaskan perawatan spiritual oleh praktisi perawat dan mencerminkan pentingnya hubungan awal praktisi perawat-pasien dan penilaian spiritual daripada praktisi

Online Journal System: <https://jurnalp4i.com/index.php/healthy>

perawat yang segera menerapkan praktik keagamaan tertentu (Caron,dkk,2011). perawat harus mengenali dan mengakui peran spiritualitasnya sendiri. Secara bersamaan, masing-masing memiliki spiritualitas unik mereka sendiri yang dikembangkan sebagai hubungan intra spiritual. Ketika sudah berkembang hubungan spiritual interpersonal, maka hubungan keduanya memasuki sistem pendukung baik bagi pasien maupun dirinya sendiri sehingga hubungannya menjadi dinamis (Cumbie,dkk,2011).

Kerangka organisasi sistemik

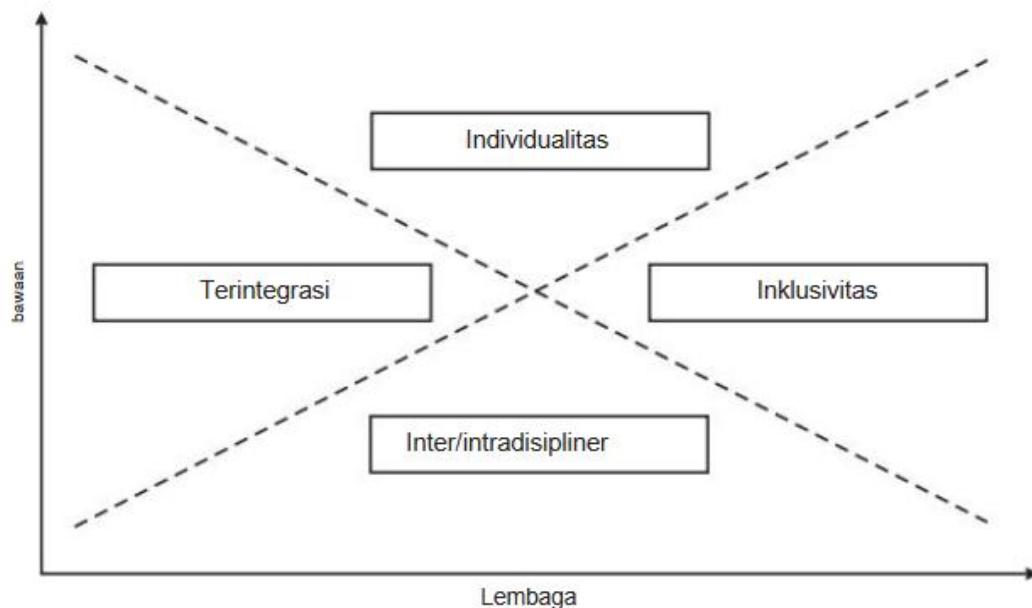
Model ini diperkenalkan sebagai struktur pengorganisasian dimana perawat dapat terlibat dalam hubungan dengan pasien untuk mengetahui kondisi pasien dan kebutuhan spiritual yang digunakan untuk mempertahankan fungsi fisik individu melalui perencanaan dan tindakan terukur (pemeliharaan sistem) sekaligus menyalurkan energi, mengintegrasikan pengetahuan, dan mengubah pola perilaku untuk meminimalkan perubahan yang tidak diinginkan (perubahan sistem). Kendali pada tingkat individu , keluarga dan kelompok sosial menunjukkan sistem koherensi dan individuasi yang digunakan ketika individu berjuang untuk spiritualitas. sehingga adanya rasa kesatuan dalam diri dan dicapai melalui aktivitas yang memupuk pikiran dan jiwa mencakup upaya manusia untuk terhubung dan menjadi bagian dari sesuatu di luar dirinya melalui integrasi pengetahuan, penyesuaian nilai dan opini, dan selanjutnya perubahan pola perilaku (Friedemann,dkk,2002).



Gambar. Kerangka organisasi sistemik (Friedemann,dkk,2002)

Model komponen utama

Model ini terdiri 6 komponen yang terdiri dari individualitas, inklusivitas, integrasi, kolaborasi antar/intradisiplin, bawaan dan institusi (Mcsherry,2006). perawatan spiritual merupakan perawatan terpadu mencakup kerja tim yang merupakan bawaan dalam diri untuk kemajuan pelayanan spiritual sehingga membantu berpartisipasi dan mengatasi hal yang berdampak pada layanan spiritual melalui persepsi semua pemangku kepentingan.



Gambar. Model komponen utama (McSherry,2006)

Model tindakan spiritualitas dan kepedulian spiritual dalam pendidikan dan pelatihan

Model ini menawarkan struktur dasar yang mempromosikan pendidikan dan pelatihan dengan perspektif yang berakar pada teologi, sosiobiologi dan filsafat serta digunakan sebagai struktur dasar untuk penilaian kebutuhan spiritual dan merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi perawatan spiritual. (Narayanasamy,2004)

Proses perawatan spiritual mencakup penilaian, rangkaian perawatan, formular catatan perawatan dan intervensi yang direkomendasi. Lampiran berupa kebutuhan, masalah dan kekuatan spiritual (Richmond,2018) yang mencakup pemahaman alasan atau motivasi mendasar yang memberi makna pada kehidupan pasien yang akhirnya mendorong kesejahteraan spiritual dari kebutuhan eksistensi, relasional dan transendensi yang menfasilitasi penilaian, pencatatan diagnosis dan intervensi spiritual. pengasuh spiritual dan professional yang telah memenuhi syarat untuk melakukan aspek mendasar dari penilaian spiritual, termasuk penyaringan dan eksplorasi riwayat pasien sehingga diperlukan pelatihan dan pendidikan untuk menghasilkan professional perawatan spiritual yang kompeten untuk dapat mengenali kekuatan spiritual melalui penilaian spiritual yang komprehensif (Virani,dkk,2009). Managemen mutu dilakuakan dengan dokumentasi dan survei kepuasaan keluarga yang ditinggalkan untuk manajemen kualitas perawatan spiritual (Park,2017).

Skala penilaian kesehatan spiritual dalam mengukur kesehatan spiritual.

World Health Organization(1946), pertama berkonsentrasi pada definisi kesehatan sebagai keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial bukan hanya terbebas dari penyakit. Namun sejumlah faktor lain seperti latar belakang yang membentuk karakteristik individu dan perilaku, gaya hidup dan kondisi ekonomi sebagai penentu kesehatan juga yang membuat aspek spiritual tidak terlihat (Al-Awadi & Mellbye,1983). Pengetahuan tentang penelitian spiritual kesehatan terbatas serta biasanya didasarkan pada pengukuran moralitas,religiusitas,dll (Gomez,dkk,2005). Kajian Kesehatan spiritual dikembangkan setelah membahas rasionalitas. Banyak faktor yang berperan dalam mendefinisikan spiritualitas terdiri dari keyakinan agma, kepercayaan, nilai, etika, prinsip dan moral serta bertumbuh dalam hubungan pribadi dengan orang lain atau dengan berdamai dengan alam untuk mencapai ketenangan dan kedamaian yang

Online Journal System: <https://jurnalp4i.com/index.php/healthy> dibutuhkan untuk melewati apapun yang terjadi dalam hidup.(World Health Organization,1985). Kesehatan spiritual adalah masalah pribadi dengan melibatkan nilai-nilai dan keyakinan yang memberikan tujuan dalam hidup sehingga perlu untuk mengeksplorasi apa yang mereka yakini sebagai makna dan tujuan mereka sendiri. Jalan menuju kesehatan spiritual mungkin melibatkan meditasi, doa, yoga, afirmasi atau praktik spiritual tertentu yang mendukung hubungan dengan kekuatan atau kepercayaan yang lebih tinggi.

Skala ***Spiritual Health Assessment Scale*** merupakan skala yang digunakan untuk seluruh lapisan masyarakat karena tidak hanya berdasarkan agama berisi 3 domain yaitu pengembangan diri, aktualisasi diri dan realisasi diri serta masing domain memiliki 7 item tersendiri. Setiap item diberi skor 1 hingga 5 pada skala likert dengan total skor berkisar antara 21 hingga 105. yaitu skor '1' untuk 'Tidak Pernah', skor '2' untuk 'Jarang', skor '3' untuk 'kadang-kadang', skor '4' untuk 'Sering' dan skor '5' untuk 'Selalu'. Penerapan skala SHAS adalah 98,2%, reliabilitas tes ulang 81,14% dan validitas konsistensi internal 0,82, validitas diskriminasi membedakan kesehatan rohani yang buruk, adil dan baik adalah signifikan ($P<0,001$). Kesehatan spiritual yang buruk bila skor kesehatan spiritual antara 21 hingga 49, yang cukup antara 50 hingga 77 serta baik bila skor antara 78 hingga 105. validitas item ditentukan Anova dan uji post-hoc Tukey untuk membedakan perbedaan antara subjek sehat Rohani yang buruk, sedang dan baik. Faktor penentu dalam pembuatan SHAS yang mendefinisikan spiritual sebagai "bagian cerdas atau non-materi dari manusia, jiwa" dan menyiratkan fenomena tersebut dengan membentuk tindakan dan cara hidup masyarakat, ideologi filosofis, agama, moral atau politik yang berpengaruh besar terhadap kesejahteraan fisik, mental dan sosial masyarakat yang bersangkutan. Sehingga berperan besar dalam memotivasi pencapaian seseorang dalam segala aspek kehidupan.

Self-Development: To achieve and maintenance of spirituality, development of self is needed which can be assessed by:

- Prudence i.e. wisdom of discrimination
- Gratitude i.e. respect others
- Generosity i.e. feeling of equity
- Charity i.e. helping people
- Patience i.e. calm in adverse
- Self control i.e. able to control emotions
- Moral Actions i.e. act according to moral values

Self-Actualization: How much you know yourself can be assessed by following items:-

- Introspection: How much you thought about your own self
- Purpose of life: How much you know about purpose of your life
- Way of Life: How much you know about the way you want to live your life
- Strengths: How much you know about your own strength
- Weaknesses: How much you know about your own weaknesses
- Solutions: How much you know about solutions to deal with your weaknesses
- End of Life: How much you thought about end of your life

Self-Realization: How much you realize yourself can be assessed by following items

- Thoughtlessness: Zero state of mind
- *Yoga*: Feeling one with yourself
- Satisfaction: Feeling self-satisfaction i.e. completeness
- Freedom: Feeling of eternal freedom
- *Nigum* Facts: Eternal facts understanding
- Bliss: Feeling of pleasure without outside objects
- Sixth Sense: Intrusions and inspirations from one's inner self

Tabel. Spiritual Health Assessment Scale (Gaur & sharma, 2014)

Skala Penilaian Kesehatan Spiritual yang diusulkan ini didasarkan pada 'kesehatan spiritual adalah menikmati hubungan yang baik antara pikiran, tubuh dan jiwa/roh' dan Copyright (c) 2025 HEALTHY : Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan

'menjalani kehidupan dalam terang roh sendiri'. Jadi Tingkat kesehatan spiritual adalah 'Seberapa dekat seseorang dengan rohnya sendiri dalam menjalani kehidupannya.' Pengembangan diri merupakan syarat dasar untuk mengetahui dan mewujudkan diri sendiri.

Namun, sejauh ini tidak ada instrumen standar yang tersedia untuk mengukur spiritualitas yang berfokus pada orang-orang duniawi dan tidak memiliki bias agama dan budaya

PEMBAHASAN

Perkembangan rawatan *hospice* disebabkan kurangnya dokter terlatih, perawatan terminal yang tidak baik, ketidakadilan yang jelas dalam perawatan kesehatan, dan pengabaian orang lanjut usia. Tujuan dari perawatan *hospice* adalah untuk meringankan tekanan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien yang mendekati akhir hidup mereka terutama pada saat krisis kehidupan serta keluarga sebagai satu unit dengan pendekatan interdisiplin. Secara khusus, memberikan alternatif dukungan spiritual kepada pasien selama perawatan di akhir hayatnya telah terbukti memberikan dampak positif yang nyata terhadap berbagai hasil kesehatan. Penyakit terminal merupakan kompetensi dasar yang harus dimiliki tim rawatan *Hospice*.

Spiritualitas adalah bagian penting dari umat manusia dan pemenuhannya merupakan salah satu komponen terpenting dalam rawatan *hospice* dengan memandang kekayaan hakiki manusia sebagai makhluk holistik yang memiliki ciri eksistensial yang harus lebih dipenuhi dalam situasi krisis kehidupan dan asesmen spiritualitas pada pasien. Model perawatan spiritual berfokus pada hasil layanan dan implementasi spiritual yang berpusat pada dunia dan dinamika keseluruhan proses perawatan. Panduan perawatan spiritual merupakan suatu tantangan dengan keragaman kondisi kerja dan sistem pendukung personel serta layanan spiritual yang selaras secara budaya dan terintegrasi sebagai penyediaan rangkaian medis perawatan di akhir hayat.

Spiritual Health Assessment Scale memiliki penerapan, reliabilitas, dan validitas yang baik untuk mengukur kesehatan spiritual orang-orang duniawi yang tidak memiliki bias agama dan budaya serta didasarkan pada pengalaman spiritualnya sendiri. Instrumen tersebut mudah dalam pengelolaannya dan mudah membedakan tingkat kesehatan spiritual sehingga dapat digunakan untuk mengukur kesehatan spiritual.

KESIMPULAN

Perawatan *hospice* sebagai kompetensi dasar yang harus dimiliki dalam rawatan *hospice* yang bertujuan untuk meringankan tekanan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien yang mendekati akhir hidup sebagai satu unit dengan pendekatan interdisiplin. Dukungan spiritual adalah bagian penting dari umat manusia dan pemenuhannya merupakan salah satu komponen terpenting dalam rawatan *hospice* dengan memandang kekayaan hakiki manusia sebagai makhluk holistik yang memiliki ciri eksistensial karena memberikan dampak positif yang nyata terhadap berbagai hasil kesehatan.. Panduan perawatan spiritual merupakan suatu tantangan dengan keragaman kondisi kerja dan sistem pendukung personel serta layanan spiritual yang selaras secara budaya dan terintegrasi sebagai penyediaan rangkaian medis perawatan di akhir hayat sehingga memerlukan penyempurnaan dan pengembangan berkelanjutan yang berguna sebagai integrasi dalam rangkaian medis dalam kualitas layanan secara keseluruhan.

Sejauh ini tidak ada instrumen standar yang tersedia untuk mengukur spiritualitas yang berfokus pada orang-orang duniawi dan tidak memiliki bias agama dan budaya. ***Spiritual Health Assessment Scale*** mudah dalam pengukuran kesehatan spiritual reliabilitas, dan validitas yang baik terhadap hal tersebut dibandingkan alat ukur yang lain.

DAFTAR PUSTAKA

- AACN. ELNEC [Internet]. Washington, DC; American Association of Colleges of Nursing: c2017 [cited by 2016 Oct 28]. Available from:<http://www.aacn.nche.edu/elnec.prc.coh.org> [Internet]. Duarte, CA: Pain and Palliative Care Center; 2017 [cited 2016 Oct 28]. Available from: <http://prc.coh.org>
- AI-Awadi, A.R.A. (1983) The delegates speak. *VMO chronicle*, 37:131
- Balboni MJ, Puchalski CM, Peteet JR. The relationship between medicine, spirituality and religion: Three models for integration. *J Relig Health* 2014;53:1586-98.
- Braam AW. Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality, and psychiatry: what do we need? *Mental Health, Religion & Culture* 2017;20:579-88.
- Bruera E, Higginson I, von Gunten CF, Morita T, eds. *Textbook of palliative medicine and supportive care*. 2nd ed. Boca Raton:CRC Press;2016
- Carron R, Cumbie SA. Development of a conceptual nursing model for the implementation of spiritual care in adult primary healthcare settings by nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 2011;23:552-60.
- Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, et al. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. *JAMA* 2002;287:2253-60.
- Daaleman TP. A health services framework of spiritual care. *J Nurs Manag* 2012;20:1021-8
- Delgado-Guay MO. Spiritual care. In: Bruera E, Higginson I, von Gunten CF, Morita T, eds. *Textbook of palliative medicine and supportive care*. 2nd ed. Boca Raton:CRC Press;2016.
- Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. 1998. The promise of a good death. *Lancet*, 351(Suppl 2) :S1121-S1129.
- Elliott R. Spirituality, mental health nursing and assessment. *J Community Health Nurs* 2011;25:4-10.
- Ellison Spiritual Well-Being Scale (SWBS) 2002. [Last accessed on 1976]. Available from:<http://www.lifeadvance.com/spiritual-well-being-scale.html>.
- Ferrell BR. Spiritual care in hospice and palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care* 2017;20:215-20.
- Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986;50:992-1003
- Friedemann ML, Mouch J, Racey T. Nursing the spirit: the Framework of Systemic Organization. *J Adv Nurs* 2002;39:325-32.
- Gaur KL, Sharma M. Measuring Spiritual Health: Spiritual Health assessment Scale (SHAS). *International Journal of Innovative Research and Development*. 2014 Mar 1;3(3):63-7.
- Giske T, Cone PH. Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students. *J Clin Nurs* 2012;21:2006-1
- Hoosen M, Roman NV, Mthembu TG. The development of guidelines for the inclusion of spirituality and spiritual care in unani tibb practice in South Africa: a study protocol. *J Relig Health* 2022;61:1261-81.
- Johnson KS, Elbert-Avila KI, Tulsky JA. The influence of spiritual beliefs and practices on the treatment preferences of African Americans: a review of the literature. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:711-9.

Online Journal System: <https://jurnalp4i.com/index.php/healthy>

Kang KA, Kim SJ. Comparison of perceptions of spiritual care among patients with life-threatening cancer, primary family caregivers and hospice/palliative care nurses in South Korea. *J Hosp Palliat Nurs* 2020;22:532-51.

Kang KA, Kim DB, Koh SJ, Park MH, Park HY, Yoon DH, et al. Spiritual Care Guide in Hospice • Palliative Care. *J Hosp Palliat Care*. 2023 Dec 1;26(4):149–59.

Kang, K.A., Kim, D.B., Koh, S.J., Park, M.H., Park, H.Y., Yoon, D.H., Yoon, S.J., Lee, S.J., Choi, J.E., Han, H.S., Chun, J., 2023. Spiritual Care Guide in Hospice • Palliative Care. *J Hosp Palliat Care* 26, 149–159. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2023.26.4.149>

Kinghorn WA, McEvoy MD, Michel A, Balboni M. Professionalism in modern medicine: does the emperor have any clothes? *Acad Med* 2007;82:40-5.

Korean Hospice and Palliative Nursing Association. *Hospice Palliative Nursing*. Seoul:Hyunmoon Press;2015.

Madan TN. Dying with dignity. *Soc Sci Med* 1992;35:425-32.

McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs* 2006;15:905-17

Mellbye, F. (1983) The delegates speak. *WHO chronicle*, 37: 133

Moosavi S, Borhani F, Akbari ME, Sanee N, Rohani C. Recommendations for spiritual care in cancer patients: a clinical practice guideline for oncology nurses in Iran. *Support Care Cancer* 2020;28:5381-95

National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018 [cited 2023 Oct 28]. Available from: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp>

Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *Br J Nurs* 2004;13:1140-4

Okon TR. Spiritual, religious, and existential aspects of palliative care. *J Palliat Med* 2005;8:392-414.

Park JK. Reflections and implications of the hospice quality outcomes reporting program (HQRP) in the United States. *HIRA Policy Brief* 2017;11:63-74

Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009;12:885-904

Pullman D. Human dignity and the ethics and aesthetics of pain and suffering. *Theor Med Bioeth* 2002;23:75-94.

Richardson P. Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: effects on patient outcomes. *Clin J Oncol Nurs* 2012;16:E150-5.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Sadock BJ. *Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry*. Fourth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 1008 p.

Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: An exploratory study. *Breast J* 2001;7:345-53.

Stein EM, Kolidas E, Moadel A. Do spiritual patients want spiritual interventions?: A qualitative exploration of underserved cancer patients' perspectives on religion and spirituality. *Palliat Support Care* 2015;13:19-25

Spiritual Health Association. *Guidelines for quality spiritual care in health*. Melbourne: Spiritual Health Association; 2020.

Taylor EJ. *What do I say? Talking with patients about spirituality*. Philadelphia:Templeton Foundation Press;2007.

Wayan Suardana I, (ed.). *Perawatan komprehensif paliatif*. Airlangga University Press, 2020.

