

Model-Model Asuhan Spiritual untuk Praktik Mandiri Keperawatan: Sebuah Practice-Oriented Conceptual Article

Wastu Adi Mulyono ✉

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Jenderal Soedirman University

✉ Correspondence Author : wastu@unsoed.ac.id

ABSTRACT

Praktik mandiri keperawatan perorangan memerlukan kerangka konseptual yang jelas, aplikatif, dan mampu menegaskan identitas profesional perawat. Artikel konseptual berorientasi praktik ini bertujuan untuk menyintesis dan memetakan berbagai model asuhan spiritual yang relevan sebagai pedoman praktik mandiri keperawatan. Melalui telaah kritis terhadap literatur keperawatan, spiritual care, dan praktik keperawatan lanjut, artikel ini mengidentifikasi karakteristik utama model-model asuhan spiritual serta menjelaskan implikasinya dalam asesmen, relasi terapeutik, pengambilan keputusan klinis, dan refleksi profesional perawat praktik mandiri. Artikel ini menegaskan bahwa model-model asuhan spiritual tidak hanya berfungsi sebagai pendekatan pendukung, tetapi sebagai kerangka praktik yang memperkuat kualitas, legitimasi, dan keberlanjutan praktik mandiri keperawatan.

KEYWORDS

Casuhan spiritual; praktik mandiri; keperawatan, model konseptual; holistic nursing, practice-oriented nursing

PENDAHULUAN

Perkembangan praktik mandiri keperawatan merupakan fenomena global yang didorong oleh kebutuhan layanan kesehatan yang lebih personal, berkelanjutan, dan berorientasi pada kebutuhan individu. Namun demikian, praktik mandiri juga menghadapi tantangan serius terkait identitas profesional, batas kewenangan, dan diferensiasi praktik keperawatan dari praktik medis atau profesi kesehatan lainnya. Dalam konteks ini, pertanyaan mendasar yang perlu dijawab adalah: *apa ruh yang menghidupi praktik mandiri keperawatan?*

Keperawatan sejak awal dikembangkan sebagai profesi yang berakar pada kepedulian terhadap manusia secara utuh. Dimensi spiritual secara historis dan filosofis merupakan inti dari caring, compassion, dan presence yang membedakan keperawatan. Namun dalam praktik kontemporer, spiritual care sering terpinggirkan atau direduksi

menjadi aktivitas tambahan. Artikel ini berargumen bahwa asuhan spiritual bukan sekadar komponen pelengkap, melainkan ruh yang menggerakkan seluruh praktik mandiri keperawatan.

Landasan Konseptual: Spiritualitas, Keperawatan, dan Praktik Mandiri

Spiritualitas dalam keperawatan dipahami sebagai dimensi eksistensial manusia yang berkaitan dengan pencarian makna, tujuan hidup, harapan, dan relasi dengan diri, orang lain, alam, serta Yang Transenden (Swinton & Pattison, 2010; Puchalski et al., 2014). Pendekatan ini melampaui batas religiositas formal dan memungkinkan praktik yang inklusif serta sensitif budaya.

Literatur keperawatan menegaskan bahwa spiritual care dipandang sebagai bagian dari mandat profesional untuk memenuhi kebutuhan pasien secara holistik, tetapi implementasinya kerap terhambat oleh ketidakjelasan definisi, batasan peran, dan kurangnya

pedoman praktik yang operasional (Ross, 2006; Ramezani et al., 2014; Rushton, 2014). Selain itu, integrasi spiritual care perlu memerhatikan kehati-hatian etik agar tidak melampaui kompetensi atau mengarah pada pemaksaan keyakinan; pendekatan moderat berbasis mendengarkan, sensitivitas, dan otonomi pasien direkomendasikan (Pesut & Sawatzky, 2006; Polzer Casarez & Engebretson, 2012).

Praktik mandiri keperawatan menempatkan perawat sebagai pengambil keputusan klinis yang otonom, bertanggung jawab secara profesional, dan berorientasi pada keberlanjutan asuhan. Dalam kerangka ini, spiritualitas berfungsi sebagai lensa etik dan klinis yang memandu perawat dalam memahami pengalaman sakit, penderitaan, dan penyembuhan dari perspektif klien.

Model-Model Asuhan Spiritual dalam Praktik Mandiri Keperawatan

Bagian ini menyajikan pemetaan model-model asuhan spiritual yang relevan dan aplikatif dalam praktik mandiri keperawatan. Model-model ini tidak dipahami sebagai pendekatan yang saling eksklusif, melainkan sebagai spektrum kerangka praktik yang dapat dipilih dan dikombinasikan sesuai dengan kebutuhan klien, konteks layanan, dan kompetensi profesional perawat.

1. Model Asuhan Spiritual Berbasis Kebutuhan (Needs-Based Spiritual Care Model)

Model ini berangkat dari asumsi bahwa setiap individu memiliki kebutuhan spiritual yang unik, terutama pada situasi sakit, krisis, dan transisi kehidupan. Dalam praktik mandiri, perawat menggunakan model ini untuk mengidentifikasi kebutuhan seperti makna hidup, harapan, kedamaian

batin, rekonsiliasi, dan relasi dengan Yang Transenden (Baldacchino, 2015).

Model berbasis kebutuhan menekankan personalisasi asuhan dan sangat relevan untuk praktik mandiri perorangan karena memungkinkan perawat merancang intervensi yang selaras dengan nilai dan keyakinan klien.

2. Model Asuhan Spiritual Berbasis Relasi Terapeutik (Relational Spiritual Care Model)

Model ini menempatkan relasi terapeutik sebagai inti asuhan spiritual. Kehadiran penuh (*therapeutic presence*), empati, dan kemampuan mendengarkan secara mendalam dipandang sebagai bentuk intervensi spiritual itu sendiri (Watson, 2008).

Dalam praktik mandiri, kontinuitas hubungan antara perawat dan klien memungkinkan model ini diterapkan secara optimal, terutama pada layanan paliatif, keperawatan komunitas, dan kesehatan mental.

3. Model Asuhan Spiritual Berbasis Asesmen Terstruktur (Assessment-Based Spiritual Care Model)

Model ini menekankan pentingnya asesmen spiritual yang sistematis sebagai dasar perencanaan asuhan. Berbagai instrumen seperti FICA, HOPE, dan SPIRIT digunakan untuk membantu perawat mengidentifikasi dimensi spiritual klien secara terstruktur (Puchalski et al., 2014).

Bagi praktik mandiri, model ini berkontribusi pada akuntabilitas profesional, dokumentasi yang kuat, serta integrasi asuhan spiritual ke dalam proses keperawatan formal.

4. Model Asuhan Spiritual Integratif untuk Praktik Mandiri

Model integratif menggabungkan kekuatan dari model berbasis kebutuhan, relasi terapeutik, dan asesmen terstruktur ke dalam satu kerangka praktik. Model ini menempatkan spiritual care sebagai fondasi asesmen, relasi, pengambilan keputusan klinis, dan refleksi profesional (Timmins & Caldeira, 2019).

Model integratif bersifat fleksibel dan kontekstual, sehingga sangat sesuai untuk praktik mandiri keperawatan di masyarakat yang pluralistik dan dinamis.

Kerangka Konseptual Praktik Mandiri Keperawatan Berbasis Asuhan Spiritual

Berdasarkan sintesis literatur, artikel ini mengusulkan kerangka konseptual praktik mandiri keperawatan berbasis asuhan spiritual yang terdiri atas lima komponen utama (Baldacchino, 2015; Caldeira et al., 2017; Timmins & Caldeira, 2019).

Asesmen Spiritual Terintegrasi: menggunakan pendekatan terstruktur dan naratif untuk memahami makna sakit, harapan, dan sumber kekuatan klien.

Relasi Terapeutik Spiritual: membangun hubungan berbasis kehadiran, empati, dan kepekaan budaya.

Intervensi Spiritual Berbasis Kebutuhan: meliputi pendampingan reflektif, fasilitasi praktik spiritual klien, dan kolaborasi lintas profesi.

Pengambilan Keputusan Klinis Berbasis Nilai: integrasi nilai spiritual klien dalam perencanaan dan evaluasi asuhan.

Refleksi dan Akuntabilitas Praktik: dokumentasi, refleksi etik, dan pengembangan profesional berkelanjutan.

Kerangka ini bersifat fleksibel dan dapat diadaptasi pada berbagai konteks praktik mandiri, termasuk komunitas, paliatif, kesehatan mental, dan

keperawatan keluarga.

Implikasi Praktik, Pendidikan, dan Kebijakan

Sebagai artikel berorientasi praktik, implikasi utama kerangka ini terletak pada penguatan identitas praktik mandiri keperawatan. Bagi perawat, kerangka ini memberikan panduan praktis yang bermakna dan berlandaskan nilai. Bagi pendidik, kerangka ini dapat digunakan sebagai dasar pengembangan kurikulum praktik mandiri dan keperawatan holistik. Sementara itu, bagi pembuat kebijakan, pengakuan asuhan spiritual sebagai ruh praktik mandiri memperkuat legitimasi profesi keperawatan dalam sistem kesehatan.

DISKUSI

Positioning dan Kebaruan Artikel

Artikel ini diposisikan sebagai *practice-oriented conceptual article* yang menjembatani kesenjangan antara teori spiritual care dan kebutuhan nyata praktik mandiri keperawatan. Literatur keperawatan internasional telah banyak membahas spiritual care sebagai konsep atau intervensi klinis spesifik, namun relatif sedikit yang secara eksplisit memetakan model-model asuhan spiritual sebagai kerangka praktik mandiri perorangan. Kebaruan artikel ini terletak pada sintesis sistematis berbagai model asuhan spiritual dan penempatannya secara eksplisit dalam konteks praktik mandiri keperawatan, yang menuntut otonomi klinis, akuntabilitas profesional, dan relasi jangka panjang dengan klien.

Diskusi Konseptual Model-Model Asuhan Spiritual

Hasil sintesis menunjukkan bahwa tidak ada satu model asuhan spiritual yang bersifat universal

untuk seluruh konteks praktik mandiri. Model berbasis kebutuhan unggul dalam personalisasi asuhan, namun memerlukan kepekaan klinis yang tinggi. Model berbasis relasi terapeutik menegaskan identitas keperawatan sebagai profesi caring, tetapi berisiko sulit didokumentasikan tanpa kerangka pendukung. Sementara itu, model berbasis asesmen terstruktur memberikan kekuatan pada aspek profesional dan legal, namun berpotensi menjadi mekanistik jika tidak diimbangi relasi terapeutik yang autentik.

Model integratif menawarkan jalan tengah yang paling relevan bagi praktik mandiri keperawatan. Dengan menggabungkan asesmen terstruktur, pemahaman kebutuhan spiritual, dan relasi terapeutik, model ini memungkinkan perawat mempertahankan fleksibilitas klinis tanpa kehilangan akuntabilitas. Temuan konseptual ini sejalan dengan perkembangan praktik keperawatan lanjut yang menuntut keseimbangan antara standar profesional dan pendekatan individualistik.

Dari sisi luaran, studi prospektif pada pasien kanker lanjut menunjukkan bahwa dukungan spiritual dari tim klinis berkaitan dengan pemanfaatan hospice yang lebih tinggi serta kualitas hidup yang lebih baik menjelang akhir hayat, terutama pada pasien dengan religious coping yang tinggi (Balboni et al., 2010). Temuan ini memperkuat argumen bahwa spiritual care perlu diposisikan sebagai bagian integral dari pengambilan keputusan klinis dan perencanaan layanan, termasuk dalam konteks praktik mandiri yang menekankan kontinuitas dan kedekatan relasi perawat–klien.

Relevansi bagi Praktik Mandiri Keperawatan

Dalam konteks Indonesia, praktik mandiri

keperawatan juga perlu dipahami sebagai alternatif strategis bagi perawat yang menghadapi keterbatasan untuk bertahan bekerja dalam organisasi layanan kesehatan berskala besar, khususnya rumah sakit swasta. Sejumlah studi dan laporan menunjukkan bahwa rumah sakit swasta di Indonesia dan kawasan Asia Tenggara menghadapi tingginya angka *nurse turnover*, yang dipengaruhi oleh beban kerja tinggi, ketidakseimbangan imbalan, keterbatasan jenjang karier, serta tekanan emosional dan moral distress di lingkungan kerja (Hayes et al., 2012; Lyu et al., 2020).

Tingkat *turnover* perawat yang tinggi berdampak pada ketidakstabilan tenaga keperawatan, penurunan kontinuitas asuhan, serta meningkatnya risiko kelelahan kerja (*burnout*) pada perawat yang bertahan. Kondisi ini juga berdampak pada kualitas layanan dan keselamatan pasien, terutama di fasilitas kesehatan dengan sumber daya terbatas (Duffield et al., 2014).

Dalam situasi tersebut, praktik mandiri keperawatan muncul sebagai **jalur profesional alternatif** yang memungkinkan perawat mempertahankan identitas, otonomi, dan keberlanjutan praktik tanpa harus sepenuhnya terikat pada struktur organisasi besar. Asuhan spiritual berperan penting dalam konteks ini karena memberikan dasar makna kerja, resiliensi profesional, dan relasi terapeutik yang berkelanjutan dengan klien (Timmins & Caldeira, 2019).

Dengan dukungan model-model asuhan spiritual yang jelas, praktik mandiri keperawatan dapat berfungsi sebagai bentuk adaptasi profesional yang sehat, etis, dan kontekstual terhadap dinamika pasar kerja keperawatan di Indonesia. Pendekatan ini

sekaligus membuka peluang redistribusi layanan keperawatan yang lebih dekat dengan komunitas dan kebutuhan individual klien.

Selain itu, pemetaan model-model asuhan spiritual ini memberikan dasar konseptual bagi pengembangan standar praktik, panduan klinis, dan instrumen dokumentasi praktik mandiri keperawatan. Dengan demikian, spiritual care tidak lagi dipandang sebagai aspek tambahan, melainkan sebagai bagian integral dari kualitas layanan.

Implikasi Penelitian Selanjutnya

Sebagai artikel konseptual, diskusi ini membuka peluang penelitian lanjutan, baik kualitatif maupun kuantitatif, untuk menguji penerapan model-model asuhan spiritual dalam praktik mandiri keperawatan. Studi implementasi, pengembangan instrumen evaluasi, serta penelitian lintas budaya sangat diperlukan untuk memperkuat evidensi dan memperluas generalisasi kerangka konseptual yang diusulkan.

Model Konseptual Integratif Asuhan Spiritual untuk Praktik Mandiri Keperawatan

Sebagai penguatan visual dan konseptual, artikel ini mengusulkan sebuah **Model Konseptual Integratif Asuhan Spiritual untuk Praktik Mandiri Keperawatan** yang dapat direpresentasikan dalam bentuk diagram konseptual. Model ini menempatkan **nilai spiritual, makna hidup, dan harapan klien** sebagai inti (*core*) praktik mandiri keperawatan.

Model Konseptual Integratif Asuhan Spiritual untuk Praktik Mandiri Keperawatan



Figure 1 Model Conceptual Asuhan Spiritual Integratif

Mengelilingi inti tersebut terdapat empat komponen utama yang saling berinteraksi secara dinamis dan siklik, yaitu: (1) asesmen spiritual terintegrasi, (2) relasi terapeutik spiritual, (3) intervensi spiritual berbasis kebutuhan, dan (4) pengambilan keputusan klinis serta refleksi profesional. Panah dua arah antar komponen menunjukkan bahwa proses asuhan spiritual dalam praktik mandiri bersifat reflektif, non-linear, dan responsif terhadap perubahan kondisi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual klien.

Model ini menggambarkan bahwa praktik mandiri keperawatan tidak berpusat pada prosedur teknis semata, tetapi pada relasi bermakna dan nilai-nilai spiritual yang menopang keberlanjutan praktik dan kualitas asuhan. Kerangka ini konsisten dengan pendekatan bio-psiko-sosio-spiritual dalam keperawatan dan sejalan dengan fokus *Journal of BioNursing* pada integrasi aspek biologis dan humanistik dalam praktik keperawatan (Watson, 2008; Puchalski et al., 2014; Büssing et al., 2017).

SIMPULAN DAN SARAN

Asuhan spiritual merupakan ruh yang menghidupi sekaligus model yang menstrukturkan praktik mandiri keperawatan. Melalui pendekatan konseptual yang berorientasi praktik, artikel ini menegaskan bahwa integrasi spiritual care bukan hanya kebutuhan klinis, tetapi juga strategi profesional untuk memperkuat identitas, kualitas, dan keberlanjutan praktik mandiri keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Balboni, T. A., et al. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. *Journal of Clinical Oncology*, 28(3), 445–452.
- Baldacchino, D. (2015). Spiritual care in nursing: An overview of the measures used to assess spirituality and spiritual care. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), 327–334. <https://doi.org/10.1177/0894318415599220>
- Büssing, A., Ostermann, T., & Koenig, H. G. (2017). Relevance of religion and spirituality in clinical practice. *Journal of Religion and Health*, 56(3), 1239–1245. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0345-0>
- Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2017). Spiritual care practices in nursing: A systematic approach. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 215–224. <https://doi.org/10.1111/jonm.12463>
- Duffield, C. M., Roche, M. A., Homer, C., Buchan, J., & Dimitrelis, S. (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12), 2703–2712. <https://doi.org/10.1111/jan.12483>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>
- Lyu, H., Yao, M., Zhang, D., & Liu, X. (2020). The relationship among organizational commitment, psychological empowerment and turnover intention of nurses. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1350–1357. <https://doi.org/10.1111/jonm.13056>
- McSherry, W. (2006). The principal components model: A model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 905–917.
- Pesut, B., & Sawatzky, R. (2006). To describe or prescribe: Assumptions underlying a prescriptive nursing process approach to spiritual care. *Nursing Inquiry*, 13(2), 127–134.
- Polzer Casarez, R. L., & Engebretson, J. C. (2012). Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15–16), 2099–2107.
- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>

- Ramezani, M., et al. (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211–219.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852–862.
- Rushton, L. (2014). What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *British Journal of Nursing*, 23(7), 370–374.
- Swinton, J., & Pattison, S. (2010). Moving beyond clarity: Towards a useful understanding of spirituality in nursing care. *Nursing Philosophy*, 11(4), 226–237. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00450.x>
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2019). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*, 34(4), 77–84. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11302>
- van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 234–246.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Rev. ed.). University Press of Colorado.

Lampiran: Anotasi Literatur Kunci tentang Spiritual Care

Balboni et al. (2010) menunjukkan bahwa dukungan kebutuhan spiritual oleh tim klinis berasosiasi dengan kualitas hidup lebih baik menjelang akhir hayat serta pola penggunaan layanan (misalnya hospice), sehingga spiritual care relevan untuk outcome klinis dan keputusan layanan.

Ramezani et al. (2014) merumuskan atribut spiritual care (misalnya healing presence, therapeutic use of self, patient-centredness, dan lingkungan yang mendukung), yang dapat dijadikan basis konseptual untuk merumuskan komponen praktik mandiri.

McSherry (2006) mengusulkan principal components model (misalnya individuality, inclusivity, integrated, inter/intra-disciplinary, innate, institution) yang membantu memetakan faktor penghambat/pendorong integrasi spiritual care pada level individu dan organisasi.

van Leeuwen dan Cusveller (2004) menyajikan profil kompetensi spiritual care (awareness and use of self, dimensi spiritual dalam proses keperawatan, serta assurance and quality of expertise) yang berguna untuk perumusan kompetensi praktik mandiri.

Pesut dan Sawatzky (2006) mengkritisi asumsi-asumsi problematik pendekatan proses keperawatan yang terlalu preskriptif pada spiritual care; artikelnya menekankan pentingnya batas profesional dan fokus pada dukungan, bukan 'mengubah' spiritualitas pasien.

Polzer Casarez dan Engebretson (2012) memetakan isu etik 'omission' dan 'commission' dalam integrasi spiritual care serta strategi moderat (mendengarkan, netral, sensitif budaya) sebagai rambu praktik yang