

**PENERAPAN MODEL PELAYANAN KEPERAWATAN BERBASIS SPIRITUAL
DITINJAU DARI ASPEK PROSES ASUHAN KEPERAWATAN SPRITUAL DI
RUMAH SAKIT ISLAM FAISAL MAKASSAR**

Saharuddin¹, Safrullah Amir², Rosmina³

¹*Program Profesi Ners Institute of Health Science Binawan Jakarta*

²*Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran UGM*

³*Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Islam Makassar*

ABSTRACT

The spiritual aspect must be considered in the care process because it directly affects the patient's healing quality. This study was developed to study the application of spiritual nursing care model in hospital. This research uses qualitative method through analytical descriptive approach. A total of 9 informants recruited by purposive sampling in this study consisting of head nurse, nurse, and muslim clergy. In-depth interview results in verbatim form tested for reliability and validity using triangulation technique. The results indicate that the process of spiritual nursing care at Faisal Islamic Hospital has adopted 5 stages which include spiritual assessment, spiritual diagnosis, spiritual planning, spiritual implementation, and spiritual evaluation. Nevertheless, the application of the spiritual service model in the hospital has not been optimal.

Keywords: nursing care, service model, spiritual

A. PENDAHULUAN

Asuhan keperawatan yang diberikan perawat tidak bisa lepas dari aspek spiritual yang merupakan bagian integral perawat dengan klien. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Apabila seseorang dalam keadaan sakit, maka hubungan dengan Tuhan pun semakin dekat, mengingat seseorang dalam kondisi sakit menjadi lemah dalam segala hal, tidak ada yang mampu membangkitkannya dari kesembuhan, kecuali Sang Pencipta. Dalam pelayanan kesehatan, perawat sebagai petugas kesehatan harus memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan spiritual (Hamid, 2008).

Penting bagi perawat untuk memahami konsep yang mendasari kesehatan spiritual. Spiritualitas merupakan suatu konsep yang unik pada masing-masing individu yang akhir-akhir ini banyak dipertimbangkan dalam proses perawatan. Hal ini didasarkan asumsi bahwa aspek spiritual berkontribusi dalam menentukan kebahagiaan hidup seseorang. Dengan demikian, perawat juga perlu memahami keterkaitan dimensi fisik, psikologis, dan kebudayaan dengan aspek spiritual dalam upaya perbaikan kualitas hidup pasien (Hidayat, 2004).

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional mempunyai integritas dan interaksi paling banyak dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien. Kualitas perawatan yang diberikan ditunjukkan dengan komprehensivitas asuhan keperawatan yang diberikan yang secara holistik telah memasukkan aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Hal ini berarti dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga, individu, dan masyarakat, perawat tidak hanya berperan dalam memenuhi aspek biologis atau penyakit saja, tetapi juga harus memenuhi aspek psikologi, sosial dan spiritual (Gaffar, 1999).

Perawat sebagai orang pertama yang secara konsisten selama 24 jam menjalin kontak dengan pasien, berperan dalam memberikan pemenuhan kebutuhan spiritual bagi pasien. Salah satu implementasi atau pelaksanaan dari perawatan spiritual adalah dengan

menjadi media perantara untuk menghubungkan pemuka agama dengan pasien sesuai dengan keyakinan pasien. Selain itu, sistem asuhan keperawatan yang secara inklusif telah memasukkan aspek spiritualitas mampu mengintegrasikan asuhan yang holistik dengan menghubungkan perawat dengan pemuka agama (Hamid, 2008).

Klien dalam perspektif keperawatan merupakan individu, keluarga, atau masyarakat yang memiliki masalah kesehatan dan membutuhkan bantuan untuk dapat memelihara, mempertahankan, dan meningkatkan status kesehatannya. Sebagai manusia, klien selain sebagai makhluk individu, juga merupakan makhluk sosial dan makhluk Tuhan. Berdasarkan hakikat manusia, maka keperawatan memandang manusia sebagai makhluk yang holistik yang terdiri atas aspek biologis (fisiologis), psikologis, sosiologis, kultural dan spiritual (Henderson & Jones, 2006).

Dimensi spiritual merupakan salah satu dimensi penting yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Bahkan, keimanan diketahui sebagai salah satu faktor yang sangat kuat dalam penyembuhan dan pemulihan fisik individu. Mengingat pentingnya peranan spiritual dalam penyembuhan dan pemulihan kesehatan, maka penting bagi perawat untuk meningkatkan pemahaman tentang konsep spiritual agar dapat memberikan asuhan spiritual dengan baik kepada semua klien (Makhija, 2002).

Analisis situasi saat ini pada institusi kesehatan di Indonesia menunjukkan hasil kontradiktif. Sekalipun aspek spiritual dianggap memainkan peranan penting dalam upaya penyembuhan pasien, kenyataannya asuhan keperawatan spiritual belum diberikan oleh perawat secara kompeten. Rankin & Delasmutt (2006) dalam penelitiannya menemukan bahwa banyak perawat mengakui belum memahami secara jelas dan mengalami kebingungan dalam implementasi konsep spiritualitas dalam asuhan keperawatan. Dalam studi yang lain, Rieg *et al.* (2006) menyimpulkan banyaknya perawat yang mengakui bahwa mereka tidak dapat memberikan asuhan spiritual secara kompeten karena selama masa pendidikannya mereka tidak memperoleh panduan tentang bagaimana memberikan asuhan spiritual.

Rumah Sakit Islam Faisal Makassar merupakan salah satu rumah sakit swasta di Sulawesi Selatan yang melaksanakan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan paripurna. Hal ini ditunjukkan dengan misi rumah sakit yang berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan Islami. Rumah sakit ini tidak hanya berfokus dalam hal pelayanan medis saja, akan tetapi juga memberikan pelayanan yang bersifat spiritual. Setiap karyawan di rumah sakit ini termasuk perawat tidak hanya bertanggung jawab dalam melaksanakan tugas masing-masing, tetapi juga berperan sebagai juru dakwah yang mengajarkan pasien untuk meningkatkan keimanan dan ketaqwaan kepada Allah SWT. Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini berusaha mengobservasi model pelayanan keperawatan berbasis spiritual yang diimplementasikan di Rumah Sakit Islam Faisal Makassar.

B. TINJAUAN PUSTAKA

1. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Spiritual

Asuhan keperawatan spiritual adalah suatu manifestasi dari ibadah yang berbentuk pelayanan profesional dan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasari pada keimanan, keilmuan, dan amal (Kozieret *al.*, 2010).

Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien merupakan bagian dari peran dan fungsi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan. Oleh karena itu, diperlukan sebuah metode ilmiah untuk menyelesaikan masalah keperawatan secara sistematis melalui pendekatan proses keperawatan yang diawali dari pengkajian data, penetapan diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dengan mengikutsertakan aspek

spiritual. Asuhan keperawatan berbasis spiritual dapat diidentifikasi pada masing-masing tahapan berikut (Hamid, 2008):

a. Pengkajian

Pengkajian aspek spiritual membutuhkan hubungan interpersonal yang baik antara perawat dengan pasien. Oleh karena itu, pengkajian sebaiknya dilakukan setelah perawat dapat membentuk hubungan yang baik dengan pasien atau dengan orang terdekat pasien. Pengkajian asuhan keperawatan spiritual yang perlu dilakukan meliputi:

1) Pengkajian data subjektif

Pedoman pengkajian data subjektif dalam asuhan keperawatan spiritual secara umum mencakup konsep tentang ketuhanan, sumber kekuatan dan harapan, praktik agama dan ritual, serta hubungan antara keyakinan spiritual dan kondisi kesehatan.

2) Pengkajian data objektif

Pengkajian data objektif dilakukan melalui pengkajian klinis yang meliputi pengkajian afeksi dan sikap, perilaku, verbalisasi, hubungan interpersonal, dan lingkungan. Pengkajian data objektif umumnya dilakukan melalui observasi secara langsung.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang berkaitan dengan masalah spiritual menurut *North American Nursing Diagnosis Association*(NANDA) adalah distress spiritual yang dapat diidentifikasi sebagai gangguan kemampuan dalam mengintegrasikan arti dan tujuan hidup seseorang yang dihubungkan dengan diri, orang lain, seni, musik, alam, atau kekuatan yang lebih besar dari dirinya (NANDA, 2006).

Batasan karakteristik diagnosa keperawatan spiritual secara spesifik dapat dijabarkan sebagai berikut (NANDA, 2006):

- 1) Berhubungan dengan diri, meliputi kemampuan mengekspresikan kurang dalam harapan, tujuan hidup, kedamaian, penerimaan, cinta, memaafkan diri, keberanian, marah, serta rasa bersalah.
- 2) Berhubungan dengan orang lain, meliputi upaya penolakandalam berinteraksi dengan pemimpin agama, menolak berinteraksi dengan teman dan keluarga, mengungkapkan terpisah dari sistem dukungan, serta merasa terasing.
- 3) Berhubungan dengan seni, musik, dan alam, meliputi ketidakmampuan mengekspresikan kondisi kreatif serta ketidaktertarikan terhadap alam dan bacaan agama.
- 4) Berhubungan dengan kekuatan yang melebihi dirinya, meliputi ketidakmampuan beribadah, tidak mampu berpartisipasi dalam aktivitas agama, mengekspresikan ditinggalkan atau marah kepada Tuhan, tidak mampu untuk mengalami transenden, perubahan mendadak dalam praktek keagamaan, tidak mampu introspeksi, serta mengalami penderitaan tanpa harapan.

Perubahan-perubahan karakteristik spiritual pada pasien dapat berimplikasi pada berbagai kondisi kesehatan. Keadaan tersebut dapat didiagnosis sebagai pengasingan diri, kesendirian atau pengasingan sosial, cemas, deprivasi atau kurang dalam sosiokultural, kematian dan sekarat, nyeri, perubahan hidup, dan penyakit kronis (NANDA, 2006).

c. Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan dan faktor yang berhubungan teridentifikasi, selanjutnya perawat dan pasien menyusun kriteria hasil dan rencana intervensi. Tujuan asuhan keperawatan pada pasien dengan distress spiritual difokuskan pada pembentukan lingkungan yang mendukung praktek keagamaan dan kepercayaan

yang biasanya dilakukan. Tujuan ditetapkan secara individual dengan mempertimbangkan riwayat pasien, area berisiko, dan tanda-tanda disfungsi, serta data objektif yang relevan. Menurut Kozier *et al.* (2010), perencanaan pada pasien dengan distress spiritual dirancang untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien dengan membantu pasien memenuhi kewajiban agamanya, membantu pasien menggunakan sumber dari dalam dirinya dengan cara yang lebih efektif untuk mengatasi situasi yang sedang dialami, membantu pasien mempertahankan atau membina hubungan personal yang dinamik dengan Maha Pencipta ketika sedang menghadapi peristiwa yang kurang menyenangkan, membantu pasien mencari arti keberadaannya dan situasi yang sedang dihadapinya, meningkatkan perasaan penuh harapan, dan memberikan sumber spiritual atau cara lain yang relevan.

d. Implementasi

Pada tahap implementasi, perawat menerapkan rencana intervensi dengan melakukan prinsip-prinsip kegiatan asuhan keperawatan dengan memeriksa keyakinan spiritual pribadi perawat, memfokuskan perhatian pada persepsi pasien terhadap kebutuhan spiritualnya, menghindari anggapan pasien tidak mempunyai kebutuhan spiritual, memahami pesan non-verbal tentang kebutuhan spiritual pasien, merespon secara singkat, spesifik, dan aktual, mendengarkan secara aktif dan menunjukkan empati terhadap masalah pasien, membantu memfasilitasi pasien agar dapat memenuhi kewajiban agama, serta memberitahu pelayanan spiritual yang tersedia di rumah sakit (Hawari, 2002).

Pada tahap implementasi, perawat juga harus mempertimbangkan 10 butir kebutuhan dasar spiritual manusia yang meliputi kebutuhan akan kepercayaan dasar, kebutuhan akan makna dan tujuan hidup, kebutuhan akan komitmen peribadatan dan hubungannya dengan keseharian, kebutuhan akan pengisian keimanan secara teratur mengadakan hubungan dengan Tuhan, kebutuhan akan bebas dari rasa bersalah dan dosa, kebutuhan akan penerimaan diri dan harga diri, kebutuhan akan rasa aman terjamin dan keselamatan terhadap harapan masa depan, kebutuhan akan dicapainya derajat dan martabat yang makin tinggi sebagai pribadi yang utuh, kebutuhan akan terpeliharanya interaksi dengan alam dan sesama manusia, serta kebutuhan akan kehidupan bermasyarakat yang penuh dengan nilai-nilai religius (Hawari, 2002).

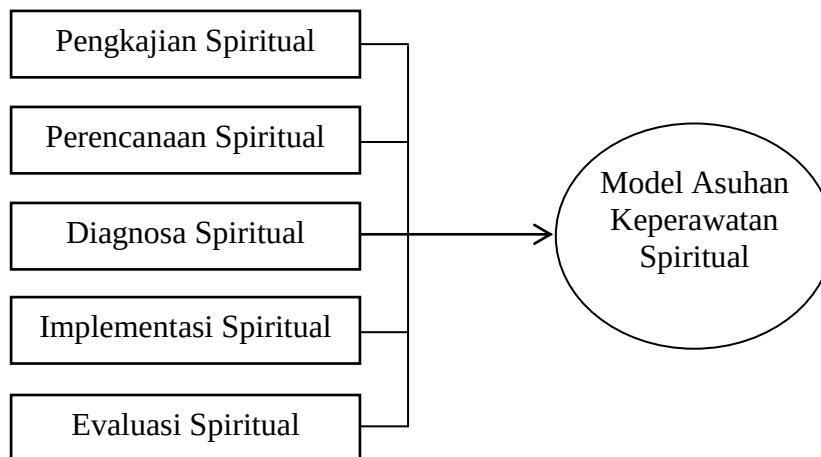
Perawat berperan sebagai komunikator perantara bila pasien menginginkan untuk bertemu dengan petugas rohaniawan atau bila menurut perawat memerlukan bantuan rohaniawan dalam mengatasi masalah spiritualnya. Menurut Bulechek *et al.* (2013) dalam *Nursing Interventions Classification* (NIC), intervensi keperawatan dari diagnose distress spiritual salah satunya adalah *spiritual support* dengan membantu pasien mencapai keadaan seimbang dan merasa berhubungan dengan kekuatan Maha Besar.

e. Evaluasi

Untuk mengetahui apakah pasien telah mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan, perawat perlu mengumpulkan data terkait dengan pencapaian tujuan asuhan keperawatan spiritual. Tujuan asuhan keperawatan spiritual tercapai apabila secara umum pasien:

- a) Mampu beristirahat dengan tenang
- b) Mengekspresikan rasa damai berhubungan dengan Tuhan
- c) Menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka dengan pemuka agama
- d) Mengekspresikan arti positif terhadap situasi dan keberadaannya
- e) Menunjukkan afeksi positif, tanpa rasa bersalah, dan kecemasan

2. Kerangka Konseptual



Gambar 1 Kerangka konseptual model asuhan keperawatan di rumah sakit

C. METODE PENELITIAN

1. Desain Penelitian

Jenis penelitian menggunakan metode kualitatif dengan desain deskriptif analitik yang dikembangkan dengan maksud memahami fenomena asuhan keperawatan spiritual yang dialami oleh subjek penelitian secara holistik.

2. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah perawat yang bekerja di Rumah Sakit Islam Faisal Makassar. Berdasarkan batasan populasi terjangkau yang ditetapkan, selanjutnya dilakukan penarikan sampel secara *purposive*. Pada teknik *purposive sampling*, besaran sampel ditentukan dengan pertimbangan tertentu dan tujuan penelitian yang dipandang representatif memberikan data secara yang diinginkan. Sampel yang diikutsertakan dalam penelitian ditetapkan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Perawat yang bekerja di Rumah Sakit Islam Faisal Makassar
- 2) Pendidikan perawat minimal D3
- 3) Pengalaman kerja minimal 2 tahun
- 4) Bersedia untuk diteliti

b. Kriteria eksklusi

- 1) Perawat yang sakit
- 2) Perawat yang cuti kerja

Berdasarkan berbagai pertimbangan dan kriteria penelitian yang dikembangkan diperoleh jumlah informan sebanyak 9 orang setelah penggalan informasi dianggap telah mengalami saturasi. Ukuran sampel yang kecil merupakan ciri pendekatan kualitatif sebab pemilihan sampel lebih ditekankan pada kualitasnya bukan kuantitasnya.

3. Instrumen Penelitian, Teknik Pengumpulan, dan Analisis Data

Instrumen utama dalam penelitian ini merupakan *human instrument* dimana peneliti dianggap sebagai instrumen kunci dalam penelitian. Dalam upaya menunjang proses pengumpulan data, digunakan alat bantu berupa pedoman wawancara, *video recorder* dan *tape recorder*.

Data yang dikompilasi dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dengan melakukan wawancara langsung secara

mendalam (*in-depth interview*) terhadap informan. Sementara itu, data sekunder merupakan data yang terkait dengan karakteristik responden yang diperoleh dari *database* Rumah Sakit Islam Faisal Makassar.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan teknik *content analysis*, yaitu teknik yang digunakan untuk menarik kesimpulan melalui usaha untuk menentukan karakteristik pesan secara objektif dan sistematis, kemudian diinterpretasikan dan disajikan dalam bentuk narasi.

D. HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Responden dalam penelitian ini merupakan perawat yang sedang bekerja di Rumah Sakit Islam Faisal Makassar. Sebanyak 9 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diikutsertakan dalam penelitian ini dengan komposisi utama sebagai kepala perawat, kepala ruangan, dan perawat pelaksana. Tabel 1 berikut menunjukkan karakteristik masing-masing responden menurut beberapa parameter.

Tabel 1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Informan								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Lama Bekerja (tahun)	10	15	10	3	22	20	25	16	16
Suku	Mks	Mks	Mks	Mks	Mks	Mks	Mks	Mks	Mks
Agama	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	D3	D3	D3	D3	Profesi	S2	S2	Profesi	Profesi

Sumber: Rumah Sakit Islam Faisal Makassar

Keterangan:

Mks= Suku Makassar

Tabel 1 memberikan temuan bahwa lama bekerja responden di Rumah Sakit Islam Faisal menunjukkan nilai median 16 tahun, dengan durasi bekerja terendah 3 tahun dan tertinggi 25 tahun. Sementara itu, karakteristik responden berdasarkan suku dan agama menunjukkan homogenitas dimana keseluruhan responden berasal dari suku Makassar dan menganut agama Islam ($n=100\%$). Berbeda dengan status pendidikan, karakteristik responden menunjukkan sebaran yang lebih beragam dengan keterwakilan jenjang Diploma-3, Strata-1, Profesi Ners, dan Strata-2.

2. Analisis Tema

Penelitian ini menemukan 5 tema utama yang berkaitan dengan penerapan model pelayanan keperawatan berbasis spiritual. Tema-tema tersebut meliputi proses pengkajian keperawatan spiritual kepada pasien tidak diidentifikasi oleh perawat pelaksana, diagnosa keperawatan spiritual belum ditegakkan dan didokumentasikan secara maksimal, intervensi keperawatan spiritual belum maksimal dan keterbatasan pengetahuan dari perawat, implementasi keperawatan spiritual sudah dilaksanakan namun belum menyeluruh baik dari aspek psikomotor maupun dokumentasi, dan evaluasi keperawatan spiritual tidak dilakukan oleh petugas dan perawat. Tema-tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengobservasi lebih mendalam informasi tentang pengaplikasian model asuhan keperawatan spiritual muslim di rumah sakit.

a. Proses pengkajian keperawatan spiritual kepada pasien tidak diidentifikasi oleh perawat

Pengkajian dalam hal ini adalah pengkajian spiritual yang seharusnya dilakukan oleh perawat dalam menata laksana asuhan keperawatan. Pengkajian spiritual tidak diidentifikasi akibat kurangnya pengetahuan dari perawat, kebijakan rumah sakit, dan keterbatasan dalam format pengkajian spiritual.

- 1) Pengkajian keperawatan spiritual belum dilaksanakan secara maksimal oleh perawat pelaksana

Dalam melakukan asuhan keperawatan, perawat tidak mengidentifikasi atau melakukan wawancara yang berkaitan dengan kebutuhan spiritual pasien. Selain ini perawat merasa bahwa pengkajian spiritual dilimpahkan kepada ustadz sebagai petugas khusus yang telah ditunjuk oleh rumah sakit. Pengkajian spiritual ini juga tidak dilaksanakan karena tidak adanya kebijakan yang jelas dari rumah sakit secara tertulis kepada semua perawatnya untuk melakukan pengkajian spiritual.

“Pengkajian spiritual belum maksimal hanya sebatas mengucapkan salam dan mengucapkan bismillah jika melakukan tindakan” (I.5)

“Pengkajian sudah dilaksanakan, akan tetapi belum maksimal karna belum ada kebijakan dari rumah sakit” (I.2)

- 2) Pengkajian keperawatan spiritual tidak ditanyakan kepada pasien pada saat wawancara

Hal-hal yang berkaitan dengan kebutuhan spiritual sepenuhnya diidentifikasi oleh ustadz. Sementara kebutuhan spiritual oleh perawat tidak dilakukan pada saat wawancara. Hal yang ditanyakan terbatas pada status agama yang dianut oleh pasien.

“Saya hanya menanyakan agama yang dianut oleh pasien karena sudah ada petugas tersendiri yang mengidentifikasi masalah spiritual setiap pasien” (I.2)

“Sudah dilaksanakan tetapi ustadz yang melaksanakan setiap hari. Ustadz yang setiap hari masuk di kamar pasien dengan buku visite ulama” (I.4)

- 3) Pengkajian spiritual hanya dilakukan oleh ulama

Pengkajian spiritual diaplikasikan oleh ustadz yang ditugaskan secara khusus oleh instansi rumah sakit, namun pengkajian yang dilakukan hanya konsep spiritual islam secara umum yang tidak mengkhususkan pengkajian-pengkajian keperawatan spiritual. Berikut ungkapan dari informan:

“Setiap pasien yang dirawat, saya selalu menanyakan kondisi kesehatan batinnya. Hampir semua pasien yang mengalami gangguan fisik juga mengalami gangguan spiritual karena keterbatasan kemampuan fisiknya untuk melaksanakan ibadah” (I.9)

“Saya memang yang ditugaskan oleh rumah sakit ini untuk mengidentifikasi masalah spiritual pasien” (I.9)

- 4) Pengkajian keperawatan spiritual dianjurkan untuk dilakukan oleh perawat pelaksana namun tidak dilaksanakan sesuai standar

Pimpinan rumah sakit belum secara tegas memberikan instruksi kepada semua perawat untuk melakukan pengkajian keperawatan spiritual terhadap pasien. Hal yang dilakukan hanya sebatas instruksi secara lisan sehingga perawat menganggap pengkajian keperawatan spiritual bukan menjadi keharusan. Asumsi ini diperkuat dengan belum adanya format keperawatan spiritual yang secara khusus disediakan oleh rumah sakit. Berikut ungkapan dari informan:

“Selaku pimpinan, saya selalu menganjurkan kepada setiap perawat agar melakukan pengkajian spiritual kepada semua pasien, tetapi instansi rumah sakit belum menyediakan format pengkajian spiritual untuk perawat” (I.9)

“Perawat kami belum sepenuhnya melakukan pengkajian spiritual mungkin karena pasien kami terlalu banyak dan perawat kami terlalu sibuk sehingga urusan spiritual terkadang terlupakan” (I.6)

- 5) Pengkajian spiritual tidak didokumentasikan dan kurang pengetahuan tentang hal-hal yang harus dikaji pada masalah spiritual

a) Pengkajian spiritual tidak didokumentasikan

Pendokumentasian pengkajian spiritual tidak didokumentasikan didalam buku status pasien. Pendokumentasian pengkajian spiritual dilimpahkan sepenuhnya kepada ustadz. Berikut ungkapan dari informan:

"Hal-hal yang berkaitan dengan kebutuhan spiritual ditanyakan dan ditulis sendiri oleh ustadz" (I.1)

"Ustadz yang tulis sendiri itu pengkajiannya" (I.2)

- b) Perawat memiliki pengetahuan yang kurang tentang hal-hal yang harus dikaji pada masalah spiritual

Pengkajian spiritual kurang maksimal dikarenakan kurang memadainya pengetahuan pengkajian spiritual oleh perawat. Berikut ungkapan informan:

"Saya juga bingung apa yang harus ditanyakan tentang spiritual" (I.4)

b. Diagnosa keperawatan spiritual belum ditegakkan dan didokumentasikan secara maksimal

- 1) Diagnosa keperawatan spiritual ditegakkan pada pasien-pasien tertentu dan tidak maksimal

a) Diagnosa keperawatan spiritual belum ditegakkan secara maksimal

Dalam menegakkan diagnosa keperawatan, perawat masih apatis dengan diagnosa keperawatan spiritual. Perawat lebih berfokus menegakkan diagnosa pada gangguan fisik dan gangguan psikologis. Berikut ungkapan dari informan:

"Menegakkan diagnosa spiritual di rumah sakit ini belum dilaksanakan" (I.1)

"Diagnosa spiritual hanya diangkat bagi pasien yang mengalami kecemasan spiritual. Misalnya yang takut dengan kematian tetapi tidak didokumentasikan" (I.2)

"Masih jarang. Diagnosa yang banyak ditegakkan adalah diagnose yang berfokus pada masalah fisik" (I.3)

- b) Diagnosa keperawatan spiritual diperuntukkan bagi pasien dengan penyakit-penyakit terminal.

Penegakkan diagnosa spiritual hanya dilakukan pada pasien-pasien tertentu yang mengalami penyakit terminal misalnya kanker, HIV-AIDS, dan sakaratul maut. Berikut ungkapan dari informan:

"Diagnosa spiritual hanya ditegakkan pada pasien dengan penyakit-penyakit terminal (misalnya pasien kanker, HIV-AIDS, dan pasien sakaratul maut" (I.4)

- 2) Diagnosa keperawatan spiritual belum ditegakkan oleh perawat

a) Diagnosa keperawatan spiritual tidak didokumentasikan

Dalam melakukan asuhan keperawatan, diagnosa keperawatan spiritual tidak didokumentasikan di dalam buku status pasien. Berikut ungkapan dari informan:

"Kami tidak pernah mendokumentasikan di buku status diagnosa spiritual tetapi kami laksanakan" (I.3)

"Diagnosa spiritual belum ditulis secara tetap" (I.7)

- b) Diagnosa keperawatan spiritual hanya pada pasien yang mengalami kecemasan

Diagnosa keperawatan spiritual dibebankan kepada ustadz saja yang tidak mengetahui secara pasti korelasi antara ilmu keperawatan dan kebutuhan spiritual. Berikut ungkapan dari informan:

“Diagnosa keperawatan spiritual belum ada. Meskipun diagnosa keperawatan belum ada, tetapi instansi rumah sakit menghimbau kepada semua perawat pelaksana agar mengangkat diagnosa spiritual. Penegakan diagnosa spiritual kami limpahkan sepenuhnya kepada perawat yang ada di ruangan. Perawat ingin menegakkan diagnosa spiritual, tetapi pihak dari instansi rumah sakit untuk sementara mempercayakan kepada ustadz”(I.6)

“Diagnosa spiritual hanya diangkat bagi pasien yang mengalami kecemasan”(I.8)

c. Intervensi keperawatan spiritual belum maksimal dan keterbatasan pengetahuan dari perawat

- 1) Intervensi keperawatan spiritual dilakukan melalui kolaborasi, namun belum maksimal

Intervensi keperawatan spiritual dilakukan melalui kolaborasi dengan ustadz, namun peran ustadz masih lebih dominan. Selain itu, intervensi yang akan diberikan dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien, bukan berdasarkan ilmu keperawatan. Intervensi yang dilakukan oleh perawat hanya menyediakan fasilitas perencanaan untuk beribadah sehingga pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien belum dilakukan secara holistik. Berikut ungkapan informan:

“Perencanaan spiritual dilakukan dengan kerjasama dan kolaborasi dengan ustadz”(I.4)

“Setiap pasien yang telah direncanakan untuk melakukan ibadah kami telah menyediakan fasilitasnya seperti kursi roda khusus, mesjid, dan ustadz”(I.6)

“Intervensi spiritual yang akan diberikan kepada setiap pasien yang telah setuju, kami berdiskusi dengan ustadz”(I.8)

- 2) Intervensi keperawatan spiritual tidak berdasarkan masalah (diagnosa) spiritual, namun bersifat umum untuk semua pasien

Intervensi keperawatan spiritual berdasarkan konsep pemenuhan spiritual secara umum, tidak dilandasi dengan diagnosa keperawatan spiritual yang telah ditegaskan. Berikut ungkapan informan:

“Perencanaan spiritual ini tidak berdasarkan diagnose karena memang belum ada standar dan pedoman untuk diagnose dan intervensi spiritual sehingga intervensi keperawatan spiritual bersifat umum”(I.4)

- 3) Keterbatasan pengetahuan intervensi keperawatan spiritual bagi perawat pelaksana

Kurang komprehensifnya intervensi pelayanan keperawatan spiritual disebabkan belum adanya pelatihan khusus dalam aspek pelayanan spiritual. Berikut ungkapan dari informan:

“Semua perawat kami berkeinginan kuat untuk melaksanakan intervensi keperawatan spiritual, namun tidak ada pedoman. Belum pernah juga ada pelatihan perencanaan keperawatan spiritual”(I.6)

d. Implementasi keperawatan spiritual sudah dilaksanakan, namun belum menyeluruh baik dari aspek psikomotor maupun dokumentasi

1) Implementasi keperawatan spiritual belum sepenuhnya dilaksanakan oleh perawat pelaksana

a) Perawat pelaksana belum menyadari tugasnya dalam memberikan implementasi spiritual dan keterbatasan pengetahuan penanganan spiritual

Kemampuan perawat dalam penanganan atau pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien masih rendah. Hal ini disebabkan adanya keterbatasan pengetahuan dari perawat akibat kurangnya kesadaran bahwa pemenuhan aspek spiritual kepada setiap pasien menjadi tugas mereka. Selain itu, perawat hanya ikut serta meramaikan pada saat *visite* ulama. Perawat tidak mengimplementasikan berdasarkan intervensi keperawatan spiritual yang telah disusun. Dalam pengimplementasian pemenuhan kebutuhan spiritual, tindakan yang dilakukan perawat masih dangkal dan kurang efektif dalam membantu kesembuhan pasien. Berikut ungkapan informan:

“Di rumah sakit ini sudah menyediakan ustadz untuk menangani masalah spiritual. Perawat hanya mengontrol dan ikuti kepada ustadz tersebut visite ulama” (I.2)

“Pelayanan spiritual sudah jalan hanya sebatas health education saja” (I.2)

“Perawat berfokus menangani kecemasan saja. Penanganan spiritual hanya dilakukan oleh ustadz” (I.3)

b) Implementasi keperawatan spiritual tidak didokumentasikan pada buku status pasien

Penanganan spiritual yang telah dilakukan selain kurang secara psikomotor juga tidak ada sama sekali dalam bentuk pendokumentasian yang seharusnya ditulis rapi dan jelas pada buku status pasien. Penanganan spiritual yang dilakukan hanya didokumentasikan pada buku *visite* ulama. Berikut ungkapan informan:

“Kami tidak pernah menulis di buku status pasien setiap memberikan penanganan spiritual. Penanganan spiritual ini di tulis di buku visite ulama dan didokumentasikan oleh ustadz itu sendiri” (I.5)

2) Instansi rumah sakit menugaskan ustadz dalam penanganan spiritual

a) Implementasi spiritual dikoordinasi oleh ustadz

Dalam penanganan spiritual dikoordinir oleh ustadz, sementara perawat hanya diikutsertakan dengan pembagian tugas yang belum tegas. Tempat utama untuk melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual dilakukan di masjid sehingga tidak semua pasien bisa terpenuhi kebutuhan spiritualnya, apalagi pada pasien dengan perawatan *total care*.

“Pasien diberikan motivasi dan berdo’a bersama. Untuk saat ini berdo’a di ruangan sudah diterapkan, tetapi dilakukan di mesjid dan didominasi oleh ustadz” (I.6)

b) Implementasi spiritual yang dilakukan perawat tidak sesuai dengan SOP keperawatan

Kurangnya pemenuhan spiritual yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien disebabkan oleh belum adanya SOP. Berikut ungkapan dari informan:

“Untuk implementasi spiritual ustadz yang jalankan dan pelatihan pelayanan spiritual belum pernah diadakan dan SOP-nya dari rumah sakit belum ada” (I.3)

e. Evaluasi keperawatan spiritual tidak dilakukan oleh petugas dan perawat

1) Perawat pelaksana kurang memahami evaluasi keperawatan spiritual

Penanganan spiritual yang telah diimplementasikan kepada pasien tidak dievaluasi oleh perawat dan petugas yang melakukan *visite* ulama. Hal ini berimbas pada sulitnya mengetahui efektivitas dari implementasi spiritual yang telah diberikan. Berikut ungkapan dari informan:

“Evaluasi spiritual dilaksanakan setiap akhir shift. Evaluasi akhir kebanyakan masalah fisik dan jarang masuk ke keperawatan spiritual” (I.1)

2) Evaluasi yang dilakukan hanya pada masalah fisik dan psikologis

Evaluasi yang dilakukan perawat terbatas pada evaluasi fisik dan psikologis, sedangkan evaluasi spiritual hanya pada aspek tertentu saja.

“Melihat bagaimana kecemasan, berdoa bersama atau berdoa sendiri apakah kecemasan telah berkurang atau belum?” (I.3)

“Kita lihat pertama ekspresi mukanya apakah masih cemas atau tidak. Apakah pasien sudah bisa menerima penyakitnya pada pasien terminal yang kemoterapi?” (I.4)

E. PEMBAHASAN

1. Pengkajian Spiritual

Hasil wawancara terhadap 9 informan mengindikasikan bahwa perawat umumnya berada pada kategori defisit dalam hal pengkajian spiritual. Hal ini disebabkan belum tersedianya format khusus atau item-item yang harus dikaji pada aspek spiritual. Selain itu, kebijakan rumah sakit belum sepenuhnya mendukung penatalaksanaan asuhan keperawatan spiritual ditunjukkan dengan tidak adanya instruksi tertulis yang menegaskan keharusan perawat melakukan asuhan keperawatan spiritual, di samping tidak disediakan pelatihan baku secara periodik untuk meningkatkan kinerja perawat dalam aspek spiritual. Hal yang terjadi sebagai konsekuensi keadaan tersebut, ustadz diberikan mandat sepenuhnya untuk melakukan pengkajian spiritual yang secara pasti tidak memasukkan konsep keperawatan di dalamnya. Sikap yang dilakukan perawat pada saat melakukan pengkajian hanya sebatas memberi salam dan mengucapkan basmalah pada saat memulai kegiatan, namun hampir bisa dipastikan masalah spiritual yang dialami pasien tidak diidentifikasi. Dengan demikian, gambaran perawat di Rumah Sakit Islam Faisal masih kurang menyadari perannya dalam menjalankan pengkajian secara holistik dengan mengintegrasikan aspek Bio-Psiko-Sosial-Spiritual.

Pengkajian keperawatan dari aspek spiritual tidak dilaksanakan oleh perawat. Hal ini menyebabkan data subjektif dan data objektif pasien dalam aspek spiritual tidak teridentifikasi. Kozier *et al.* (2010) menjelaskan bahwa pengkajian data subjektif dan data objektif secara komprehensif menjadi tanggung jawab perawat, termasuk pengkajian aspek spiritual. Data subjektif yang perlu diidentifikasi oleh perawat pada saat melakukan wawancara mencakup konsep tentang ketuhanan, sumber kekuatan dan harapan, praktik agama dan ritual, serta hubungan antara keyakinan. Lebih lanjut, Kozier *et al.* (2010) memberikan batasan pengkajian data objektif yang semestinya dilakukan perawat dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan spiritual sebagai berikut:

- a. Afeksi dan sikap, dengan mengamati apakah pasien tampak kesepian, depresi, marah, cemas, agitasi, apatis, atau prekupasi.
- b. Perilaku, mengamati kebiasaan pasien dalam hal berdoa sebelum makan, membaca kitab suci atau buku keagamaan, ada tidaknya keluhan pasien sulit tidur akibat bermimpi buruk atau berbagai gangguan tidur lainnya, serta bercanda yang tidak sesuai atau mengespresikan kemarahannya terhadap agama.
- c. Verbalisasi, yang dapat diamati melalui kebiasaan pasien menyebut Tuhan, berdoa, rumah ibadah, atau topik keagamaan lainnya; lebih lanjut menelusuri apakah pasien pernah minta dikunjungi oleh pemuka agama dan mengekspresikan rasa takutnya terhadap kematian.
- d. Hubungan interpersonal, dapat ditelusuri dengan mengidentifikasi siapa pengunjung pasien, bagaimana pasien berespon terhadap pengunjung, dan bagaimana pasien berhubungan dengan pasien yang lain dan perawat.
- e. Lingkungan, dapat ditelusuri dengan mencari jawaban dari apakah pasien membawa kitab suci atau perlengkapan ibadah lainnya, apakah pasien menerima kiriman tanda simpati dari unsur keagamaan, dan apakah pasien memakai tanda keagamaan (misalnya memakai jilbab).

2. Diagnosa Spiritual

Diagnosa keperawatan spiritual tidak ditegakkan oleh perawat sebagai konsekuensi tidak dilakukannya tahap awal proses keperawatan, yaitu pengkajian spiritual. Hal ini berimbas pada terbatasnya data pendukung untuk menegakkan diagnosa keperawatan spiritual. Masalah spiritual yang ditegakkan bukan berdasarkan konsep ilmu keperawatan, melainkan ketetapan dari pemuka agama yang dimandatkan oleh pimpinan rumah sakit.

Diagnosa keperawatan spiritual secara ekstensif dikenal dengan istilah distress spiritual. Distres spiritual belum ditegakkan oleh perawat di Rumah Sakit Islam Faisal secara maksimal, perawat hanya menegakkan diagnosa keperawatan spiritual hanya pada pasien-pasien tertentu dan tidak didukung oleh data atau pengkajian yang memadai. Distres spiritual dapat dipahami sebagai gangguan kemampuan dalam mengintegrasikan arti dan tujuan hidup seseorang dihubungkan dengan diri, orang lain, seni, musik, alam, atau kekuatan yang lebih besar dari dirinya (NANDA, 2006).

Hasil penelitian dalam penegakan diagnosa keperawatan tidak sesuai dengan teori yang ada bahwa dalam menegakkan diagnosa keperawatan harus dilakukan secara holistik dengan mengikutsertakan aspek spiritual. Diagnosa yang ditegakkan oleh perawat terbatas pada gangguan fisik dan gangguan psikologis semata, misalnya kecemasan. Terkadang pula perawat menegakkan diagnosa spiritual hanya pada pasien-pasien terminal, seperti kanker, HIV-AIDS, atau pasien yang telah mengalami sakaratul maut. Padahal setiap pasien pada dasarnya memerlukan kebutuhan spiritual utamanya dalam kondisi fisik terganggu. Hal ini dianggap penting sebab antara fisik dan spiritual memiliki keterkaitan yang erat dan saling mempengaruhi.

3. Intervensi Spiritual

Perencanaan keperawatan di Rumah Sakit Islam Faisal dilakukan melalui kolaborasi yang tidak berdasarkan diagnosa keperawatan spiritual. Perencanaan keperawatan spiritual dikoordinir oleh ustadz, sementara perawat belum memiliki wewenang dan tanggung jawab yang jelas. Perencanaan keperawatan spiritual terbatas pada penyediaan fasilitas dalam kegiatan ibadah yang tidak dapat dinikmati oleh semua pasien, utamanya pasien dengan *total care*.

Intervensi yang dilakukan oleh perawat berdasarkan rencana yang disusun oleh ulama dan bukan berdasarkan diagnosa yang ada. Hal ini menyebabkan tahap perencanaan tidak dilakukan sebagaimana mestinya, ditunjukkan dengan tidak adanya

dokumentasi yang dicantumkan pada buku status pasien. Perencanaan spiritual hanya termuat pada buku *visite* ulama yang tidak secara mendalam diketahui oleh perawat sehingga perawat tidak menyusun dengan baik kriteria hasil dan rencana intervensi.

Intervensi keperawatan spiritual secara khusus tidak direncanakan secara maksimal dan tidak didokumentasikan sehingga penanganan spiritual tidak terarah.

Salah satu perencanaan yang seharusnya dilakukan perawat adalah menyusun intervensi khusus pada pasien yang mengalami distress spiritual. Tujuan asuhan keperawatan pada pasien dengan distress spiritual difokuskan pada upaya untuk menciptakan lingkungan yang mendukung praktik keagamaan dan kepercayaan pasien. Tujuan ditetapkan secara individual dengan mempertimbangkan riwayat pasien, area beresiko, dan tanda-tanda disfungsi, serta data objektif yang relevan (Kozieret *al.*, 2010).

4. Implementasi Spiritual

Implementasi keperawatan spiritual yang diterapkan di Rumah Sakit Islam Faisal belum maksimal. Penanganan yang dilakukan terkait aspek spiritual bersifat umum dimana perawat hanya memberikan dukungan spiritual seperti membimbing sholat pada pasien dengan keterbatasan fisik, memfasilitasi pasien dalam berpuasa jika memungkinkan, membantu penyaluran zakat fitrah atau zakat mal, membaca kitab suci Al-Qur'an bersama-sama, menuntun dzikir, menceritakan kisah-kisah tokoh islam, membimbing untuk bersabar terhadap ketentuan Allah SWT, menganjurkan memperbanyak dzikir dan berdo'a, dan sebelum pasien pulang perawat membimbing pasien dan keluarga untuk berdo'a (mensyukuri nikmat sembuh). Implementasi spiritual tersebut belum diintegrasikan secara langsung dengan asuhan keperawatan sehingga tidak semua pasien dapat mengakses intervensi spiritual.

Pada tahap implementasi, perawat menerapkan rencana intervensi dengan melakukan prinsip-prinsip kegiatan asuhan keperawatan yang meliputi pemeriksaan keyakinan spiritual, fokuskan perhatian pada persepsi pasien terhadap kebutuhan spiritualnya, jangan beranggapan pasien tidak mempunyai kebutuhan spiritual, mengetahui pesan non-verbal tentang kebutuhan spiritual pasien, berespon secara singkat, spesifik, dan aktual, mendengarkan secara aktif dan menunjukkan empati terhadap masalah pasien, membantu memfasilitasi pasien agar dapat memenuhi kewajiban agama, serta memberitahu pelayanan spiritual yang tersedia di rumah sakit (Hawari, 2002).

Perawat berperan sebagai *communicator* selama tahap implementasi asuhan keperawatan spiritual dengan melakukan aktivitas berikut (Bulecheket *al.*, 2013):

- a. Memahami dan mengatasi ekspresi pasien terhadap kesendirian dan ketidakberdayaan
- b. Memberi semangat untuk menggunakan sumber-sumber spiritual, jika diperlukan
- c. Menyediakan artikel tentang spiritual sesuai pilihan pasien
- d. Menetapkan penasihat spiritual pilihan pasien
- e. Menggunakan teknik klarifikasi nilai untuk membantu pasien mengklarifikasi kepercayaan dan nilai, jika diperlukan
- f. Mampu untuk mendengar perasaan pasien
- g. Bereksperi empati dengan perasaan pasien
- h. Memfasilitasi pasien dalam meditasi, berdo'a, dan ritual keagamaan lainnya
- i. Menjadi media komunikasi pasien, dan munculkan stimulasi untuk memanfaatkan waktu melakukan do'a atau ritual keagamaan
- j. Meyakinkan pasien bahwa perawat dapat memberi dukungan terhadap pasien ketika sedang menderita
- k. Buka perasaan pasien terhadap keadaan sakit dan kematian

- l. Membantu pasien untuk berekspresi yang sesuai dan mengungkapkan rasa marah dengan cara yang baik

5. Evaluasi Spiritual

Perawat dan ustadz tidak melakukan evaluasi dari tindakan spiritual yang telah di aplikasikan kepada setiap pasien di Rumah Sakit Islam Faisal. Perawat tidak melihat respon subjektif maupun objektif dari penanganan spiritual yang telah dilakukan sehingga tidak ditemukan data apakah masalah spiritual yang telah dialami pasien sudah teratasi atau belum.

Untuk mengetahui apakah pasien telah mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada fase perencanaan, perawat perlu mengumpulkan data terkait dengan pencapaian tujuan asuhan keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan tercapai apabila secara umum pasien mampu beristirahat dengan tenang, mengekspresikan rasa damai berhubungan dengan Tuhan, menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka dengan pemuka agama, mengekspresikan arti positif terhadap situasi dan keberadaannya, serta menunjukkan afeksi positif, tanpa rasa bersalah dan kecemasan (Hamid, 2008).

Evaluasi spiritual yang dilakukan oleh perawat belum seidealkondisi yang seharusnya dimana perawat perlu mengevaluasi kriteria hasil yang telah direncanakan untuk melihat keberhasilan tujuan keperawatan spiritual yang telah diimplementasikan. Kriteria yang perlu diidentifikasi oleh perawat kaitannya dengan evaluasi asuhan keperawatan spiritual meliputi kemampuan pasien beristirahat dengan tenang, kedamaian hati, ekspresi positif tentang kondisi kesehatannya, tidak menyalahkan dirinya, orang lain, maupun Tuhan dengan penyakit yang telah dialaminya, serta pasien telah menyerahkan kondisi raga dan batinnya kepada Allah SWT.

F. PENUTUP

1. Kesimpulan

- a. Proses pengkajian keperawatan spiritual kepada pasien tidak diidentifikasi oleh perawat pelaksana
- b. Diagnosa keperawatan spiritual belum ditegakkan dan didokumentasikan secara maksimal
- c. Intervensi keperawatan spiritual belum maksimal dan keterbatasan pengetahuan dari perawat
- d. Implementasi keperawatan spiritual sudah dilaksanakan, namun belum menyeluruh baik dari aspek psikomotor maupun dokumentasi
- e. Evaluasi keperawatan spiritual tidak dilakukan oleh petugas dan perawat

2. Saran

Penerapan model pelayanan keperawatan oleh perawat di rumah sakit hendaknya tidak hanya berfokus pada aspek fisik dan psikologis, tetapi juga mempertimbangkan aspek spiritualitas. Bagi fasilitas kesehatan sebaiknya menyiapkan format asuhan keperawatan spiritual, mengadakan pelatihan pelayanan spiritual secara berkala bagi perawat pelaksana, serta menyusun model terintegrasi yang mampu mengolaborasikan perawat dan rohaniawan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., Wagner, C.M. (2013) *Nursing Interventions Classification (NIC), Sixth Edition*. St. Louis: Elsevier Mosby. Available at <https://www.elsevier.com/books/nursing-interventions-classification-nic/>
- Gaffar, L.O.J. (1999) *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hamid, A.Y.S. (2008) *Buku Ajar Aspek Spiritual dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Hawari, D. (2002) *Dimensi Religi dalam Praktik Psikiatri dan Psikologis*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Henderson, C., Jones, K. (2006) *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hidayat, A.A. (2004) *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, Snyder, S. (2010) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, & Praktik, Volume 2, Edisi 7*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Makhija, N. (2002). Spiritual Nursing. *Nursing Journal of India*. 93(6): 129-130. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/12649940/?i=6&from=/10887850/related>
- NANDA. (2006) *Panduan Diagnosa Keperawatan North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Definisi dan Klasifikasi*. Editor: Budi Sentosa. Jakarta: Prima Medika.
- Rankin, E.A., Delashmutt, M.B. (2006) Finding spirituality and nursing presence: the student's challenge. *Journal of Holistic Nursing*. 24(4):282-288. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17098882>
- Rieg, L.S., Mason, C.H., Preston, K. (2006) Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing Journal*. 31(6):249-256. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17133926>