

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perilaku *Caring*

1. Pengertian *Caring*

Caring adalah suatu bentuk pemeliharaan hubungan yang berhubungan dengan orang lain disertai perasaan memiliki dan tanggung jawab (Swanson 1991 dalam Watson, 2005). *Caring* erat kaitannya dengan hubungan antar manusia, dan kemampuan berdedikasi untuk orang lain, perasaan empati terhadap orang lain serta perasaan sayang terhadap orang lain. Kepedulian terhadap orang lain telah menjadi dasar bagi terbinanya sebuah hubungan yang saling percaya dalam kehidupan manusia. Sebagai profesi yang selalu berhadapan dengan manusia, perawat diharuskan memiliki kemampuan untuk peduli terhadap orang lain. Hubungan antar perawat dan klien adalah hubungan memberi dan menerima yang terbentuk dari saling mengenal dan peduli antara perawat dan klien (Potter & Perry, 2010).

Berbagai teori tentang keperawatan telah menempatkan *caring* sebagai inti dari keperawatan, dan memberikan bentuk pada praktek keperawatan dimana perawat membantu klien untuk pulih dari sakitnya, memberikan penjelasan tentang penyakitnya dan mengelola atau membangun kembali hubungan (Potter & Perry, 2010). *Caring* juga menekankan penghargaan terhadap harga diri individu, artinya dalam

melakukan praktik keperawatan, perawat senantiasa selalu menghargai klien dengan menerima kelebihan maupun kekurangan klien.

Caring adalah esensi dari keperawatan yang membedakan dengan profesi lain dan merupakan komitmen moral untuk melindungi, mempertahankan, dan meningkatkan martabat manusia (Watson, 2002). Sikap ini diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. Perilaku *caring* menolong pasien dan keluarga dalam meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.

Theory of human care mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia sehingga mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh (Watson, 2005). Teori ini mengedepankan hubungan interpersonal perawat-klien. Teori *human caring* yang dikembangkan oleh Watson berkisar pada sepuluh faktor karatif sebagai suatu kerangka untuk memberikan suatu bentuk dan fokus terhadap fenomena keperawatan.

2. Perilaku Caring Perawat

Perilaku *caring* perawat adalah pengetahuan, sikap dan keterampilan seorang tenaga perawat dalam merawat pasien dan keluarga dengan memberikan dengan memberikan positif, dukungan dan peningkatan pelayanan perawatan (Pryzby, 2004). Perilaku *caring* dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk kinerja perawat dalam merawat pasien. Sikap *caring* adalah kecenderungan perawat untuk

berperilaku *caring* terhadap pasien, sedangkan perilaku *caring* adalah tindakan nyata seorang perawat dalam menampilkan nilai-nilai *caring* (Koswara, 2002). *Caring* memberikan arahan dan motivasi kepada perawat untuk peduli dan membantu klien. Perilaku *caring* tidak tumbuh dengan sendirinya di dalam diri seseorang, tetapi merupakan hasil budaya, nilai-nilai, pengalaman dan hubungan individu dengan orang lain (Potter & Perry, 2010). Untuk membangun perilaku *caring* perawat dibutuhkan peningkatan pengetahuan perawat tentang manusia, aspek tumbuh kembang, respon terhadap lingkungan yang terus berubah, keterbatasan dan kekuatan serta kebutuhan dasar manusia.

Sikap dan perilaku *caring* perawat terhadap setiap orang berbedabeda (Leininger, 1988 dalam Potter & Perry, 2010), sesuai dengan kebutuhan, masalah dan nilai-nilai yang dianut oleh klien. Sehingga dalam menerapkan perilaku *caring* harus memperhatikan aspek nilai dan budaya. Perilaku *caring* perawat dapat ditunjukkan melalui sikap perawat selama memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Keterampilan dalam tindakan, sopan, sentuhan, memberi harapan, dan selalu siap untuk pasien merupakan sikap perawat yang menunjukkan perilaku *caring*.

Perilaku *caring* dirumuskan Watson (1979) kedalam sepuluh faktor karatif yang disempurnakan kembali menjadi *clinical caritas processes* yang memberikan arahan bagi perawat dalam menerapkan perilaku *caring* (Watson, 2005). Perilaku *caring* perawat yang tercantum dalam sepuluh faktor karatif watson yaitu (Suryani, 2010) :

a. Membentuk sistem nilai humanistik dan altruistik.

Pembentukan sistem nilai humanistik dan altruistik mulai berkembang di usia dini dengan nilai-nilai yang berasal dari orang tuanya. Selain itu perawat juga memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien. Sistem nilai ini menjembatani pengalaman hidup seseorang dan mengantarkan ke arah kemanusiaan. Perawatan yang berdasarkan nilai-nilai humanistik dan altruistik dapat dikembangkan melalui penilaian terhadap pandangan diri seseorang, kepercayaan, interaksi dengan berbagai kebudayaan dari pengalaman pribadi. Hal ini dianggap penting untuk pendewasaan diri perawat yang kemudian akan meningkatkan sikap altruistik. Melalui sistem nilai humanistik dan altruistik ini perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada pasien.

b. Menanamkan kepercayaan dan harapan.

Perawat memberikan kepercayaan dengan cara memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Dalam hubungan perawat-klien yang efektif, perawat memfasilitasi perasaan optimis, harapan, dan kepercayaan. Di samping itu, perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan. Kepercayaan dan pengharapan sangat penting bagi proses *caratif* maupun *curatif*. Perawat perlu memberikan alternatif-alternatif bagi pasien jika pengobatan modern tidak berhasil; berupa meditasi,

penyembuhan sendiri, dan spiritual. Dengan menggunakan faktor *caratif* ini akan tercipta perasaan lebih baik melalui kepercayaan dan atau keyakinan yang sangat berarti bagi seseorang secara individu.

c. Menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain.

Pengembangan perasaan ini akan membawa pada aktualisasi diri melalui penerimaan diri antara perawat dan klien. Perawat belajar menghargai kesensitifan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitif, murni dan bersikap wajar pada orang lain. Perawat yang mampu untuk mengenali dan mengekspresikan perasaannya akan lebih mampu untuk membuat orang lain mengekspresikan perasaan mereka. Pengembangan kepekaan terhadap diri dan orang lain, mengeksplorasi kebutuhan perawat untuk mulai merasakan suatu emosi yang muncul dengan sendirinya. Hal itu hanya dapat berkembang melalui perasaan diri seseorang yang peka dalam berinteraksi dengan orang lain. Jika perawat berusaha meningkatkan kepekaan dirinya, maka ia akan lebih autentik (tampil apa adanya). Autentik akan menambah pertumbuhan diri dan aktualisasi diri baik bagi perawat sendiri maupun bagi orang-orang yang berinteraksi dengan perawat itu.

d. Mengembangkan hubungan saling percaya dan membantu.

Pengembangan hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah sangat krusial bagi transpersonal *caring*. Hubungan saling percaya akan meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan

positif dan negatif. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi untuk menjalin hubungan dalam keperawatan. Karakteristik faktor ini adalah kongruen, empati, dan ramah. Kongruen berarti menyatakan apa adanya dalam berinteraksi dan tidak menyembunyikan kesalahan. Perawat bertindak dengan cara yang terbuka dan jujur. Empati berarti perawat memahami apa yang dirasakan klien. Ramah berarti penerimaan positif terhadap orang lain yang sering diekspresikan melalui bahasa tubuh, ucapan tekanan suara, sikap terbuka, ekspresi wajah dan lain-lain.

- e. Meningkatkan penerimaan terhadap ekspresi perasaan positif dan negatif.

Perawat menyediakan waktu dan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien. Berbagi perasaan merupakan pengalaman yang cukup beresiko baik bagi perawat maupun klien. Perawat harus siap untuk ekspresi perasaan positif maupun negatif bagi klien. Perawat harus menggunakan pemahaman intelektual maupun emosional pada keadaan yang berbeda.

- f. Menggunakan proses pemecahan masalah yang sistematis.

Perawat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada klien, sehingga akan mengubah gambaran tradisional perawat sebagai “pembantu” dokter. Proses keperawatan adalah proses yang sistematis dan terstruktur, seperti halnya proses penelitian.

- g. Meningkatkan proses pembelajaran.

Faktor ini adalah konsep yang penting dalam keperawatan, yang membedakan antara *caring* dan *curing*. Perawat memberikan informasi kepada klien. Perawat bertanggungjawab akan kesejahteraan dan kesehatan klien. Perawat memfasilitasi proses belajar mengajar yang didesain untuk memungkinkan klien memenuhi kebutuhan pribadinya, memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal klien.

- h. Menyediakan lingkungan fisik, mental, sosial, dan spiritual yang suportif, protektif dan korektif.

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan dan kondisi penyakit klien. Konsep yang relevan terhadap lingkungan internal yang mencakup kesejahteraan mental dan spiritual, dan kepercayaan sosiokultural bagi seorang individu. Sedangkan lingkungan eksternal mencakup variabel epidemiologi, kenyamanan, privasi, keselamatan, kebersihan dan lingkungan yang estetik. Karena klien bisa saja mengalami perubahan baik dari lingkungan internal maupun eksternal, maka perawat harus mengkaji dan memfasilitasi kemampuan klien untuk beradaptasi dengan perubahan fisik, mental, dan emosional.

- i. Membantu kebutuhan dasar manusia.

Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif yaitu kebutuhan biofisik, psikososial, psikofisikal dan interpersonal klien.

Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat yang selanjutnya. Nutrisi, eliminasi, dan ventilasi adalah contoh dari kebutuhan biofisik yang paling rendah. Pencapaian dan hubungan merupakan kebutuhan psikososial yang tinggi, dan aktualisasi diri merupakan kebutuhan interpersonal yang paling tinggi.

j. Menghargai kekuatan eksistensial, fenomenologi dan spiritual.

Faktor ini bertujuan agar penyembuhan diri dan kematangan diri dan jiwa klien dapat dicapai. Terkadang klien perlu dihadapkan pada pengalaman/pemikiran yang bersifat proaktif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri. Diakuinya faktor *caratif* ini dalam ilmu keperawatan membantu perawat untuk memahami jalan hidup seseorang dalam menemukan arti kesulitan hidup. Karena adanya dasar yang irrasional tentang kehidupan, penyakit dan kematian, perawat menggunakan faktor karatif ini untuk membantu memperoleh kekuatan atau daya untuk menghadapi kehidupan atau kematian. Watson menyadari bahwa faktor ini sedikit sulit untuk dipahami, tetapi hal ini akan membawa perawat kepada pemahaman yang lebih baik mengenai diri sendiri dan orang lain.

3. Klasifikasi Perilaku *Caring* Perawat

Banyak penelitian mendefinisikan dan menjabarkan bentuk nyata perilaku *caring* perawat. Christopher dan Hegedus (2000) (dalam Suryani, 2010), merangkum beberapa literatur tentang perilaku *caring* perawat,

dan mengelompokan perilaku *caring* perawat kedalam kelompok besar yaitu perilaku afektif dan instrumental.

a. Perilaku afektif *caring* perawat

Perilaku *caring* perawat adalah sikap perawat yang mencerminkan nilai-nilai *caring* yaitu kemanusiaan, hormat, kepedulian, empati, dan hubungan saling percaya dan membantu (Christopher & Hegedus, 2000). Perilaku *caring* perawat yang termasuk kedalam perilaku afektif meliputi semua aktifitas perawat dalam membentuk hubungan dengan pasien yang berkualitas yang didasari hubungan saling percaya, sensitif dan empati. Aktivitas lain yang mencerminkan perilaku afektif yaitu memberikan dukungan terhadap pasien seperti pengawasan pasien, memberikan kenyamanan dan menghormati privasi pasien (Watson, 1979 dalam Christopher & Hegedus, 2000).

b. Perilaku instrumental *caring* perawat

Perilaku instrumental perawat adalah perilaku yang menunjukkan keterampilan dan kemampuan perawat secara kognitif dan psikomotor (Christopher & Hegedus, 2000). Aktivitas perawat yang mencerminkan perilaku *caring* instrumental diantaranya yaitu aktivitas fisik atau tindakan perawat seperti pemberian obat-obatan, perawatan kebersihan pasien, pemenuhan kebutuhan dasar pasien dan penggunaan alat-alat kesehatan. Perilaku lain yang mencerminkan instrumental dari *caring* perawat adalah aktivitas yang berorientasi

pada kemampuan kognitif seperti program pembelajaran, pendidikan kesehatan dan pemecahan masalah dengan metode asuhan keperawatan yang sistematis (Watson, dkk, 1979 dalam Christopher & Hegedus, 2000).

4. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku *Caring* Perawat

Banyak faktor yang mempengaruhi perilaku *caring* perawat, beban kerja yang tinggi dan motivasi perawat merupakan salah satu faktor yang berperan dalam perilaku *caring* perawat. Namun stress, kejenuhan dan perasaan lelah memiliki hubungan yang negatif dengan perilaku *caring* yang ditunjukkan oleh perawat (Burtson & Stihler, 2010).

a. Beban kerja perawat

Tingginya beban kerja yang dilakukan oleh perawat menyebabkan tingginya stress yang terjadi pada perawat sehingga menurunkan motivasi perawat untuk melakukan *caring* (Sobirin, 2006). Tingginya beban kerja menyebabkan perawat memiliki waktu yang lebih sedikit untuk memahami dan memberikan perhatian terhadap pasien secara emosional dan hanya fokus terhadap kegiatan yang bersifat rutinitas, seperti memberikan obat, melakukan pemeriksaan penunjang atau menulis catatan perkembangan pasien.

b. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja yang nyaman akan menimbulkan kenyamanan dalam bekerja pada perawat sehingga memungkinkan perawat untuk menerapkan perilaku *caring*. Suryani (2010) menyebutkan bahwa

lingkungan kerja memiliki pengaruh yang positif terhadap perilaku *caring* seorang perawat, lingkungan kerja yang baik dapat menciptakan tingginya perilaku *caring* perawat dan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

c. Pengetahuan dan pelatihan

Peningkatan pengetahuan dan pelatihan perilaku *caring* yang diberikan kepada perawat untuk melakukan *caring* sesuai dengan teori yang telah dikembangkan. Koswara (2002) dalam penelitiannya menemukan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan *caring* dengan sikap *caring* perawat. Dengan pengetahuan yang tinggi tentang *caring*, menunjukkan perilaku *caring* yang lebih baik.

5. Harapan Pasien Terhadap Perilaku *Caring* Perawat

Pada saat mengunjungi atau dirawat di pelayanan kesehatan, pasien dan keluarganya mengharapkan pertolongan dan bantuan dari petugas kesehatan termasuk perawat yang dapat membantu mereka secara optimal. Kecemasan dan ketidakberdayaan pasien menyebabkan tuntutan dari pasien untuk bersedia membantu. Harapan pasien untuk mendapatkan pelayanan yang terbaik merupakan tantangan bagi perawat untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan.

Ketrampilan dan perilaku yang ditampilkan oleh seseorang tenaga perawat dapat menimbulkan kepercayaan pada pasien untuk menerima pelayanan keperawatan. Harapan yang dikemukakan oleh pasien terhadap

perilaku *caring* perawat adalah bahwa perawat hendaknya memiliki sikap sabar, menunjukkan sikap simpati dan sensitif terhadap klien, menggunakan pendekatan dengan lembut dan tenang, menjawab pertanyaan anggota keluarga secara jujur terbuka dan ikhlas, mengizinkan klien melakukan sesuatu untuk dirinya sebisa mungkin, dan mengajarkan keluarga cara memelihara kondisi fisik yang relatif nyaman (Attree, 2001 dalam Potter & Perry, 2010).

Barnum (1994) mengidentifikasikan perilaku *caring* perawat yang diharapkan oleh pasien adalah bahwa perawat memiliki kemampuan untuk : mendengarkan dengan penuh perhatian, menciptakan kenyamanan, berbuat jujur, memiliki kesabaran, tanggap terhadap kebutuhan pasien, mampu menyediakan informasi yang dibutuhkan pasien, memberikan sentuhan, memperlihatkan sensitifitas, memperlihatkan rasa hormat dan memanggil klien dengan panggilan yang menunjukkan rasa hormat.

6. Dampak *Caring*

a. Dampak *caring* bagi perawat

Penerapan perilaku *caring* pada perawat dapat meningkatkan pencapaian prestasi kerja perawat, peningkatan kepuasan dalam bekerja, mendorong terwujudnya cita-cita, dan meningkatkan rasa syukur, memelihara integritas seorang perawat, pemenungan dan peningkatan harga diri bagi perawat, hidup dengan filosofi sendiri, meningkatkan penghargaan terhadap hidup dan mati, refleksi,

meningkatkan rasa cinta dalam keperawatan dan meningkatkan pengetahuan seorang perawat (Oskouie, Raffi, & Nikraves, 2006).

Kepuasan kerja perawat dapat dicapai salah satunya dengan keberhasilan membangun hubungan yang baik dengan klien dan membantu klien dalam melewati masa sakitnya. Kemampuan perawat dalam menampilkan perilaku *caring* menimbulkan rasa cinta terhadap keperawatan sehingga perawat akan meningkatkan pengetahuannya, menghargai kehidupan dan kematian, menghargai integritas, keutuhan dan harga diri serta perasaan puas dapat membantu pasien mencapai kesehatan dan kesejahteraan (Swanson dalam Watson, 2009).

b. Dampak *caring* perawat bagi pasien

Perilaku *caring* yang diberikan oleh perawat terhadap pasien dapat menimbulkan dampak terhadap kesejahteraan emosional dan spiritual klien; meningkatkan martabat klien, kontrol diri, kepribadian, peningkatan kesembuhan fisik; memberikan keamanan, memberikan lebih banyak energi bagi pasien; menurunkan perasaan terasing dan menumbuhkan hubungan kekeluargaan dengan erat (Watson, 2005).

Kepuasan pasien didefinisikan sebagai pendapat pasien terhadap pelayanan yang diterimanya dari personil perawat (Merkoruris, dkk., 2004, Wangner & Bear, 2008). Kepuasan pasien merupakan kesesuaian antara harapan pasien dengan kenyataan pelayanan yang diterimanya. Jika pelayanan yang diterima sesuai dengan harapan pasien, maka akan menimbulkan kepuasan bagi pasien. Kepuasan ini

dipengaruhi oleh harapan pasien, faktor demografi dari pasien, pengalaman sebagai penerima pelayanan keperawatan sebelumnya, lama hari rawat, budaya dan aspek sosial kehidupan (Wagner & Bear, 2008).

7. Meningkatkan Perilaku *Caring* perawat

Upaya peningkatan perilaku *caring* dapat dilakukan dengan melakukan pendekatan individu, psikologis dan organisasi.

a. Pendekatan individu

Pendekatan individu dilakukan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan *caring* pada perawat. Peningkatan pengetahuan ini dapat dilakukan melalui pendidikan formal maupun non formal. Melalui jalur formal, *caring* telah dimasukkan kedalam kurikulum pengajaran bagi mahasiswa keperawatan (Koswara, 2002). Pengenalan *caring* pada mahasiswa keperawatan ditujukan agar mahasiswa memiliki sikap *caring* yang akan mereka terapkan setelah masuk dunia kerja.

Mengadakan workshop, seminar, pendidikan dan pelatihan mengenai perilaku *caring* perawat juga dapat dilakukan guna meningkatkan pengetahuan perawat tentang perilaku *caring*, dan membangun sikap *caring* sejak dini. Peningkatan pengetahuan dan kesadaran perawat tentang teori dan konsep dasar *caring* dalam keperawatan melalui pelatihan dapat menjadi salah satu cara untuk

menerapkan perilaku *caring* perawat (Gadow, 1999 dalam Muhidin, 2008).

b. Pendekatan psikologis

Perilaku *caring* perawat dapat ditingkatkan dengan cara mengadakan supervisi dan pembinaan secara berkala terhadap perawat yang telah bekerja. Supervisi ini ditunjukkan agar pelaksanaan perilaku *caring* dapat berlangsung secara berkesinambungan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien. Role model atasan (kepala ruangan) yang menampilkan perilaku *caring* perawat, dapat menjadi role model bagi bawahannya untuk menerapkan perilaku *caring* perawat terhadap pasien selama melakukan asuhan keperawatan.

Supriatin (2009) yang didukung oleh Suryani (2010) dalam penelitiannya menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kepemimpinan kepala ruangan dengan perilaku *caring* perawat. Kepemimpinan yang baik dari kepala ruangan yang mendukung terhadap nilai-nilai *caring*, dapat menciptakan perilaku *caring* pada perawat pelaksana.

c. Pendekatan organisasi

Upaya yang dapat dilakukan dalam meningkatkan perilaku *caring* adalah dengan membangun struktur, sistem dan budaya *caring* dalam organisasi. Williams, Mc Dowell, dan Kautz (2011) merumuskan suatu bentuk model kepemimpinan yang

menggabungkan antara teori human caring dari watson (2008) dengan teori kepemimpinan dari Kouzes dan posner (2007). Rumusan model kepemimpinan ini dikenal dengan *Mc-Dowell-Williams Caring Leadership Model*.

Model ini, seseorang pemimpin harus memegang nilai-nilai dasar *caring* yaitu : memimpin dengan kebaikan, dan persamaan; membangkitkan harapan dan keyakinan; meningkatkan pengetahuan, refleksi dan bijaksana; menciptakan hubungan saling menghormati dan *caring*, dan mewujudkan lingkungan yang *caring*, saling membantu, dan saling percaya pada diri sendiri dan orang lain.

B. Konsep Kebutuhan Spiritual

1. Pengertian Kebutuhan Spiritual

Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan menemenuhi kewajiban agama serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, serta kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf (Kozier, 2004).

Individu sebagai makhluk spiritual mempunyai ciri-ciri sebagai berikut (Ali H.Z, 2002) :

- a. Diciptakan Tuhan dalam bentuk yang sempurna dibanding makhluk ciptaan lainnya.
- b. Memiliki rohani/jiwa yang sempurna (akal, pikiran, perasaan dan kemauan).
- c. Individu diciptakan sebagai khalifah (penguasa dan pengatur kehidupan) dimuka bumi.
- d. Terdiri atas unsur bio-psiko-sosial yang utuh.

2. Karakteristik Spiritual

Menurut Burkhardt (1993) dalam Koziar(1997) dalam syam (2010) menjelaskan bahwa karakteristik spiritual mencakup :

a. Hubungan dengan diri sendiri

Kekuatan dalam diri atau kepercayaan diri sendiri yang meliputi pengenalan tentang diri sendiri (misalnya menjawab pertanyaan siapa saya, apa yang dapat saya lakukan) dan sikap pada diri sendiri yang dimanifestasikan dengan percaya pada diri sendiri, percaya pada kehidupan dan masa depan, ketentraman, dan harmonis dengan diri sendiri.

b. Hubungan dengan orang lain

Hubungan dengan orang lain dimanifestasikan dengan berbagai waktu, pengetahuan, dan sumber daya dengan orang lain dan membalas perbuatan baik orang lain. Hubungan ini juga dimanifestasikan dengan sikap peduli pada anak – anak, orang tua, dan orang yang sakit, menguatkan kembali makna kehidupan dan

kematian dengan cara mengunjungi makam/kuburan. Hubungan dengan sesama dideskripsikan sebagai dimensi hirisontal yang beririsan dengan hubungan vertikal dengan Tuhan.

c. Hubungan dengan alam

Harmonisasi dengan alam, meliputi pengenalan tentang tumbuhan, tanaman, pepohonan, kehidupan alam, dan cuaca. Harmonisasi dengan alam juga dimanifestasikan dengan hidup bersama dengan alam seperti berkebun, berjalan, berada diluar dan memelihara alam.

d. Hubungan dengan Tuhan

Hubungan dengan Tuhan dilihat dari relijius atau tidak relijiusnya seseorang, seperti melakukan kegiatan doa atau meditasi, membaca kitab atau buku keagamaan, berpartisipasi dalam kelompok keagamaan. Hawari (2002) menjelaskan bahwa dalam agama Islam terdapat dimensi kesehatan jiwa pada rukun Iman yaitu Iman kepada Allah besar pengaruhnya bagi kesehatan jiwa manusia dimana orang yang beriman itu selalu ingat kepada Allah (dzikrullah/dzikir) sehingga perasaan tenang/aman/terlindungi selalu menyertainya. Pikiran, perasaa dan perilakunya baik dengan tidak melanggar hukum, norma, moral dan etika kehidupan serta tidak merugikan orang lain karena ia tau benar dan yakin apa yang dilakukannya itu semua dicatat oleh malaikat. Mampu mengendalikan diri (*self control*) yang merupakan salah satu ajaran Nabi Muhammad. Yakin bahwa

seseungguhnya Al Qur'an merupakan "*text book*" kesehatan jiwa terlengkap dan sempurna didunia, bagi mereka yang mengerti/menghayati/mengamalkannya akan memperoleh manfaat kesejahteraan lahir dan batin serta selamat di dunia maupun di akhirat kelak.

3. Kebutuhan Dasar Spiritual Manusia

Menginventarisasi 10 butir kebutuhan dasar spiritual manusia (Clinebell dalam Hawari, 2002), yaitu :

- a. Kebutuhan akan kepercayaan dasar (*basic trust*), kebutuhan ini secara terus-menerus diulang guna membangkitkan kesadaran bahwa hidup ini adalah ibadah.
- b. Kebutuhan akan makna dan tujuan hidup, kebutuhan untuk menemukan makna hidup dalam membangun hubungan yang selaras dengan Tuhannya (vertikal) dan sesama manusia (horisontal) serta alam sekitar.
- c. Kebutuhan akan komitmen peribadatan dan hubungannya dengan keseharian, pengalaman agama integratif antara ritual peribadatan dengan pengalaman dalam kehidupan sehari-hari.
- d. Kebutuhan akan pengisian keimanan dengan secara teratur mengadakan hubungan dengan Tuhan, tujuannya agar keimanan seseorang tidak melemah.
- e. Kebutuhan akan bebas dari rasa bersalah dan dosa. Rasa bersalah dan berdosa ini merupakan beban mental bagi seseorang dan tidak baik

bagi kesehatan jiwa seseorang. Kebutuhan ini mencakup dua hal yaitu pertama secara vertikal adalah kebutuhan akan bebas dari rasa bersalah, dan berdosa kepada Tuhan. Kedua secara horisontal yaitu bebas dari rasa bersalah kepada orang lain.

- f. Kebutuhan akan penerimaan diri dan harga diri (*self acceptance* dan *self esteem*), setiap orang ingin dihargai, diterima, dan diakui oleh lingkungannya.
- g. Kebutuhan akan rasa aman, terjamin dan keselamatan terhadap harapan masa depan. Bagi orang beriman hidup ini ada dua tahap yaitu jangka pendek (hidup di dunia) dan jangka panjang (hidup di akhirat). Hidup di dunia sifatnya sementara yang merupakan persiapan bagi kehidupan yang kekal di akhirat nanti.
- h. Kebutuhan akan dicapainya derajat dan martabat yang makin tinggi sebagai pribadi yang utuh. Di hadapan Tuhan, derajat atau kedudukan manusia didasarkan pada tingkat keimanan seseorang. Apabila seseorang ingin agar derajatnya lebih tinggi dihadapan Tuhan maka dia senantiasa menjaga dan meningkatkan keimanannya.
- i. Kebutuhan akan terpeliharanya interaksi dengan alam dan sesama manusia. Manusia hidup saling bergantung satu sama lain. Oleh karena itu, hubungan dengan orang disekitarnya senantiasa dijaga. Manusia juga tidak dapat dipisahkan dari lingkungan alamnya sebagai tempat hidupnya. Oleh karena itu manusia mempunyai kewajiban untuk menjaga dan melestarikan alam ini.

- j. Kebutuhan akan kehidupan bermasyarakat yang penuh dengan nilai-nilai religius. Komunitas keagamaan diperlukan oleh seseorang dengan sering berkumpul dengan orang yang beriman akan mampu meningkatkan iman orang tersebut.

4. Pentingnya Kebutuhan Spiritual

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual antara lain (Asmadi, 2008) :

a. Perkembangan

Usia perkembangan dapat menentukan proses pemenuhan kebutuhan spiritual, karena setiap tahap perkembangan memiliki cara meyakini kepercayaan terhadap Tuhan.

Tahap perkembangan klien dimulai dari lahir sampai klien meninggal dunia. Perkembangan spiritual manusia dapat dilihat dari tahap perkembangan mulai dari bayi (0 – 18 Bulan), anak-anak (18 Bulan – 3 Tahun), pra sekolah (3 – 6 Tahun), usia sekolah (6 – 12 Tahun), remaja (12 – 18 Tahun), desawa muda (18 – 25 Tahun), dewasa pertengahan (25 – 38 Tahun), dewasa akhir 38 – 65 Tahun), dan lanjut usia (65 Tahun sampai kematian) (Hamid, 2003). Secara umum tanpa memandang aspek tumbuh-kembang manusia proses perkembangan aspek spiritual dilihat dari kemampuan kognitifnya dimulai dari pengenalan, internalisasi, peniruan, aplikasi dan dilanjutkan dengan instropeksi.

b. Keluarga

Keluarga memiliki peran yang cukup strategis dalam memenuhi kebutuhan spiritual, karena keluarga memiliki ikatan emosional yang kuat dan selalu berinteraksi dalam kehidupan sehari-hari.

c. Ras/suku

Ras/suku memiliki keyakinan/kepercayaan yang berbeda, sehingga proses pemenuhan kebutuhan spiritual pun berbeda sesuai dengan keyakinan yang dimiliki.

d. Agama yang dianut

Keyakinan pada agama tertentu yang dimiliki oleh seseorang dapat menentukan arti pentingnya kebutuhan spiritual.

e. Kegiatan keagamaan

Adanya kegiatan keagamaan dapat selalu mengingatkan keberadaan dirinya dengan Tuhan dan selalu mendekatkan diri kepada Penciptanya.

Beberapa orang yang membutuhkan bantuan spiritual antara lain (Asmadi, 2008) :

a. Pasien kesepian

Pasien dalam keadaan sepi dan tidak ada yang menemani akan membutuhkan bantuan spiritual karena mereka merasakan tidak ada kekuatan selain kekuatan Tuhan, tidak ada yang menyertainya selain Tuhan.

b. Pasien ketakutan dan cemas

Adanya ketakutan atau kecemasan dapat menimbulkan perasaan kacau, yang dapat membuat pasien membutuhkan ketenangan pada dirinya dan ketenangan yang paling besar adalah bersama Tuhan.

Adapun tanda-tanda yang dapat diperhatikan pada klien yang mengalami kecemasan (Tarwoto & Wartonah, 2003) :

1) Cemas ringan

Kecemasan normal yang berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Respon cemas ringan seperti sesekali bernafas pendek, nadi meningkat, tekanan darah naik, bibir bergetar, tidak dapat duduk dengan tenang dan tremor halus pada tangan.

2) Cemas sedang

Ditandai dengan persepsi terhadap masalah menurun sehingga individu kehilangan pegangan tetapi dapat mengikuti pengarahan dari orang lain. Respon cemas sedang biasanya meliputi sering bernafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, mulut kering, gelisah, tidak mampu menerima rangsangan, susah tidur dan perasaan tidak enak.

3) Cemas berat

Pada tingkat ini lahan persepsi menjadi sangat sempit dimana individu tidak dapat memecahkan masalah atau mempelajari masalah. Respon kecemasan yang timbul misalnya

nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, berkeringat, sakit kepala, tidak mampu menyelesaikan masalah.

4) Panik

Pada tingkat ini, lahan persepsi telah terganggu sehingga individu tidak dapat mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun telah diberikan pengarahan. Respon panik seperti nafas pendek, rasa tercekik, pucat, lahan persepsi sangat sempit, tidak dapat berfikir logis.

c. Pasien menghadapi pembedahan

Menghadapi pembedahan adalah sesuatu yang sangat mengkhawatirkan karena akan timbul perasaan antara hidup dan mati. Pada saat itulah keberadaan pencipta dalam hal ini adalah Tuhan sangat penting sehingga pasien selalu membutuhkan bantuan spiritual.

d. Pasien yang harus mengubah gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat membuat seseorang lebih membutuhkan keberadaan Tuhan (kebutuhan spiritual). Pola gaya hidup dapat membuat kekacauan keyakinan bila ke arah yang lebih buruk, maka pasien akan lebih membutuhkan dukungan spiritual.

5. Distres Spiritual

Monod (2012) menyatakan distres spiritual muncul ketika kebutuhan spiritual tidak terpenuhi, sehingga dalam menghadapi penyakitnya pasien mengalami depresi, cemas, dan marah kepada Tuhan. Distres spiritual dapat menyebabkan ketidakharmonisan dengan diri

sendiri, orang lain, lingkungan dan Tuhannya (Mesnikoff, 2002 dalam Hubbell et al, 2006).

Kozier (2004) juga mengidentifikasi beberapa faktor yang berhubungan dengan distres spiritual seseorang meliputi masalah-masalah fisiologis antara lain diagnosis penyakit terminal, penyakit yang menimbulkan kecacatan atau kelemahan, nyeri, kehilangan organ atau fungsi tubuh atau kematian bayi saat lahir, masalah terapi atau pengobatan antara lain anjuran untuk transfusi darah, aborsi, tindakan pembedahan, amputasi bagian tubuh dan isolasi, masalah situasional antara lain kematian atau penyakit pada orang-orang yang dicintai, ketidakmampuan untuk melakukan praktek spiritual (Carpenitto, 2002 dalam Kozier et al, 2004). Karakteristik pasien yang mengalami distres spiritual menurut Dover (2001) antara lain: pasien putus asa, tidak memiliki tujuan dalam hidupnya, menganggap dirinya dijauhi Tuhan, dan tidak melakukan kegiatan ibadah.

Ketika sakit, kehilangan atau nyeri menyerang seseorang, kekuatan spiritual dapat membantu seseorang untuk sembuh. Selama sakit atau kehilangan, misalnya saja, individu merasa kurang mampu untuk merawat diri mereka dan lebih bergantung pada orang lain. Distres spiritual dapat berkembang sejalan dengan seseorang mencari makna tentang apa yang terjadi, dan dapat mengakibatkan seseorang merasa sendiri dan terasing. Untuk itu diharapkan perawat mengintegrasikan perawatan spiritual kedalam proses keperawatan (Potter & Perry, 2005).

C. Konsep Penyakit Kronis

1. Definisi penyakit kronis

Menurut Belsky (1990) penyakit kronis adalah penyakit yang mempunyai karakteristik yaitu suatu penyakit yang bertahap-tahap, mempunyai perjalanan penyakit yang cukup lama, dan sering tidak dapat disembuhkan. Sedangkan menurut Adelman & Daly (2001) penyakit kronis adalah penyakit yang membutuhkan waktu yang cukup lama, tidak terjadi secara tiba-tiba atau spontan, dan biasanya tidak dapat disembuhkan dengan sempurna.

Karakteristik penyakit kronis adalah penyebabnya tidak pasti, memiliki faktor resiko yang multiple, membutuhkan durasi yang lama, menyebabkan kerusakan fungsi atau ketidak mampuan, dan tidak dapat disembuhkan. Penyakit kronis ini tidak disebabkan oleh infeksi atau pathogen melainkan oleh gaya hidup, perilaku beresiko, paparan yang berkaitan dengan proses penuaan.

Penyakit kronis cenderung menyebabkan kerusakan yang bersifat permanen yang memperlihatkan adanya penurunan atau hilangnya suatu kemampuan untuk menjalankan berbagai fungsi, terutama muskuloskeletal dan organ-organ pengindraan. Penyakit kronis tidak dapat disembuhkan tetapi dapat diminimalkan tingkat keparahnya dengan merubah perilaku, gaya hidup dan faktor-faktor tertentu di dalam kehidupan.

2. Masalah yang Muncul Selama Kondisi Kronis

Kondisi kronis memberikan dampak pada kehidupan sehari-hari individu dan keluarganya sebagai bagian dari sosial. Gaya hidup pasien dan keluarga dapat mengalami perubahan. Perubahan kondisi pada pasien dapat disimpulkan di bawah ini (Patricia, 2005) :

- a. Fokus pada pencegahan kekambuhan, mengurangi dan manajemen gejala serta komplikasi.
- b. Adanya adaptasi psikologi terhadap perubahan kondisi dan ketidakmampuan yang dialami.
- c. Fokus pada manajemen pengobatan dan perawatan yang telah ditentukan.
- d. Perubahan harga diri dan ideal diri pasien dan fungsi keluarga.
- e. Usaha untuk mengembalikan dan menormalkan kehidupan individu dan keluarga.
- f. Hidup dengan batasan waktu (ketidakpastian), isolasi sosial, dan kesendirian.
- g. Harapan akan kematian dengan martabat dan kenyamanan.

Setiap pasien dengan kondisi kronis memiliki pengalaman masing-masing terhadap gangguan atau ketidakmampuan yang dialami. Faktor-faktor yang mempengaruhi respon seseorang terhadap penyakit kronis, yaitu:

- a. Faktor personal (ex: jenis kelamin, ras, umur, mekanisme koping, dan pengalaman lalu).

- b. Hubungan dan dukungan lingkungan sosial dan keluarga.
 - c. Status sosioal dan ekonomi.
 - d. Budaya.
 - e. Lingkungan (fisik, sosial, dan politik).
 - f. Aktivitas (ex: kegiatan harian, hiburan, sekolah, dan pekerjaan).
 - g. Tujuan kehidupan individu.
3. Kategori Penyakit Kronis

Menurut Christianson, dkk (1998 dikutip dari Conrad, 1987) ada beberapa penyakit kronis yaitu :

a. *Lived With Illnesses*

Pada kategori ini individu diharuskan beradaptasi dan mempelajari kondisi penyakitnya selama hidup, dan biasanya mereka tidak mengalami kehidupan yang mengancam. Penyakit yang termasuk dalam katgori ini adalah diabetes, asma, arthritis, dan epilepsi.

b. *Mortal Illnesses*

Pada kategori ini secara jelas individu kehidupannya terancam dan individu yang menderita penyakit ini hanya bisa merasakan gejala-gejala dari penyakitnya dan ancaman kematian. Penyakit yang dalam kategori ini adalah kanker dan penyakit kardiovaskuler.

c. *At Risk Illnesses*

Kategori penyakit ini sangat berbeda dari dua kategori sebelumnya. Pada kategori penyakit ini tidak menekankan pada

penyakitnya tetapi pada resiko penyakitnya. Penyakit yang termasuk dalam kategori ini adalah hipertensi, dan penyakit yang berhubungan dengan hereditas.

4. Fase-fase Penyakit Kronis

Menurut Smeltzer & Bare (2001) ada sembilan fase dalam penyakit kronis, yaitu :

a. Fase Pra-trajectory.

Individu berisiko terhadap penyakit kronis karena faktor-faktor genetik atau perilaku yang meningkatkan ketahanan seseorang terhadap penyakit kronis.

b. Fase Trajectory.

Adanya gejala yang berkaitan dengan penyakit kronis. Fase ini sering tidak jelas karena sedang dievaluasi dan pemeriksaan diagnostic sering dilakukan.

c. Fase stabil.

Terjadi ketika gejala-gejala dan perjalanan penyakit terkontrol. Aktifitas kehidupan sehari-hari dapat tertangani dalam keterbatasan penyakit. Terhadap gangguan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

d. Fase tidak stabil.

Periode ketidakmampuan untuk menjaga gejala tetap terkontrol atau reaktivasi penyakit. Terdapat gangguan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

e. Fase akut.

Ditandai dengan gejala-gejala yang berat dan tidak dapat pulih atau komplikasi yang membutuhkan perawatan di rumah sakit untuk menanganinya.

f. Fase krisis.

Ditandai dengan situasi kritis atau mengancam jiwa yang membutuhkan pengobatan atau perawatan kedaruratan.

g. Fase pulih.

Pulih kembali pada cara hidup yang diterima dalam batasan yang dibebani oleh penyakit kronis.

h. Fase penurunan.

Terjadi ketika perjalanan penyakit berkembang dan disertai dengan peningkatan ketidakmampuan dan kesulitan dalam mengatasi gejala-gejala.

i. Fase kematian.

Ditandai dengan penurunan bertahap atau cepat fungsi tubuh dan penghentian hubungan individual.

5. Manajemen penyakit kronis

penyakit kronis menghasilkan beban terbesar dari bidang kesehatan dalam masyarakat di masa modern saat ini. Para dokter sedang menghadapi tantangan terbesar dalam mengatasi masalah tersebut. Sedangkan jumlah penderita penyakit kronis terus bertambah dari tahun ke tahun. Kebanyakan penderita penyakit kronis tersebut memiliki minimal

dua atau bahkan lebih dari dua penyakit yang diderita. Istilah manajemen penyakit kronis atau *chronic disease management (CDM)* adalah sistem pelayanan yang dirancang untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan mengurangi biaya yang berkaitan dengan penyakit jangka panjang Mayer (2009). Pada dasarnya sistem ini bertujuan untuk menciptakan *cost-effective treatment* yang terdiri dari promosi kesehatan, tindakan preventif, mendeteksi secara dini, dan gaya hidup sehat.

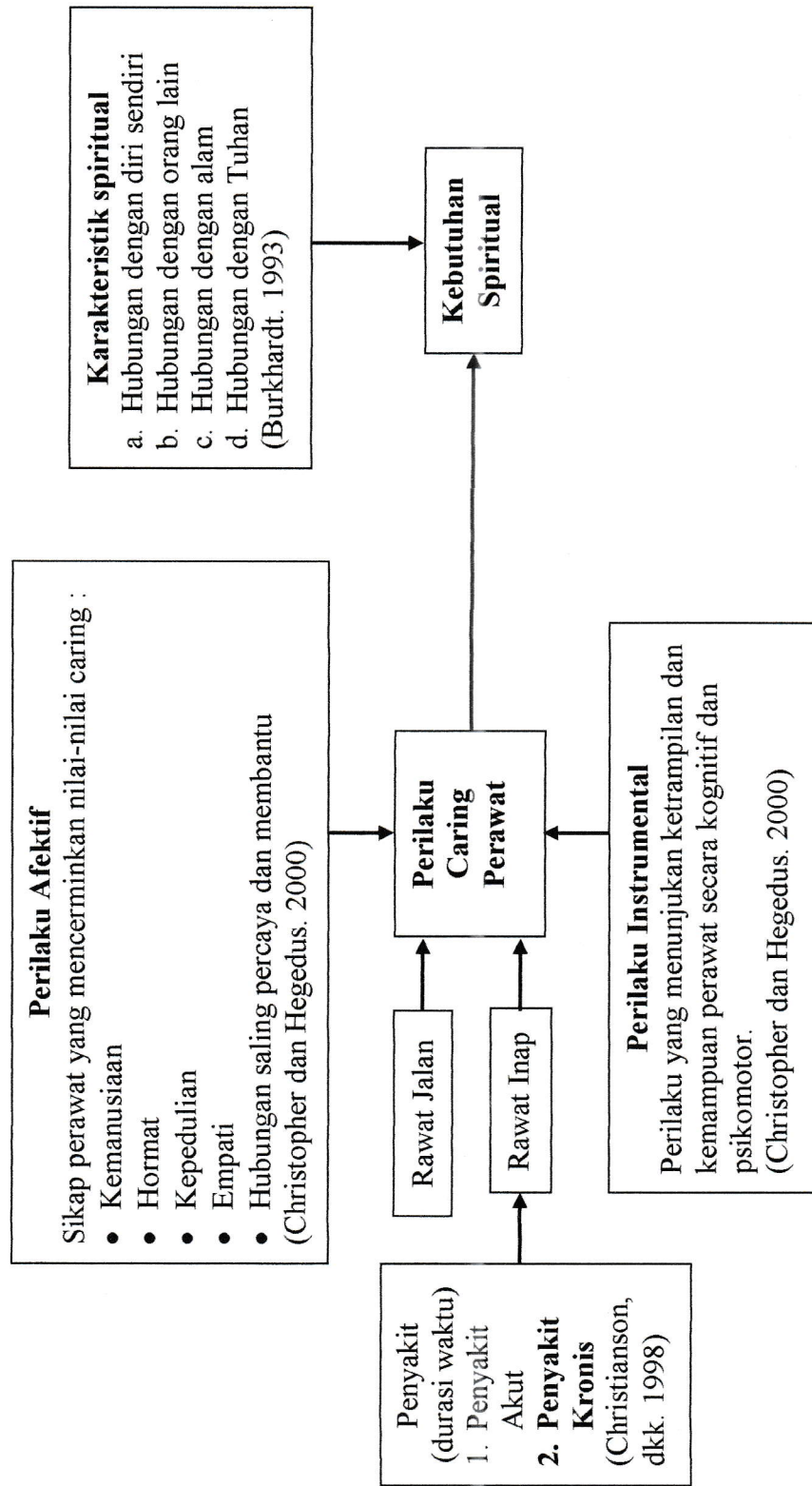
Keberhasilan sebuah manajemen penyakit kronis yang baik dapat tercipta apabila komponen-komponen kunci ini dapat terpenuhi yaitu, penggunaan sistem informasi untuk mengakses data kunci pada individu dan populasi, mengidentifikasi pasien dengan penyakit kronis, stratifikasi pasien menurut risiko, melibatkan pasien dalam perawatan mereka sendiri, melibatkan *multidisciplinary teams*, mengintegrasikan keahlian dokter spesialis dan dokter umum, mengintegrasikan perawatan melintasi batas organisasi, bertujuan untuk meminimalkan kunjungan yang tidak perlu. Sehingga, untuk mencapai semua syarat tersebut diperlukan sebuah hubungan timbal balik yang erat antara masyarakat, sistem kesehatan dan kinerja institusi kesehatan. Dalam hal kinerja institusi kesehatan, sebuah institusi dikatakan memiliki kinerja yang baik apabila memenuhi aspek menurut Grumbach & Bodenheimer (2004) adalah sistem organisasi yang terintegrasi dan terstruktur secara baik, pembagian kerja antara dokter spesialis, dokter umum perawat, dan profesional kesehatan lainnya yang tidak overlapping satu sama lain, *Effective team work* antar profesional

kesehatan, komunikasi dan kolaborasi antar profesional kesehatan dalam pengelolaan konflik (*managing conflict*).

Saat ini, manajemen penyakit kronis sendiri telah diaplikasikan di Indonesia, khususnya di puskesmas. Dengan merubah tren pengobatan kuratif menjadi preventif, puskesmas yang notaben garda depan pelayanan kesehatan dituntut untuk mampu menciptakan masyarakat Indonesia yang sehat.

D. Kerangka Teori

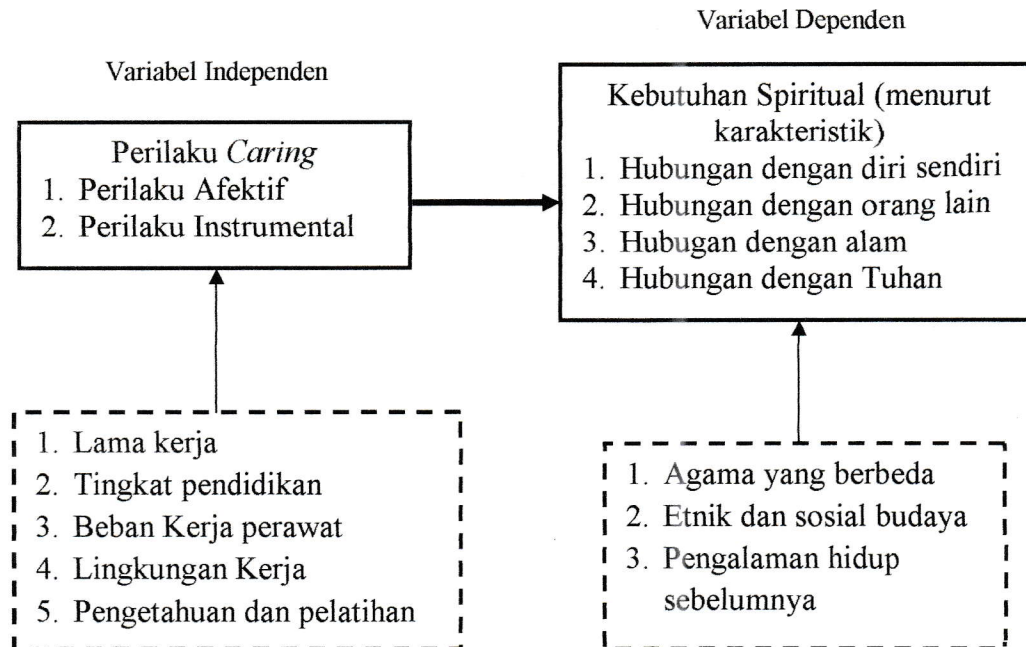
Kerangka Teori dari permasalahan ini adalah



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Modifikasi Sumber : Christopher dan Hegedus (2000), Burkhardt (1993 dalam Kozier, 1997) dan Christianson, dkk (1998 dikutip dari Conrad, 1987).

E. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan :

- : Variabel yang diteliti
- (dashed) : Variabel yang tidak diteliti
- : Penghubung variable yang diteliti

F. Hipotesis

1. Hipotesis Nol (Ho)

Tidak ada hubungan antara perilaku *caring* perawat terhadap kebutuhan spiritual pada pasien penyakit kronis di RSUD Brebes Tahun 2016.

2. Hipotesis Alternatif (Ha)

Ada hubungan antara perilaku *caring* perawat terhadap kebutuhan spiritual pada pasien penyakit kronis di RSUD Brebes Tahun 2016.