Pancasila Spectrum: Jurnal Multidisiplin
Volume:1, Nomor: 2, 2026, 57-71
Website: https://ejournal.pancapublishing.com/index.php/jurnalmultidisiplin
E-ISSN: 3124-601X
DOI: 10.67315

Memahami Pasien Secara Utuh: Dimensi Kemanusiaan Dan Spritualitas Dalam Pelayanan Kesehatan

Nur Asila Kirana[1]*, Hecha Zahrany Aulia Artini[2], Indah Ayu Putri[3], Flaura Ayu Naydilia[4]
[1,2,3,4] Poltekkes Kemenkes Palembang, Palembang, Indonesia

Corresponding Author: rananurasilakirana@gmail.com[1]*, hechazahrany@gmail.com[2], indahayuputri@gmail.com[3], flauraayunaydilia@gmail.com[4]

Info Artikel
Received: 05 Juli 2026
Revised: 11 Juli 2026
Accepted: 22 Juli 2026
Published: 27 Juli 2026

Keywords:
biopsychosocial-spiritual approach, empathy, patient-centered care, pharmaceutical care, spirituality.

Abstract

Patient-centered pharmaceutical care should not only emphasize the appropriate selection and use of medicines but also consider patients' psychological, social, and spiritual dimensions, including their personal beliefs and values. Differences in religious backgrounds, cultural values, and perceptions of health may influence communication, treatment acceptance, and relationships between patients and pharmacy professionals. This article aims to analyze the relevance of the biopsychosocial-spiritual approach to pharmaceutical care and identify the roles of empathy, therapeutic communication, and respect for patients' beliefs in supporting holistic care. This study employs a descriptive qualitative literature review, synthesizing scholarly sources on patient-centered care, spirituality and health, pharmaceutical care, and patient safety. The conceptual synthesis indicates that attention to patients' spiritual dimensions and personal values may strengthen therapeutic relationships, improve the relevance of medication counseling, and support more participatory decision-making. Its implementation requires empathetic communication, respect for patient autonomy, confidentiality, and a commitment to medication safety and appropriate treatment. Therefore, integrating the biopsychosocial-spiritual perspective may enrich pharmaceutical care by promoting a more humane, ethical, and patient-oriented approach that responds to patients' individual needs.

Kata Kunci:
biopsikososial-spiritual, empati, pelayanan kefarmasian, pelayanan berpusat pada pasien, spiritualitas.

Abstrak

Pelayanan kefarmasian yang berpusat pada pasien tidak hanya menekankan ketepatan pemilihan dan penggunaan obat, tetapi juga perlu memperhatikan dimensi psikologis, sosial, spiritual, serta keyakinan pasien. Perbedaan latar belakang agama, nilai budaya, dan pandangan mengenai kesehatan dapat memengaruhi komunikasi, penerimaan terapi, dan hubungan antara pasien dengan tenaga farmasi. Artikel ini bertujuan menganalisis relevansi pendekatan biopsikososial-spiritual dalam pelayanan kefarmasian serta mengidentifikasi peran empati, komunikasi terapeutik, dan penghormatan terhadap keyakinan pasien dalam mendukung pelayanan yang holistik. Penelitian menggunakan metode kajian literatur dengan pendekatan deskriptif-kualitatif melalui analisis sumber ilmiah mengenai pelayanan berpusat pada pasien, spiritualitas dan kesehatan, pharmaceutical care, serta

keselamatan pasien. Hasil sintesis menunjukkan bahwa perhatian terhadap dimensi spiritual dan nilai personal pasien dapat memperkuat hubungan terapeutik, meningkatkan relevansi edukasi penggunaan obat, dan mendukung pengambilan keputusan yang lebih partisipatif. Implementasinya memerlukan komunikasi yang empatik, penghormatan terhadap otonomi pasien, perlindungan kerahasiaan, serta komitmen terhadap keselamatan dan ketepatan terapi. Dengan demikian, integrasi dimensi biopsikososial-spiritual berpotensi memperkaya praktik pelayanan kefarmasian yang manusiawi, etis, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License.

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan aspek fundamental dalam kehidupan manusia karena memengaruhi kemampuan seseorang untuk menjalankan aktivitas, membangun hubungan sosial, memenuhi tanggung jawab, dan mencapai kesejahteraan. Pengalaman sakit tidak selalu terbatas pada gangguan fungsi tubuh, tetapi dapat memengaruhi kondisi psikologis, hubungan dengan keluarga, kehidupan sosial, serta cara seseorang memaknai kehidupannya. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan perlu memandang pasien sebagai manusia yang memiliki kebutuhan kompleks, bukan semata-mata sebagai individu yang mengalami gangguan biologis. World Health Organization (WHO, 1948) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sejahtera secara fisik, mental, dan sosial, bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan. Definisi tersebut memberikan landasan bagi pemahaman kesehatan yang lebih luas, meskipun penerapannya dalam praktik memerlukan pendekatan yang mempertimbangkan kondisi dan kebutuhan setiap individu.

Pemahaman mengenai manusia secara menyeluruh juga berkembang dalam pemikiran kedokteran modern. Engel (1977) mengemukakan model biopsikososial sebagai kritik terhadap pendekatan biomedis yang cenderung menempatkan proses biologis sebagai pusat penjelasan penyakit. Menurut model tersebut, pengalaman sakit dan proses perawatan perlu dipahami melalui keterkaitan faktor biologis, psikologis, dan sosial. Kondisi fisik pasien, misalnya, dapat berinteraksi dengan kecemasan, dukungan keluarga, lingkungan, serta kemampuan menghadapi tekanan. Sulmasy (2002) kemudian mengembangkan model biopsikososial-spiritual, khususnya dalam perawatan pada akhir kehidupan, dengan memasukkan dimensi spiritual sebagai aspek yang dapat memengaruhi pengalaman manusia ketika menghadapi penyakit serius. Perspektif ini memperluas pemahaman tentang kebutuhan pasien tanpa mengharuskan setiap pasien memiliki kebutuhan

spiritual yang sama.

Dimensi spiritual menjadi penting untuk dikaji karena bagi sebagian orang, keyakinan kepada Tuhan, praktik keagamaan, dan pencarian makna hidup merupakan bagian dari cara menghadapi kesulitan. Ketika mengalami sakit, seseorang dapat mempertanyakan makna penderitaan, mengalami kecemasan terhadap masa depan, atau mencari ketenangan melalui doa dan dukungan komunitas keagamaan. Koenig (2012) mengulas penelitian mengenai hubungan agama, spiritualitas, kesehatan mental, dan kesehatan fisik serta menunjukkan bahwa sejumlah aspek religiositas dan spiritualitas berkaitan dengan kesejahteraan maupun cara individu menghadapi tekanan. Namun, hubungan tersebut tidak bersifat seragam dan tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan bahwa spiritualitas selalu menghasilkan kondisi kesehatan yang lebih baik. Dein et al. (2012) juga menekankan perlunya metodologi penelitian yang lebih cermat serta perhatian terhadap perbedaan budaya dan tradisi dalam mengkaji hubungan agama, spiritualitas, dan kesehatan mental. Dengan demikian, spiritualitas perlu dipahami sebagai salah satu dimensi pengalaman manusia yang relevan bagi sebagian pasien, bukan sebagai penjelasan tunggal atas penyakit atau kesembuhan.

Dalam praktik pelayanan kesehatan, perhatian terhadap spiritualitas perlu ditempatkan dalam kerangka penghormatan terhadap pasien. Pasien memiliki latar belakang budaya, keyakinan, pengalaman, dan preferensi yang beragam. Sebagian pasien mungkin menganggap doa atau pendampingan rohani sebagai sumber dukungan penting, sedangkan pasien lain mungkin tidak menghendaki keterlibatan aspek keagamaan dalam perawatannya. Puchalski et al. (2014) menegaskan pentingnya mengintegrasikan dimensi spiritual ke dalam perawatan yang berorientasi pada manusia secara utuh, dengan tetap memperhatikan kebutuhan dan pilihan pasien. Peteet dan Balboni (2013), dalam kajian mengenai spiritualitas dan agama dalam pelayanan onkologi, juga menjelaskan bahwa keyakinan spiritual dapat berkaitan dengan cara pasien memahami penyakit serta mempertimbangkan keputusan perawatan. Implikasinya, tenaga kesehatan perlu membuka ruang bagi pasien untuk menyampaikan kebutuhan spiritual apabila relevan, tanpa memaksakan keyakinan pribadi atau menganggap semua pasien membutuhkan pendekatan yang sama.

Perhatian terhadap kebutuhan spiritual juga harus dibedakan dari klaim bahwa praktik keagamaan secara langsung menyembuhkan penyakit. Balboni et al. (2007) meneliti religiositas dan dukungan spiritual pada pasien kanker stadium lanjut serta hubungannya dengan preferensi perawatan menjelang akhir kehidupan dan kualitas hidup. Penelitian tersebut menunjukkan pentingnya mempertimbangkan pengalaman spiritual dalam memahami kebutuhan pasien, tetapi

tidak dapat dijadikan dasar untuk menyatakan bahwa spiritualitas menggantikan terapi medis. Dalam penelitian berikutnya, Balboni et al. (2010) mengkaji hubungan dukungan spiritual yang diberikan dalam pelayanan kesehatan dengan perawatan medis dan kualitas hidup pasien kanker stadium lanjut. Temuan dari penelitian semacam ini mendukung pentingnya memperhatikan kebutuhan spiritual secara profesional, sekaligus menunjukkan bahwa interpretasi hasil perlu mempertimbangkan karakteristik pasien dan konteks klinis. Pelayanan yang bertanggung jawab tetap harus didasarkan pada pemeriksaan, diagnosis, bukti ilmiah, keselamatan pasien, dan keputusan klinis sesuai standar profesi.

Pandangan tersebut sejalan dengan pendekatan pelayanan yang berpusat pada pasien. Mead dan Bower (2000) menjelaskan bahwa konsep *patient-centredness* mencakup perspektif biopsikososial, pemahaman pasien sebagai pribadi, pembagian tanggung jawab dalam pengambilan keputusan, hubungan terapeutik, dan peran tenaga kesehatan dalam interaksi pelayanan. Pendekatan ini menggeser perhatian dari penyakit semata menuju pengalaman pasien sebagai manusia yang memiliki preferensi, nilai, dan kebutuhan tertentu. WHO (2016) juga mendorong pengembangan pelayanan kesehatan terpadu yang berpusat pada individu dan masyarakat, bukan hanya pada penyakit atau institusi penyedia layanan. Dalam kerangka tersebut, komunikasi yang jelas, penghormatan terhadap pilihan pasien, serta keterlibatan pasien dalam keputusan yang berkaitan dengan kesehatannya menjadi bagian penting dari pelayanan bermutu.

Perspektif holistik tersebut memiliki relevansi khusus dalam pelayanan kefarmasian. Tenaga kefarmasian tidak hanya berhubungan dengan obat sebagai produk, tetapi juga dengan individu yang menggunakan obat untuk mengatasi atau mengendalikan kondisi kesehatannya. Pasien mungkin menghadapi kesulitan memahami aturan pakai, kekhawatiran terhadap efek samping, keterbatasan ekonomi, atau pertanyaan mengenai kesesuaian penggunaan obat dengan kebiasaan dan praktik keagamaannya. Dalam keadaan demikian, pelayanan yang hanya menyampaikan instruksi secara satu arah berisiko tidak sepenuhnya menjawab kebutuhan pasien. Komunikasi yang empatik dan informatif dapat membantu tenaga kefarmasian mengenali persoalan yang perlu dijelaskan lebih lanjut atau dikoordinasikan dengan apoteker dan tenaga kesehatan lain. Pada saat yang sama, penghormatan terhadap keyakinan pasien tidak boleh menyebabkan informasi mengenai manfaat, risiko, dan penggunaan obat menjadi tidak akurat.

Meskipun pendekatan holistik telah dibahas dalam literatur kesehatan, penerapannya menghadapi tantangan praktis. Keterbatasan waktu, beban pelayanan, perbedaan budaya, dan

kurangnya pemahaman mengenai batas profesional dapat menghambat perhatian terhadap kebutuhan psikologis, sosial, maupun spiritual pasien. Selain itu, tenaga kesehatan perlu menghindari pemaksaan keyakinan, penilaian moral terhadap pasien, dan pemberian janji kesembuhan yang tidak didukung bukti ilmiah. Kebutuhan spiritual yang kompleks juga tidak selalu dapat ditangani sendiri oleh tenaga kesehatan; dalam situasi tertentu, dukungan dari tenaga profesional lain atau pendamping rohani yang dipilih pasien mungkin lebih sesuai. Karena itu, pendekatan holistik memerlukan komunikasi yang menghormati otonomi, kerja sama antarprofesi, dan kesadaran terhadap batas kewenangan masing-masing.

Berdasarkan uraian tersebut, kajian mengenai manusia sebagai pribadi yang utuh penting untuk memperjelas hubungan antara dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dalam pengalaman sakit serta proses penyembuhan. Artikel ini bertujuan menganalisis konsep manusia secara holistik, menjelaskan peran spiritualitas dalam menghadapi penyakit tanpa mengabaikan keterbatasan bukti ilmiah, dan menguraikan implikasinya bagi pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kefarmasian. Melalui studi literatur dengan pendekatan deskriptif dan filosofis, artikel ini diharapkan dapat memberikan kerangka pemikiran bagi tenaga kesehatan untuk memadukan kompetensi ilmiah, tanggung jawab etis, komunikasi yang empatik, dan penghormatan terhadap keyakinan pasien. Dengan demikian, pelayanan kesehatan dapat diarahkan tidak hanya untuk menangani penyakit, tetapi juga untuk memperhatikan manusia yang mengalami penyakit tersebut secara proporsional, aman, dan bermartabat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif melalui metode studi kepustakaan (*literature review*) dengan analisis deskriptif-filosofis. Metode ini dipilih karena kajian berfokus pada penelaahan konsep manusia sebagai pribadi yang utuh, hubungan spiritualitas dengan pengalaman sakit dan penyembuhan, serta implikasinya bagi pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kefarmasian. Studi kepustakaan memungkinkan peneliti mengidentifikasi dan menghubungkan gagasan teoretis dari berbagai sumber untuk membangun pemahaman konseptual terhadap suatu permasalahan (Snyder, 2019).

Sumber data meliputi artikel ilmiah, buku akademik, dan dokumen resmi yang relevan dengan model biopsikososial, spiritualitas dan kesehatan, perawatan berpusat pada pasien, serta pelayanan kesehatan holistik. Literatur utama mencakup pemikiran Engel (1977) mengenai model

biopsikososial, kajian Koenig (2012) tentang hubungan agama, spiritualitas, dan kesehatan, serta kerangka perawatan manusia secara utuh yang dikembangkan Puchalski et al. (2014). Dokumen World Health Organization (WHO, 1948) digunakan sebagai landasan konseptual untuk memahami kesehatan secara luas, sedangkan literatur mengenai pelayanan berpusat pada pasien digunakan untuk menjelaskan relevansi pendekatan holistik dalam praktik kesehatan.

Pengumpulan data dilakukan melalui penelusuran, pemilihan, dan dokumentasi literatur berdasarkan kesesuaian topik, kredibilitas sumber, serta kontribusinya terhadap tujuan kajian. Analisis dilakukan melalui empat tahapan, yaitu identifikasi gagasan utama, pengelompokan informasi berdasarkan tema, perbandingan antarsumber, dan sintesis deskriptif-filosofis. Tema analisis meliputi manusia sebagai pribadi multidimensional, spiritualitas dalam pengalaman sakit, makna penyembuhan, hubungan spiritualitas dengan pelayanan profesional, penerapan pendekatan holistik dalam pelayanan kefarmasian, serta tantangan penerapannya. Interpretasi dilakukan dengan mempertimbangkan bahwa spiritualitas dapat menjadi sumber dukungan bagi sebagian pasien, tetapi tidak menggantikan pengobatan berbasis bukti ilmiah. Penelitian ini tidak melibatkan pengumpulan data primer sehingga hasilnya berupa sintesis konseptual, bukan generalisasi empiris mengenai pengalaman seluruh pasien atau tenaga kesehatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Hasil kajian literatur menunjukkan bahwa manusia perlu dipahami sebagai pribadi yang memiliki dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang saling berkaitan. Dimensi biologis berhubungan dengan kondisi fisik dan fungsi tubuh, sedangkan dimensi psikologis mencakup pikiran, perasaan, dan kemampuan menghadapi tekanan. Dimensi sosial berkaitan dengan hubungan keluarga serta lingkungan masyarakat, sementara dimensi spiritual berhubungan dengan keyakinan, nilai kehidupan, harapan, dan pencarian makna. Temuan konseptual ini sejalan dengan model biopsikososial Engel (1977), yang menegaskan bahwa pemahaman mengenai penyakit tidak cukup apabila hanya berfokus pada proses biologis. Dengan demikian, pengalaman sakit dapat melibatkan persoalan fisik sekaligus kekhawatiran emosional, perubahan hubungan sosial, dan pertanyaan mengenai makna kehidupan.

Kajian juga menunjukkan bahwa spiritualitas dapat menjadi sumber dukungan bagi sebagian pasien ketika menghadapi penyakit. Bagi individu yang menganggap agama atau keyakinan sebagai bagian penting kehidupannya, doa, ibadah sesuai kemampuan, dukungan keluarga, dan komunitas

keagamaan dapat membantu menghadapi ketidakpastian selama pengobatan. Koenig (2012) mengulas penelitian tentang hubungan agama, spiritualitas, dan kesehatan serta menunjukkan bahwa hubungan tersebut dapat berkaitan dengan kesejahteraan dan cara individu menghadapi tekanan. Namun, pengaruh spiritualitas tidak bersifat seragam pada semua pasien. Karena itu, kebutuhan spiritual perlu dipahami berdasarkan pengalaman dan pilihan masing-masing individu, bukan diasumsikan secara otomatis oleh tenaga kesehatan. Spiritualitas juga tidak dapat diposisikan sebagai jaminan kesembuhan atau pengganti pemeriksaan dan terapi medis.

Hasil kajian berikutnya memperlihatkan bahwa makna penyembuhan lebih luas daripada hilangnya gejala atau pulihnya fungsi tubuh. Penyembuhan juga dapat mencakup kemampuan pasien beradaptasi dengan kondisi kesehatan, memperoleh dukungan emosional, memahami pilihan perawatan, dan mempertahankan kualitas hidup. Puchalski et al. (2014) menempatkan dimensi spiritual sebagai bagian dari pendekatan perawatan yang berorientasi pada manusia secara menyeluruh. Dalam kerangka ini, mutu pelayanan tidak hanya ditentukan oleh tindakan klinis, tetapi juga oleh cara pasien diperlakukan selama proses perawatan. Pasien perlu memperoleh informasi yang dapat dipahami, kesempatan menyampaikan kekhawatiran, serta penghormatan terhadap martabat dan preferensinya. Meskipun demikian, perhatian terhadap dimensi spiritual tetap perlu berjalan bersama penggunaan bukti ilmiah, pertimbangan klinis, keselamatan pasien, dan etika profesi.

Dalam konteks pelayanan kesehatan, hasil kajian menunjukkan bahwa pendekatan holistik membutuhkan komunikasi yang berpusat pada pasien dan kerja sama antarprofesi. Tenaga kesehatan perlu mengidentifikasi kebutuhan yang relevan dengan perawatan tanpa memaksakan keyakinan pribadi. Apabila pasien mengungkapkan kebutuhan spiritual, tenaga kesehatan dapat memberikan ruang bagi kebutuhan tersebut selama tidak mengganggu tindakan klinis atau keselamatan pasien. Sebaliknya, apabila persoalan yang muncul berada di luar kompetensi atau kewenangan tenaga kesehatan, koordinasi atau rujukan kepada pihak yang sesuai menjadi bagian dari pelayanan yang bertanggung jawab.

Pada pelayanan kefarmasian, prinsip tersebut dapat diwujudkan melalui pemberian informasi obat yang jelas mengenai aturan pakai, manfaat, risiko, dan hal-hal yang perlu diperhatikan selama terapi. Tenaga kefarmasian juga perlu mendengarkan pertanyaan pasien, membantu mengklarifikasi informasi yang belum dipahami, serta memperhatikan kebutuhan yang mungkin memengaruhi penggunaan obat. Sebagai contoh, ketika pasien mengajukan pertanyaan mengenai penggunaan obat

selama menjalankan ibadah, informasi perlu diberikan berdasarkan aspek farmakologis dan keselamatan terapi, dengan melibatkan apoteker atau tenaga kesehatan terkait apabila diperlukan. Penghormatan terhadap keyakinan pasien tidak boleh mengurangi akses terhadap pengobatan yang dibutuhkan atau mendorong penghentian terapi tanpa konsultasi profesional.

Secara keseluruhan, hasil sintesis menunjukkan bahwa penerapan pendekatan holistik menghadapi tantangan berupa keterbatasan waktu pelayanan, keragaman budaya dan keyakinan, serta risiko tercampurnya pandangan pribadi dengan keputusan profesional. Oleh karena itu, pendekatan ini memerlukan komunikasi empatik, pemahaman etika, penghormatan terhadap otonomi pasien, dan kolaborasi antarprofesi. Karena kajian ini didasarkan pada literatur, hasilnya merupakan sintesis konseptual dan bukan bukti empiris mengenai efektivitas intervensi tertentu. Temuan ini memberikan landasan untuk memahami pentingnya pelayanan yang memperhatikan kebutuhan pasien secara menyeluruh tanpa mengabaikan standar ilmiah dan keselamatan.

Pembahasan

Hasil kajian memperlihatkan bahwa pemahaman terhadap manusia sebagai pribadi yang utuh merupakan landasan penting bagi pengembangan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pasien. Perspektif ini menghindari reduksi manusia menjadi sekadar tubuh biologis yang mengalami gangguan fungsi organ. Engel (1977) melalui model biopsikososial menegaskan pentingnya memahami penyakit dengan mempertimbangkan hubungan antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Model tersebut tetap relevan dalam pelayanan kesehatan kontemporer karena pengalaman sakit tidak hanya ditentukan oleh proses patofisiologis, tetapi juga oleh cara pasien memahami kondisi dirinya, dukungan lingkungan, serta kemampuannya menghadapi perubahan kehidupan. Lugg (2022) menjelaskan bahwa model biopsikososial masih memiliki kegunaan dalam praktik kesehatan, meskipun penerapannya memerlukan pemahaman yang lebih mendalam daripada sekadar mencatat tiga kategori faktor tersebut.

Dimensi spiritual memperluas pembahasan mengenai kebutuhan manusia, terutama ketika penyakit memunculkan pertanyaan tentang harapan, tujuan hidup, penderitaan, dan kematian. Sulmasy (2002) mengemukakan model biopsikososial-spiritual untuk menempatkan dimensi spiritual sebagai bagian dari pemahaman terhadap pasien, khususnya dalam perawatan menjelang akhir kehidupan. Perspektif ini sejalan dengan Puchalski et al. (2014), yang menekankan pentingnya dimensi spiritual dalam pendekatan *whole-person care*. Akan tetapi, spiritualitas tidak boleh dipahami sebagai karakteristik yang selalu memiliki bentuk seragam. Håkansson Eklund et al. (2019)

menunjukkan bahwa pelayanan yang berpusat pada pasien berkaitan erat dengan pengakuan terhadap pengalaman individual, preferensi, dan kebutuhan pasien. Oleh sebab itu, pemahaman holistik perlu diterapkan secara kontekstual, bukan sebagai kewajiban untuk memberikan intervensi spiritual kepada setiap pasien.

Hubungan spiritualitas dan kesehatan perlu dipahami secara proporsional. Koenig (2012) mengulas penelitian mengenai agama, spiritualitas, dan kesehatan yang memperlihatkan adanya hubungan antara aspek tersebut dengan sejumlah dimensi kesejahteraan. Büssing et al. (2014) juga membahas spiritualitas sebagai bidang kajian yang berkaitan dengan pengalaman manusia dan kesehatan. Meskipun demikian, hubungan antara spiritualitas dan kesehatan tidak dapat disederhanakan menjadi pernyataan bahwa seseorang akan lebih cepat sembuh apabila memiliki keyakinan agama tertentu. Hasil penelitian dalam bidang ini dapat berbeda berdasarkan definisi spiritualitas, karakteristik populasi, kondisi kesehatan, serta metode penelitian yang digunakan.

Dalam praktik klinis, spiritualitas dapat berfungsi sebagai sumber harapan, makna, dan dukungan bagi pasien yang menganggapnya penting. Puchalski (2013) menempatkan perhatian terhadap spiritualitas sebagai salah satu unsur perawatan yang berpusat pada manusia. Sementara itu, Peteet dan Balboni (2013) membahas relevansi agama dan spiritualitas dalam perawatan pasien onkologi, termasuk perlunya memahami kebutuhan spiritual dalam konteks penyakit serius. Temuan Balboni et al. (2007) mengenai dukungan religius dan spiritual pada pasien kanker stadium lanjut juga menunjukkan bahwa aspek tersebut relevan untuk dipertimbangkan dalam memahami preferensi perawatan dan kualitas hidup. Namun, temuan pada populasi tertentu tidak dapat langsung digeneralisasikan kepada semua pasien atau semua jenis penyakit.

Makna penyembuhan karena itu perlu dibedakan dari kesembuhan biologis. Kesembuhan berkaitan dengan pemulihan kondisi atau fungsi kesehatan, sedangkan penyembuhan dalam pengertian yang lebih luas dapat mencakup proses adaptasi, pemulihan rasa bermakna, dan kemampuan menjalani kehidupan dengan dukungan yang memadai. Cassell (2004) membahas penderitaan sebagai persoalan penting dalam praktik kedokteran yang tidak selalu dapat dijelaskan hanya melalui keberadaan penyakit. Charon (2006), melalui pendekatan *narrative medicine*, menekankan pentingnya mendengarkan cerita pasien untuk memahami pengalaman sakit secara lebih manusiawi. Perspektif ini membantu menjelaskan mengapa komunikasi empatik, pengakuan terhadap kekhawatiran, dan kesempatan bagi pasien untuk menyampaikan pengalamannya menjadi bagian bermakna dari pelayanan kesehatan.

Meskipun demikian, penghormatan terhadap spiritualitas tidak boleh menggantikan diagnosis, pengobatan, atau intervensi klinis yang dibutuhkan. Balboni et al. (2010) mengkaji hubungan antara pemberian dukungan spiritual dan sejumlah aspek pelayanan pada pasien kanker stadium lanjut. Temuan semacam ini mendukung pentingnya memperhatikan kebutuhan spiritual, tetapi tidak dengan sendirinya membuktikan bahwa intervensi spiritual merupakan pengganti terapi medis atau penyebab tunggal hasil klinis tertentu. Integrasi spiritualitas perlu dilakukan sebagai bagian dari pelayanan yang bertanggung jawab, dengan tetap mempertimbangkan bukti ilmiah, kondisi klinis, dan preferensi pasien.

Pendekatan holistik menuntut keseimbangan antara penghormatan terhadap nilai pribadi pasien dan tanggung jawab profesional tenaga kesehatan. Mead dan Bower (2000) menguraikan kerangka konseptual pelayanan yang berpusat pada pasien, termasuk perhatian terhadap perspektif pasien dan hubungan terapeutik. Epstein dan Street (2011) juga menekankan peran komunikasi dalam pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien. Dalam kerangka tersebut, kebutuhan spiritual dapat ditanyakan atau dibicarakan ketika relevan dan dengan cara yang menghormati pilihan pasien. Tenaga kesehatan tidak seharusnya mengasumsikan bahwa semua pasien menghendaki dukungan agama, sebab sebagian pasien mungkin memiliki keyakinan berbeda atau tidak ingin membicarakan aspek spiritual selama perawatan.

Balboni et al. (2013) membahas beberapa model hubungan antara kedokteran, spiritualitas, dan agama, termasuk pendekatan yang menekankan kerja sama antara tenaga kesehatan dan pendamping spiritual. Pendekatan kolaboratif ini penting karena tenaga kesehatan memiliki batas kompetensi dan kewenangan. Peran tenaga kesehatan bukan menentukan kebenaran keyakinan pasien, melainkan memastikan bahwa kebutuhan yang relevan dapat disampaikan dan ditangani secara tepat. Apabila pasien menginginkan dukungan dari pemuka agama atau pendamping spiritual, kebutuhan tersebut dapat difasilitasi sesuai kebijakan fasilitas pelayanan dan kondisi klinis. Pada saat yang sama, keputusan medis harus tetap didasarkan pada pertimbangan profesional, persetujuan pasien, serta keselamatan perawatan.

Pentingnya pendekatan tersebut juga dapat dipahami melalui prinsip pelayanan yang terintegrasi dan berpusat pada manusia. World Health Organization (2016) mendorong pengembangan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berorientasi pada kebutuhan individu. Institute of Medicine (2001) menempatkan pelayanan yang berpusat pada pasien sebagai salah satu unsur penting dalam peningkatan mutu sistem kesehatan. Sementara itu, Beach et al. (2006)

membahas hubungan antara pelayanan yang berpusat pada pasien dan kesetaraan dalam hubungan klinis. Dengan demikian, penghormatan terhadap spiritualitas sebaiknya tidak menjadi perlakuan istimewa yang hanya tersedia bagi kelompok tertentu, tetapi menjadi bagian dari penghormatan yang setara terhadap martabat dan pilihan setiap pasien.

Dalam pelayanan kefarmasian, pendekatan holistik dapat diterjemahkan ke dalam praktik yang konkret, terutama melalui edukasi obat, komunikasi empatik, dan perhatian terhadap kondisi individual pasien. Hepler dan Strand (1990) memperkenalkan konsep *pharmaceutical care* yang menempatkan tanggung jawab terhadap hasil terapi obat sebagai bagian penting dari praktik kefarmasian. Cipolle et al. (2012) selanjutnya membahas pendekatan sistematis dalam pelayanan kefarmasian yang berorientasi pada kebutuhan pasien dan identifikasi masalah terkait obat. Landasan ini menunjukkan bahwa pelayanan kefarmasian tidak cukup berhenti pada penyerahan produk obat, tetapi juga mencakup dukungan agar obat digunakan secara tepat dan aman sesuai kebutuhan pasien.

World Health Organization (2003) menyoroti pentingnya kepatuhan terhadap terapi jangka panjang sebagai persoalan yang melibatkan faktor pasien, kondisi penyakit, pengobatan, sistem pelayanan, dan lingkungan sosial. Dalam konteks ini, komunikasi yang jelas dapat membantu pasien memahami manfaat, aturan pakai, risiko, dan hal-hal yang perlu diperhatikan selama terapi. Ketika pasien mengungkapkan kekhawatiran yang berkaitan dengan keyakinan atau praktik ibadah, tenaga kefarmasian perlu mendengarkan secara terbuka dan memberikan informasi sesuai kompetensinya. Jika pertanyaan membutuhkan penilaian klinis lebih lanjut, koordinasi dengan apoteker atau tenaga kesehatan lain diperlukan agar keputusan yang diambil tidak membahayakan pasien.

Perhatian terhadap kebutuhan pasien juga harus berjalan seiring dengan keselamatan penggunaan obat. World Health Organization (2017) melalui tantangan keselamatan pasien *Medication Without Harm* menekankan perlunya mengurangi bahaya yang dapat dicegah akibat penggunaan obat. Oleh karena itu, penghormatan terhadap pilihan spiritual tidak boleh diterjemahkan sebagai pembenaran untuk menghentikan, mengubah dosis, atau mengganti obat tanpa konsultasi profesional. Tenaga kefarmasian perlu menjelaskan pilihan yang tersedia berdasarkan bukti ilmiah dan ketentuan profesi, serta membantu pasien mendiskusikan persoalannya dengan pihak yang berwenang. Dengan cara ini, pelayanan dapat tetap peka terhadap nilai pasien tanpa mengorbankan keselamatan terapi.

Penerapan pelayanan holistik menghadapi sejumlah tantangan, antara lain keterbatasan waktu, perbedaan budaya, variasi kebutuhan spiritual, dan batas kewenangan profesi. Dein et al.

(2012) membahas sejumlah kontroversi dan arah pengembangan kajian agama, spiritualitas, dan kesehatan mental, yang menunjukkan perlunya kehati-hatian dalam menafsirkan hubungan antarkonstruk tersebut. Puchalski et al. (2014) menekankan perlunya pendekatan yang terkoordinasi dalam perawatan menyeluruh, sedangkan Epstein dan Street (2011) memperlihatkan pentingnya komunikasi dalam memahami perspektif pasien. Kedua gagasan ini mendukung pengembangan kompetensi komunikasi dan etika, bukan pemaksaan praktik spiritual kepada pasien.

Keterbatasan lain terletak pada sifat penelitian ini yang berbasis studi literatur. Sintesis yang disusun memberikan landasan konseptual untuk memahami hubungan manusia, spiritualitas, dan penyembuhan, tetapi tidak mengukur secara langsung pengaruh pendekatan holistik terhadap kepatuhan minum obat, kepuasan pasien, atau hasil klinis. Penelitian berikutnya dapat menguji penerapan komunikasi yang sensitif terhadap kebutuhan spiritual dalam pelayanan kefarmasian, dengan memperhatikan persetujuan pasien, keragaman latar belakang, indikator keselamatan, dan batas kompetensi tenaga kesehatan. Dengan demikian, pendekatan holistik dapat dikembangkan secara lebih terukur dan bertanggung jawab, sekaligus menjaga keseimbangan antara penghormatan terhadap pribadi manusia, etika pelayanan, dan penggunaan ilmu pengetahuan berbasis bukti.

SIMPULAN

Manusia merupakan pribadi yang utuh dengan dimensi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual yang saling berkaitan dalam pengalaman sakit dan proses penyembuhan. Berdasarkan kajian literatur, pendekatan yang hanya berfokus pada gangguan biologis belum sepenuhnya menggambarkan kompleksitas kebutuhan pasien. Kondisi psikologis, dukungan sosial, nilai kehidupan, serta keyakinan spiritual dapat turut memengaruhi cara seseorang memahami penyakit dan menjalani proses perawatan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan perlu menempatkan pasien sebagai manusia yang memiliki martabat, pengalaman, kebutuhan, dan preferensi yang beragam.

Spiritualitas dapat menjadi sumber harapan, ketenangan, dan makna bagi pasien yang menganggapnya penting dalam kehidupan. Namun, peran tersebut perlu dipahami secara proporsional karena pengalaman spiritual setiap individu berbeda dan tidak secara otomatis menjamin kesembuhan. Dukungan spiritual hendaknya melengkapi pelayanan medis, bukan menggantikan pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, maupun intervensi profesional yang didasarkan pada bukti ilmiah. Integrasi dimensi spiritual juga harus menghormati kebebasan pasien, tidak memaksakan keyakinan tertentu, serta tetap berpedoman pada etika profesi dan keselamatan pasien.

Dalam pelayanan kefarmasian, pendekatan holistik dapat diwujudkan melalui pemberian

informasi obat yang jelas, komunikasi empatik, perhatian terhadap kekhawatiran pasien, serta koordinasi dengan tenaga kesehatan lain apabila diperlukan. Praktik tersebut membantu memastikan bahwa kebutuhan individual pasien diperhatikan tanpa mengabaikan ketepatan dan keamanan terapi. Dengan demikian, kualitas pelayanan tidak hanya berkaitan dengan ketepatan tindakan klinis, tetapi juga dengan penghormatan terhadap martabat manusia dan keterlibatan pasien dalam proses perawatan.

Kajian ini memiliki keterbatasan karena menggunakan studi literatur dan tidak melibatkan pengumpulan data empiris secara langsung. Oleh sebab itu, kesimpulan yang dihasilkan bersifat konseptual dan belum dapat digunakan untuk memastikan pengaruh pendekatan holistik terhadap hasil klinis tertentu. Penelitian selanjutnya perlu menguji penerapan pendekatan ini dalam praktik pelayanan kesehatan, khususnya kefarmasian, dengan memperhatikan pengalaman pasien, keselamatan penggunaan obat, kualitas komunikasi, dan batas kewenangan profesional. Upaya tersebut diharapkan dapat memperkuat pengembangan pelayanan kesehatan yang ilmiah, manusiawi, etis, dan berorientasi pada kebutuhan pasien secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

Balboni, M. J., Puchalski, C. M., & Peteet, J. R. (2014). The relationship between medicine, spirituality and religion: Three models for integration. *Journal of Religion and Health, 53*(5), 1586–1598. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9901-8

Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (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. https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005

Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology, 25*(5), 555–560. https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046

Beach, M. C., Saha, S., & Cooper, L. A. (2006). *The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality*. The Commonwealth Fund.

Büssing, A., Baumann, K., Hvidt, N. C., Koenig, H. G., Puchalski, C. M., & Swinton, J. (2014). Spirituality and health. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2014*, Article 682817. https://doi.org/10.1155/2014/682817

Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2nd ed.). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195156164.001.0001

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780195166729.001.0001

Cipolle, R. J., Strand, L. M., & Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical care practice: The patient-centered approach to medication management services* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Dein, S., Cook, C. C. H., & Koenig, H. (2012). Religion, spirituality and mental health: Current controversies and future directions. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 200*(10), 852–855. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31826b6d1e

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2011). *The values and value of patient-centered care*. *Annals of Family Medicine, 9*(2), 100–103. https://doi.org/10.1370/afm.1239

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skogsås, E., Höglander, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling, 102*(1), 3–11. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029

Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy, 47*(3), 533–543. https://doi.org/10.1093/ajhp/47.3.533

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10027

Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry, 2012*, Article 278730. https://doi.org/10.5402/2012/278730

Lugg, W. (2022). The biopsychosocial model: History, controversy and Engel. *Australasian Psychiatry, 30*(1), 55–59. https://doi.org/10.1177/10398562211037333

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine, 51*(7), 1087–1110. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8

Peteet, J. R., & Balboni, M. J. (2013). Spirituality and religion in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 63*(4), 280–289. https://doi.org/10.3322/caac.21187

Puchalski, C. M. (2013). Integrating spirituality into patient care: An essential element of person-centered care. *Polish Archives of Internal Medicine, 123*(9), 491–497.

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

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research, 104*, 333–339. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039

Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist, 42*(Suppl. 3), 24–33. https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24

World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. https://www.who.int/about/governance/constitution/

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. https://iris.who.int/handle/10665/42682

World Health Organization. (2016, May 28). *World Health Assembly adopts framework on integrated people-centred health services*. https://www.who.int/news/item/28-05-2016-world-health-assembly-adopts-framework-on-integrated-people-centred-health-services

World Health Organization. (2017). *Medication without harm: WHO global patient safety challenge*. https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm