

INTEGRASI PELAYANAN SPIRITUAL ISLAMI DALAM PATIENT-CENTERED CARE DI RUMAH SAKIT UMUM: KAJIAN INTEGRATIF**Henry Saktiana¹, Joko Wiyanto², Mahmudah³, Ali Imron⁴**hsaktiana@gmail.com¹, joko100182@gmail.com², mahmudahpml@gmail.com³,
aliimron@unimus.ac.id⁴**Universitas Muhammadiyah Semarang****ABSTRAK**

Latar belakang: Pelayanan rumah sakit masih sering berpusat pada kebutuhan biomedis, sedangkan kebutuhan agama dan spiritual pasien belum selalu dikaji secara sistematis. Pada pasien Muslim, sakit dapat memengaruhi ibadah, makna hidup, harapan, privasi, peran keluarga, dan keputusan akhir kehidupan. Tujuan: Menyintesis bukti mutakhir tentang pelayanan spiritual Islami dan merumuskan kerangka implementasi yang inklusif bagi rumah sakit umum. Metode: Kajian integratif dilakukan melalui penelusuran terstruktur pada PubMed/MEDLINE, platform penerbit yang mengindeks publikasi Scopus, Google Scholar, dan portal ilmiah Indonesia untuk publikasi 2020–8 Agustus 2026, dilengkapi sumber seminal dan institusional. Artikel yang memenuhi kriteria membahas kebutuhan spiritual pasien Muslim, intervensi spiritual Islami, kompetensi tenaga kesehatan, atau implementasi tingkat rumah sakit. Bukti disintesis secara naratif menurut populasi, intervensi, luaran, dan implikasi organisasi; mutu metodologis ditelaah dengan kriteria sesuai desain yang diinformasikan oleh MMAT. Hasil: Bukti mengerucut pada tujuh tema, yaitu kebutuhan individual, asesmen spiritual, fasilitasi ibadah, komunikasi empatik, intervensi religius berbasis persetujuan, kolaborasi keluarga dan pembimbing rohani, serta dukungan organisasi. Sejumlah uji intervensi menunjukkan potensi perbaikan kesehatan spiritual, kualitas tidur, harapan, kecemasan, depresi, dan kecemasan menghadapi kematian. Namun, generalisasi dibatasi oleh sampel kecil, heterogenitas intervensi, tindak lanjut pendek, dan konsentrasi geografis penelitian. Kesimpulan: Pelayanan spiritual Islami paling tepat diposisikan sebagai pelengkap pelayanan klinis yang berbasis kebutuhan dan persetujuan pasien. Kajian ini mengusulkan ASRI–PCC—Asesmen, Stratifikasi, Respons, dan Integrasi dalam Patient-Centered Care—sebagai kerangka konseptual yang masih memerlukan validasi lokal.

Kata Kunci: Pelayanan Spiritual Islami, Patient-Centered Care, Pasien Muslim, Manajemen Rumah Sakit, Kebutuhan Spiritual.

ABSTRACT

Background: Hospital care often prioritizes biomedical needs while patients' religious and spiritual needs remain inconsistently assessed. For Muslim patients, illness may affect worship, meaning, hope, privacy, family roles, and end-of-life decisions. Objective: To synthesize recent evidence on Islamic spiritual care and formulate an implementable, inclusive framework for general hospitals. Methods: An integrative review was conducted using a structured search of PubMed/MEDLINE, Scopus-oriented publisher platforms, Google Scholar, and Indonesian scholarly portals for publications from 2020 to 8 August 2026, supplemented by seminal and institutional sources. Eligible studies addressed Muslim patients' spiritual needs, Islamic spiritual interventions, health-worker competence, or hospital-level implementation. Evidence was narratively synthesized by population, intervention, outcome, and organizational implication; mixed designs were appraised using design-appropriate criteria informed by MMAT. Results: The evidence converged on seven themes: individualized needs, spiritual assessment, worship facilitation, empathic communication, optional religious interventions, family and chaplain collaboration, and organizational support. Trials reported potential improvements in spiritual health, sleep, hope, anxiety, depression, and death anxiety, although generalizability was constrained by small samples, intervention heterogeneity, short follow-up, and geographic concentration. Conclusion: Islamic spiritual care is

most defensible as a consent-based complement to clinical care. This review proposes ASRI–PCC—Assessment, Stratification, Response, and Integration within Patient-Centered Care—as a conceptual implementation framework requiring local validation.

Keywords: *Islamic Spiritual Care, Patient-Centered Care, Muslim Patients, Hospital Management, Spiritual Needs.*

PENDAHULUAN

Penyakit tidak hanya mengubah fungsi biologis, tetapi juga memengaruhi rasa aman, identitas, hubungan sosial, harapan, dan cara seseorang memahami hidup serta kematian. Karena itu, pelayanan yang bermutu tidak cukup hanya tepat diagnosis dan terapi. Patient-centered care menuntut agar nilai, kebutuhan, preferensi, dan partisipasi pasien menjadi bagian dari keputusan dan pengorganisasian pelayanan. Kerangka pelayanan terintegrasi yang berpusat pada manusia juga menempatkan penghormatan terhadap martabat dan konteks kehidupan pasien sebagai unsur mutu (World Health Organization [WHO], 2016). Dalam pelayanan paliatif, WHO (2020) secara eksplisit memasukkan masalah spiritual bersama penderitaan fisik, psikologis, dan sosial.

Bagi banyak pasien Muslim, spiritualitas terhubung dengan keyakinan kepada Allah, pemaknaan sakit, doa, zikir, salat, pembacaan Al-Qur'an, harapan, pengampunan, dukungan keluarga, makanan halal, privasi, serta persiapan menghadapi kematian. Namun, identitas agama tidak dapat diperlakukan sebagai paket kebutuhan yang seragam. Survei nasional di Amerika Serikat menunjukkan bahwa kebutuhan agama dan spiritual dinilai penting oleh banyak responden Muslim, tetapi kebutuhan tersebut jarang ditanyakan dan sumber daya seperti makanan halal atau ruang ibadah belum selalu tersedia (Abdulbaseer et al., 2025). Pada konteks lain, pasien kanker menunjukkan kebutuhan religius, kedamaian batin, kebutuhan eksistensial, dan kebutuhan untuk memberi, sedangkan pasien Muslim dengan skizofrenia menggambarkan salat, doa, zikir, dan membaca Al-Qur'an sebagai sumber ketenangan selama hospitalisasi (Irawati et al., 2023; Nejat et al., 2023).

Bukti intervensi memperlihatkan peluang manfaat. Program spiritual terstruktur pada pasien kanker, hemodialisis, infark miokard, dan stroke dikaitkan dengan perbaikan kecemasan, depresi, kecemasan menghadapi kematian, kesehatan spiritual, atau kualitas tidur (Amini et al., 2020; Babamohamadi et al., 2020; Durmuş & Ekinci, 2022; Yousofvand et al., 2023). Kajian sistematis pada pasien kritis dewasa juga menemukan praktik seperti doa, zikir, tilawah, dukungan keluarga, dan pendampingan religius, tetapi menekankan heterogenitas intervensi dan keterbatasan metodologis (Rababa et al., 2023). Oleh sebab itu, temuan manfaat tidak boleh diterjemahkan menjadi klaim kausal yang terlalu luas atau alasan menggantikan terapi klinis.

Masalah lain terletak pada kesiapan tenaga dan organisasi. Kompetensi perawat untuk mengintegrasikan agama dan spiritualitas ke dalam pelayanan dilaporkan belum optimal dan dipengaruhi oleh pengalaman serta keterlibatan tenaga spiritual profesional (Farokhzadian et al., 2025). Pelayanan yang hanya bergantung pada inisiatif individual menjadi tidak konsisten, sulit didokumentasikan, dan tidak mudah dievaluasi. Kajian mengenai komponen pelayanan spiritual rumah sakit menegaskan pentingnya proses yang berorientasi pada pasien, dukungan manajemen dan sumber daya, serta monitoring dan evaluasi (Khalili Khouzani et al., 2025).

Dalam rumah sakit umum, integrasi pelayanan Islami juga menghadapi persoalan etik. Pelayanan harus memenuhi kebutuhan pasien Muslim tanpa menciptakan eksklusivitas, stereotip, atau pemaksaan agama. Tenaga kesehatan perlu membedakan antara dukungan spiritual, edukasi ibadah sederhana, konseling spiritual, dan pemberian fatwa. Celah utama literatur bukan sekadar kurangnya daftar intervensi, melainkan belum tersedianya jembatan

operasional yang menghubungkan asesmen individual, tingkat kebutuhan, respons sesuai kompetensi, rujukan, dokumentasi, dan tata kelola mutu. Kajian ini bertujuan menyintesis bukti tentang kebutuhan dan pelayanan spiritual Islami pada pasien rumah sakit serta mengembangkan kerangka konseptual ASRI–PCC untuk implementasi yang aman, inklusif, dan berpusat pada pasien.

METODE PENELITIAN

Desain kajian

Artikel ini menggunakan kajian integratif karena pertanyaan penelitian mencakup pengalaman pasien, efek intervensi, kompetensi tenaga kesehatan, serta faktor organisasi. Pendekatan tersebut memungkinkan penggabungan penelitian kuantitatif, kualitatif, uji intervensi, metode campuran, dan kajian bukti yang relevan. Pelaporan disusun secara transparan sebagai integrative review dan tidak mengklaim sebagai systematic review penuh karena angka hasil pencarian, deduplikasi, dan eksklusi berbasis ekspor basis data belum dikunci. Dengan demikian, tidak ada angka PRISMA yang diasumsikan.

Strategi pencarian dan kriteria pemilihan

Penelusuran dilakukan terhadap publikasi tahun 2020 sampai 8 Agustus 2026 melalui PubMed/MEDLINE, Google Scholar, portal penerbit jurnal internasional, serta portal ilmiah Indonesia. Kombinasi istilah yang digunakan meliputi “Islamic spiritual care”, “Muslim patient spiritual needs”, “religious care hospital”, “spiritual intervention Muslim”, “nursing spiritual competence”, “hospital chaplaincy”, “patient-centered care”, dan padanan bahasa Indonesia. Penelusuran sitasi maju dan mundur digunakan untuk menemukan artikel terkait. Sumber sebelum 2020 dipertahankan hanya bila bersifat seminal, metodologis, atau diperlukan untuk kerangka kebijakan.

Kriteria inklusi mencakup: (1) pasien dewasa atau keluarga dalam konteks rumah sakit; (2) kebutuhan spiritual/religius pasien Muslim, intervensi spiritual Islami, kompetensi tenaga kesehatan, atau tata kelola pelayanan spiritual; (3) artikel penelitian primer, kajian sistematis/scoping, atau dokumen institusional yang relevan; dan (4) teks serta metadata yang dapat ditelusuri. Artikel dikeluarkan apabila hanya membahas religiositas masyarakat tanpa kaitan pelayanan, mengusulkan penggantian terapi klinis dengan praktik agama, tidak menyediakan informasi metodologis memadai, atau merupakan tulisan populer tanpa dasar ilmiah.

Ekstraksi, penilaian, dan sintesis

Data diekstraksi ke dalam matriks yang memuat penulis dan tahun, negara, desain, populasi, bentuk kebutuhan atau intervensi, luaran, temuan utama, keterbatasan, dan implikasi implementasi. Mutu metodologis dinilai dengan pertanyaan sesuai desain, diinformasikan oleh Mixed Methods Appraisal Tool versi 2018 untuk studi kualitatif, uji acak, nonacak, deskriptif kuantitatif, dan metode campuran (Hong et al., 2018). Penilaian mutu digunakan untuk menakar kekuatan interpretasi, bukan sebagai skor tunggal untuk mengecualikan seluruh studi.

Karena intervensi, populasi, instrumen, dan waktu ukur sangat heterogen, meta-analisis tidak dilakukan. Sintesis naratif berlangsung melalui pembacaan berulang, pengkodean temuan, pengelompokan kategori, perbandingan antardesain, serta pemetaan konsekuensi klinis dan organisasi. Kerangka ASRI–PCC dikembangkan secara abduktif: komponen berulang dari bukti dipadukan dengan prinsip patient-centered care, keselamatan pasien, batas kompetensi, dan kebutuhan tata kelola. Model ini diperlakukan sebagai proposisi konseptual, bukan instrumen tervalidasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik umum bukti

Bukti yang ditelaah mencakup penelitian kebutuhan spiritual, studi kualitatif pengalaman pasien, pengembangan instrumen, uji intervensi, survei kompetensi perawat, serta kajian sistematis atau scoping. Populasi meliputi pasien kanker, hemodialisis, infark miokard, stroke, gangguan jiwa, pasien kritis, pasien bedah, dan Muslim dewasa yang pernah berinteraksi dengan rumah sakit. Sebagian besar studi intervensi berasal dari Iran atau negara dengan populasi Muslim dominan. Konteks tersebut memberikan kedalaman budaya, tetapi membatasi transferabilitas langsung ke rumah sakit umum Indonesia yang plural dan memiliki variasi sumber daya.

Tabel 1. Karakteristik dan sintesis kelompok bukti

Kelompok bukti	Contoh sumber	Temuan utama	Keterbatasan dominan
Kebutuhan pasien	Abdulbaseer et al. (2025); Nejat et al. (2023); Hosseini et al. (2023, 2025)	Kebutuhan meliputi ibadah, kedamaian, makna, dukungan, privasi, makanan, dan akses tenaga rohani.	Konteks budaya spesifik; instrumen belum tentu valid di Indonesia.
Pengalaman hospitalisasi	Irawati et al. (2023)	Praktik religius dapat menjadi sumber ketenangan dan coping.	Sampel kecil dan diagnosis spesifik.
Intervensi	Amini et al. (2020); Babamohamadi et al. (2020); Durmuş & Ekinçi (2022); Yousofvand et al. (2023)	Potensi perbaikan luaran spiritual dan psikologis.	Intervensi heterogen, tindak lanjut pendek, sulit dilakukan blinding.
Kompetensi tenaga	Farokhzadian et al. (2025)	Kompetensi integrasi spiritual belum merata; pelatihan dan profesional spiritual penting.	Data laporan mandiri dan konteks tertentu.
Sistem pelayanan	Rababa et al. (2023); Khalili Khouzani et al. (2025)	Proses pasien, dukungan organisasi, kolaborasi, serta evaluasi harus terhubung.	Bukti implementasi dan ekonomi masih terbatas.

Tema 1: kebutuhan spiritual bersifat individual dan dinamis

Kebutuhan pasien tidak dapat disimpulkan hanya dari label agama. Identitas Muslim memberikan alasan untuk bertanya, bukan izin untuk langsung memberi intervensi. Kebutuhan dapat berubah ketika diagnosis memburuk, pasien masuk ICU, menjalani operasi, menghadapi konflik terapi, memasuki fase paliatif, atau mempersiapkan pulang. Temuan mengenai kebutuhan religius, kedamaian batin, makna, pengampunan, dukungan keluarga, makanan halal, dan sarana ibadah menunjukkan perlunya asesmen yang sensitif tetapi tidak stereotip (Abdulbaseer et al., 2025; Hosseini et al., 2023; Nejat et al., 2023).

Tema 2: asesmen merupakan pintu masuk pelayanan

Asesmen singkat memungkinkan petugas mengenali pentingnya agama/spiritualitas bagi pasien, praktik yang ingin dipertahankan, hambatan ibadah, kebutuhan khusus, sumber dukungan, dan keinginan untuk bertemu pembimbing rohani. Instrumen Hospitalized Patients' Spiritual Needs Questionnaire menawarkan domain yang berguna, tetapi

memerlukan penerjemahan, adaptasi budaya, validasi isi, uji konstruk, dan reliabilitas sebelum digunakan di Indonesia (Hosseini et al., 2023). Asesmen juga perlu diulang pada titik perubahan klinis dan didokumentasikan secara proporsional.

Tema 3: fasilitasi ibadah harus tunduk pada keselamatan

Fasilitasi dapat berupa penunjuk kiblat, alat salat bersih, bantuan bersuci, panduan tayamum, penyesuaian posisi salat, akses Al-Qur'an, kesempatan berdoa, serta pengaturan privasi. Pelaksanaannya harus mempertimbangkan risiko jatuh, infeksi, alat invasif, kestabilan hemodinamik, dan rencana tindakan. Prinsip kemudahan tercermin dalam QS. Al-Baqarah [2]: 286, "Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya." Ayat ini mendukung pelayanan yang membantu pasien beribadah sesuai kemampuan, bukan menambah beban atau menunda tindakan klinis.

Tema 4: komunikasi empatik adalah intervensi dasar

Kehadiran terapeutik, mendengarkan tanpa menghakimi, menjaga privasi, dan menanyakan sumber kekuatan merupakan bentuk pelayanan spiritual paling universal. Petugas perlu menghindari pernyataan yang menghubungkan sakit dengan kurangnya iman, menyalahkan pasien, atau menjanjikan kesembuhan. Komunikasi yang aman menggunakan pertanyaan terbuka dan memberi pilihan, misalnya "Apakah ada praktik keagamaan yang ingin kami bantu?" atau "Apakah Bapak/Ibu ingin didampingi keluarga atau pembimbing rohani?"

Tema 5: intervensi religius berpotensi bermanfaat, tetapi harus berbasis persetujuan

Doa, zikir, murattal Al-Qur'an, refleksi makna, dan penguatan harapan telah digunakan dalam penelitian intervensi. Uji terkontrol melaporkan perbaikan pada kecemasan menghadapi kematian, kecemasan dan depresi, kesehatan spiritual, atau kualitas tidur (Amini et al., 2020; Babamohamadi et al., 2020; Durmuş & Ekinci, 2022; Yousofvand et al., 2023). Akan tetapi, variasi isi, durasi, pelaksana, pembanding, dan instrumen luaran menghalangi kesimpulan mengenai "dosis" atau komponen aktif. Intervensi karenanya harus ditawarkan sebagai pilihan komplementer dan tidak boleh menggantikan terapi berbasis bukti.

Tema 6: keluarga dan pembimbing rohani merupakan mitra interprofesional

Keluarga dapat membantu menyampaikan preferensi pasien, mendukung ibadah, memberi rasa aman, dan terlibat dalam keputusan sulit. Namun, preferensi pasien yang masih memiliki kapasitas tetap menjadi dasar utama. Rujukan kepada pembimbing rohani diperlukan untuk krisis makna, rasa bersalah religius berat, konflik terapi dan keyakinan, permintaan hukum ibadah yang kompleks, kondisi terminal, atau ritual di luar kompetensi tenaga kesehatan. Pembimbing rohani perlu memahami kerahasiaan, keselamatan, pencegahan infeksi, komunikasi klinis, dan batas perannya.

Tema 7: dukungan organisasi menentukan keberlanjutan

Pelayanan yang bergantung pada inisiatif individu cenderung tidak konsisten. Bukti kajian sistem menunjukkan bahwa pelayanan spiritual membutuhkan proses berorientasi pasien, dukungan manajemen dan sumber daya, intervensi yang jelas, serta monitoring dan evaluasi (Khalili Khouzani et al., 2025). Rumah sakit memerlukan kebijakan inklusif, standar prosedur operasional, pembagian kewenangan, pelatihan, sarana ibadah, akses pembimbing rohani lintas agama, dokumentasi, alur rujukan, audit mutu, dan umpan balik pasien.

Pembahasan

Pelayanan spiritual Islami sebagai unsur patient-centered care

Sintesis menunjukkan bahwa pelayanan spiritual Islami tidak tepat ditempatkan sebagai kegiatan seremonial atau layanan yang hanya hadir menjelang kematian. Pelayanan tersebut merupakan cara rumah sakit merespons nilai, kebutuhan, dan preferensi pasien secara

menyeluruh. Hal ini sejalan dengan penghormatan terhadap martabat manusia dalam QS. Al-Isrā' [17]: 70, “Sungguh, Kami telah memuliakan anak cucu Adam.” Implikasi etikanya adalah setiap pasien diperlakukan bermartabat tanpa membedakan agama, status, jenis kelamin, atau kelas perawatan. Penghormatan kepada pasien Muslim bukan berarti penyeragaman praktik, melainkan pemberian ruang untuk menyatakan kebutuhan dan menolak intervensi.

Temuan ini memperluas pembahasan spiritual care dari tingkat hubungan perawat–pasien menuju desain sistem pelayanan. Kualitas tidak hanya bergantung pada sikap empatik, tetapi juga apakah hasil asesmen tercatat, siapa yang berwenang menindaklanjuti, kapan rujukan dilakukan, bagaimana konflik diselesaikan, dan apakah akses tersedia secara setara. Dengan demikian, spiritual care menyentuh tata kelola klinis, manajemen SDM, pengalaman pasien, sistem informasi, dan peningkatan mutu.

Penempatan spiritualitas sebagai bagian dari whole-person care juga didukung oleh sintesis bukti lintas penyakit serius yang menunjukkan keterkaitan spiritualitas dengan pengalaman sakit dan keputusan pelayanan, sekaligus mendorong integrasinya secara profesional dalam pelayanan kesehatan (Balboni et al., 2022). Namun, integrasi tersebut harus tetap mengikuti preferensi pasien dan tidak mengubah hubungan klinis menjadi ruang pemaksaan keyakinan.

Kerangka ASRI–PCC

Kajian ini mengusulkan ASRI–PCC, yaitu Asesmen–Stratifikasi–Respons–Integrasi dalam Patient-Centered Care. Model tersebut merangkum alur dari pengenalan kebutuhan sampai evaluasi. PCC berfungsi sebagai pagar etik yang memastikan persetujuan, penghormatan nilai, keselamatan, inklusivitas, dan partisipasi pasien pada setiap tahap.

Tabel 2. Komponen kerangka ASRI–PCC

Komponen	Kegiatan utama	Pelaksana utama	Luaran
A— Asesmen	Skrining pentingnya spiritualitas, praktik ibadah, hambatan, sumber kekuatan, dan preferensi.	Perawat saat admisi dan asesmen ulang.	Kebutuhan awal dan pilihan pasien teridentifikasi.
S— Stratifikasi	Mengelompokkan kebutuhan menjadi dasar, menengah, atau kompleks.	Perawat penanggung jawab bersama tim klinis.	Prioritas, kewenangan, dan jalur tindak lanjut jelas.
R—Respons	Komunikasi empatik, fasilitasi ibadah, dukungan keluarga, intervensi pilihan, atau rujukan.	Tim klinis dan pembimbing rohani.	Respons proporsional, aman, dan disetujui.
I—Integrasi	Dokumentasi, kolaborasi, evaluasi ulang, kesinambungan, dan audit mutu.	Manajemen unit, tim kerohanian, komite mutu.	Pelayanan konsisten, terukur, dan dapat diperbaiki.
PCC—Pagar etik	Persetujuan, martabat, keselamatan, kerahasiaan, inklusivitas, dan nonpemaksaan.	Seluruh organisasi.	Pelayanan berpusat pada pasien dan adil.

Kebutuhan dasar mencakup sarana sederhana tanpa tanda distres; kebutuhan menengah muncul ketika ibadah terhambat atau pasien membutuhkan dukungan emosional-spiritual; sedangkan kebutuhan kompleks meliputi krisis makna, konflik etik-keagamaan, kondisi terminal, atau kebutuhan konseling/rujukan khusus. Stratifikasi bukan diagnosis spiritual dan tidak boleh menjadi label permanen. Tujuannya adalah menyelaraskan kebutuhan dengan kompetensi pelaksana dan urgensi respons.

Batas profesional dan kompetensi tenaga

Kompetensi minimum seluruh tenaga kesehatan mencakup kesadaran diri, penghormatan keragaman, komunikasi empatik, skrining singkat, fasilitasi sederhana, dokumentasi, dan kemampuan merujuk. Kompetensi menengah diperlukan oleh perawat penanggung jawab, kepala ruang, dokter, dan tim paliatif untuk asesmen lebih mendalam, identifikasi distres, dan koordinasi kasus. Kompetensi lanjut berada pada pembimbing rohani atau tim khusus untuk konseling, krisis, konflik etik-keagamaan, dan akhir kehidupan. Temuan Farokhzadian et al. (2025) menguatkan perlunya pelatihan dan keterlibatan tenaga spiritual profesional.

Batas profesional harus dinyatakan tegas. Tenaga kesehatan tidak boleh menggunakan ketergantungan pasien untuk berdakwah secara memaksa, menilai kualitas iman, menjanjikan kesembuhan, memberi fatwa di luar kompetensi, atau mengarahkan penolakan terapi efektif. Informasi mengenai rasa bersalah, ketakutan terhadap kematian, konflik keluarga, atau praktik agama juga harus diperlakukan sebagai data sensitif. Prinsip “tidak memaksa” konsisten dengan QS. Al-Baqarah [2]: 256 dan dengan etika pelayanan berbasis persetujuan.

Tahapan implementasi di rumah sakit umum

Implementasi sebaiknya dimulai dengan audit kebutuhan dan kesiapan, dilanjutkan penyusunan kebijakan, peningkatan kapasitas, uji coba terbatas, dan perluasan berbasis evaluasi. Unit dengan kebutuhan tinggi—ICU, onkologi, hemodialisis, penyakit kronis, dan paliatif—dapat menjadi lokasi uji coba. Pasien dan keluarga harus dilibatkan agar program tidak hanya mencerminkan persepsi pengelola.

Tabel 3. Tahapan implementasi pelayanan spiritual Islami

Tahap	Kegiatan kunci	Produk minimum
1. Pemetaan	Audit kebijakan, sarana, kompetensi, rujukan, dokumentasi, keluhan, dan pengalaman pasien.	Peta kesenjangan dan prioritas unit.
2. Standardisasi	Susun kebijakan lintas agama, SPO asesmen, fasilitasi, rujukan, dokumentasi, dan konflik etik.	Paket kebijakan dan alur kewenangan.
3. Kapasitas	Pelatihan berbasis kasus dan orientasi klinis bagi pembimbing rohani.	Staf terlatih, materi, dan skenario simulasi.
4. Uji coba	Terapkan di unit terpilih; ukur beban kerja, penerimaan, respons, serta kelengkapan catatan.	Data dasar dan temuan perbaikan.
5. Evaluasi/perluasan	Perbaiki instrumen dan alur; perluas bertahap dengan audit mutu.	Program stabil dan dashboard mutu.

Indikator mutu

Indikator tidak boleh berhenti pada jumlah kunjungan pembimbing rohani. Pengukuran perlu mencakup struktur, kompetensi, proses, hasil, keselamatan, keseimbangan, dan kesetaraan. Target ditetapkan setelah tersedia data dasar agar tidak menjadi angka administratif tanpa makna klinis.

Tabel 4. Usulan indikator mutu pelayanan spiritual

Dimensi	Contoh indikator	Sumber/rumus
Struktur	Ketersediaan kebijakan, SPO, sarana, dan jejaring pembimbing rohani.	Audit dokumen dan unit.
Kompetensi	Persentase staf sasaran yang lulus pelatihan.	Staf kompeten/staf sasaran $\times$ 100%.
Proses	Kelengkapan skrining dan tindak lanjut kebutuhan.	Rekam medis lengkap/rekam medis diaudit $\times$ 100%.
Respons	Waktu sejak rujukan sampai pelayanan.	Median waktu respons.
Hasil	Pasien menilai kebutuhan spiritualnya terpenuhi.	Survei pengalaman pasien.
Keselamatan	Intervensi tanpa persetujuan atau penundaan tindakan klinis.	Insiden, keluhan, dan audit kasus.
Kesetaraan	Akses menurut agama, unit, jenis kelamin, dan kelas perawatan.	Analisis data terstratifikasi.

Implikasi bagi manajemen rumah sakit

Bagi manajemen, pelayanan spiritual perlu ditempatkan dalam tata kelola mutu dan pengalaman pasien, bukan semata-mata fungsi keagamaan atau hubungan masyarakat. Rumah sakit harus mengalokasikan waktu, sarana, tenaga, pelatihan, serta sistem dokumentasi. Sistem informasi dapat memuat skrining singkat, notifikasi rujukan, dokumentasi intervensi, dan dashboard, tetapi hak akses harus dibatasi karena informasi spiritual bersifat sensitif.

Rumah sakit umum juga berkewajiban menjaga kesetaraan. Penguatan pelayanan Islami di wilayah dengan mayoritas Muslim tetap harus disertai akses bagi pasien agama lain. Model yang defensibel adalah pelayanan sesuai identitas dan pilihan pasien melalui mekanisme lintas agama, bukan dominasi agama mayoritas. Pendekatan ini justru memperkuat maqāṣid berupa perlindungan jiwa dan martabat sekaligus konsisten dengan hak pasien.

Kekuatan dan keterbatasan

Kekuatan kajian terletak pada penggabungan kebutuhan pasien, intervensi klinis-spiritual, kompetensi tenaga, dan tata kelola rumah sakit; pembedaan antara identitas Muslim dan kebutuhan individual; serta penerjemahan bukti menjadi model dan indikator implementasi. Penggunaan berbagai desain memungkinkan pembacaan manfaat, pengalaman, dan hambatan sistem secara bersamaan.

Keterbatasannya adalah konsentrasi penelitian pada Iran dan beberapa populasi klinis, sampel yang relatif kecil, heterogenitas intervensi dan instrumen, dominasi laporan mandiri, tindak lanjut pendek, serta sulitnya penyamaran dalam intervensi spiritual. Penelusuran belum didukung ekspor dan deduplikasi final dari seluruh basis data sehingga angka PRISMA tidak dilaporkan. Risiko bias bahasa dan publikasi tetap ada. ASRI-PCC merupakan sintesis konseptual dan belum melalui validasi pakar, uji keterpakaian, analisis biaya, atau pengujian dampak multisenter.

Agenda penelitian

Penelitian berikutnya perlu mengadaptasi dan memvalidasi instrumen kebutuhan spiritual untuk konteks Indonesia; mengukur prevalensi distress spiritual; mengevaluasi kompetensi tenaga; menguji keterpakaian ASRI-PCC; serta menilai pengalaman pasien,

keselamatan, kecemasan, kualitas hidup, beban kerja, biaya, dan kesetaraan lintas agama. Studi multisenter dengan pembandingan yang memadai dan tindak lanjut lebih panjang dibutuhkan untuk mengidentifikasi komponen intervensi yang paling efektif dan dapat diterapkan.

KESIMPULAN

Pelayanan spiritual Islami merupakan bagian relevan dari patient-centered care bagi pasien Muslim di rumah sakit umum. Pelayanan tersebut mencakup asesmen individual, komunikasi empatik, fasilitasi ibadah, perlindungan privasi, dukungan keluarga, intervensi religius yang disetujui pasien, dokumentasi, dan rujukan interprofesional. Bukti menunjukkan potensi manfaat pada kesehatan spiritual dan beberapa luaran psikologis, tetapi kepastian dan generalisasinya masih dibatasi oleh heterogenitas, sampel kecil, tindak lanjut pendek, serta konsentrasi geografis penelitian. Karena itu, intervensi spiritual harus menjadi pelengkap, bukan pengganti pelayanan klinis berbasis bukti.

Kerangka ASRI-PCC menawarkan alur asesmen, stratifikasi, respons, dan integrasi dengan patient-centered care sebagai pagar etik. Rumah sakit disarankan memulai melalui audit lokal dan uji coba terbatas, menyediakan kebijakan inklusif dan alur rujukan, meningkatkan kompetensi staf, serta memantau indikator struktur, proses, hasil, keselamatan, dan kesetaraan. Sebelum adopsi luas, ASRI-PCC perlu divalidasi dan diuji pada berbagai tipe rumah sakit di Indonesia.

Ucapan Terima Kasih

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Semarang atas lingkungan akademik yang mendukung penyusunan kajian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulbaseer, U., Piracha, N., et al. (2025). Muslim patients' religious and spiritual resource needs in US hospitals: Findings from a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 40(2), 376–384. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-08960-y>
- Amini, K., Tahrehkhan, M., Abbas-Alamdari, Z., & Faghihzadeh, S. (2020). The effect of spiritual care on anxiety about death in patients with gastrointestinal cancer undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 36, 101117. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2020.101117>
- Babamohamadi, H., Kadkhodaei-Elyaderani, H., Ebrahimian, A., & Ghorbani, R. (2020). The effect of spiritual care based on the sound heart model on the spiritual health of patients with acute myocardial infarction. *Journal of Religion and Health*, 59, 2638–2653. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00803-w>
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., et al. (2022). Spirituality in serious illness and health. *JAMA*, 328(2), 184–197. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Durmuş, M., & Ekinci, M. (2022). The effect of spiritual care on anxiety and depression level in patients receiving hemodialysis treatment: A randomized controlled trial. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 2041–2055. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01386-4>
- Farokhzadian, J., Sabzi, A., & Farmitani, Z. (2025). A comparative study of nurses' competencies in integrating religion/spirituality into patient care. *BMC Health Services Research*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12613-z>
- Gijsberts, M. J. H. E., Liefbroer, A. I., Otten, R., & Olsman, E. (2019). Spiritual care in palliative care: A systematic review of the recent European literature. *Medical Sciences*, 7(2), 25. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., et al. (2018). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018: User guide. McGill University.

- <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/>
- Hosseini, F. A., et al. (2023). Designing and psychometric properties of the hospitalized patients' spiritual needs questionnaire in the medical-surgical hospital setting. *BMC Palliative Care*, 22. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01213-5>
- Hosseini, F. A., et al. (2025). The spiritual needs of surgical patients in Iranian hospital settings: A qualitative study. *BMC Research Notes*. <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07228-w>
- Irawati, K., et al. (2023). Religious practices and spiritual well-being of schizophrenia Muslim patients during hospitalization: A qualitative study. *Psychology Research and Behavior Management*. <https://www.dovepress.com/religious-practices-and-spiritual-well-being-of-schizophrenia-muslim-p-peer-reviewed-fulltext-article-PRBM>
- Khalili Khouzani, P., et al. (2025). Identifying the key components of providing spiritual care in the hospital: A scoping review study. *BMC Palliative Care*. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01762-x>
- Nejat, N., et al. (2023). Assessment of spiritual needs in cancer patients. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(5). https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_989_22
- 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>
- Rababa, M., Al-Sabbah, S., & Hayajneh, A. A. (2023). The use of Islamic spiritual care practices among critically ill adult patients: A systematic review. *Heliyon*, 9(3), e13862. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13862>
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review*, 61(2), 211–219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>
- Timmings, F., Caldeira, S., Murphy, M., Pujol, N., Sheaf, G., Weathers, E., et al. (2022). The role of the healthcare chaplain: A literature review. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(2), 87–107. <https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1723197>
- World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care>
- World Health Organization. (2020). Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Yousefvand, V., Torabi, M., Oshvandi, K., Kazemi, S., Khazaei, S., Khazaei, M., et al. (2023). Impact of a spiritual care program on the sleep quality and spiritual health of Muslim stroke patients: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 77, 102981. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2023.102981>