

## ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PADA KLIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT BHAYANGKARA TK I RADEN SAID SUKANTO

Erlin Ifadah<sup>1</sup>, Agustina Randungan<sup>2</sup> dan Boys Rusinar<sup>3</sup>

1) Dosen Program Studi Keperawatan

2) Mahasiswa Program Studi Keperawatan

Ilmu Keperawatan Universitas Respati Indonesia, Kampus FIKes URINDO,

Jl. Bambu Apus I No.3 Cipayung, Jakarta Timur – 13890

E-mail: [urindo@indo.net.id](mailto:urindo@indo.net.id)

### Abstrak

Gagal jantung adalah kerusakan pompa jantung yang dimanifestasikan dengan pernafasan yang cepat, sesak pada saat beraktivitas, *paroxysmal nocturnal dyspnea*, *orthopnea* dan adanya edema perifer atau edema paru. Hal ini menyebabkan tingginya mortalitas dan morbiditas serta seringnya klien gagal jantung berulang kali keluar masuk rumah sakit. Pemenuhan kebutuhan pada klien gagal jantung bukan hanya berorientasi pada pemenuhan kebutuhan fisik atau psikologik, tetapi juga pemenuhan kebutuhan spiritualnya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung di rawat inap yang meliputi faktor fungsi keluarga, kegiatan keagamaan, derajat gagal jantung, kecemasan dan depresi. Desain penelitian Cross Sectional dengan uji statistik Chi Square dilakukan untuk melihat hubungan tersebut. Pemodelan regresi logistik ganda digunakan untuk menentukan faktor yang paling berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara fungsi keluarga (OR=5,700 dan nilai  $p=0,001$ ), kegiatan keagamaan (OR=5,750 dan nilai  $p=0,001$ ), derajat gagal jantung (OR 4,167 dan nilai  $p=0,016$ ) dan depresi (OR=3,692 dan nilai  $p=0,011$ ) dengan pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung. Fungsi keluarga merupakan faktor dominan yang paling berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual (OR=0,229). Hasil penelitian menunjukkan fungsi keluarga mempunyai peranan penting dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung, oleh sebab itu keluarga harus dilibatkan pada setiap asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien gagal jantung.

Kata kunci : gagal jantung, klien gagal jantung, kebutuhan spiritual, rawat inap, fungsi keluarga.

*Heart failure is a heart pump damage manifested by rapid breathing, shortness on exertion, paroxysmal nocturnal dyspnea, orthopnea and peripheral edema or pulmonary edema. This leads to high mortality and morbidity of heart failure and frequent client repeatedly in and out of the hospital. Meeting the needs of the clients of heart failure is not only oriented to the physical or psychological needs, but also their spiritual needs. This study aims to analyze the factors related to the spiritual needs of clients in heart failure hospitalization factors include family functions, religious activities, the class of heart failure, anxiety and depression. Design Cross-sectional study with Chi Square statistical test conducted to see the relationship. Multiple logistic regression modeling used to determine the factors most related to spiritual fulfillment. The results showed an association between family functioning (OR = 5.700 and  $p = 0.001$ ), religious activities (OR = 5.750 and  $p = 0.001$ ), the class of heart failure (OR 4.167 and  $p = 0.016$ ) and depression (OR = 3.692 and  $p$ -value = 0.011) with the spiritual needs of heart failure clients. Family function is the most dominant factor related to spiritual fulfillment (OR = 0.229). The results showed a family function has an important role in meeting the spiritual needs of the client with heart failure, therefore the family should be involved in any nursing care that will be given to clients of heart failure.*

*Key words : heart failure, heart failure client, spiritual needs, hospitalization, family function*

### Pendahuluan

Gagal jantung adalah ketidakmampuan jantung untuk memompa darah sehingga tidak dapat mempertahankan curah jantung (*Cardiac Output = CO*) dalam memenuhi kebutuhan sirkulasi metabolisme jaringan tubuh. Penurunan CO mengakibatkan volume darah efektif berkurang, untuk mempertahankan sirkulasi yang adekuat di dalam tubuh terjadi suatu refleksi homeostasis atau

mekanisme kompensasi melalui perubahan-perubahan neurohumoral. Salah satu respon hemodinamik tidak normal adalah tekanan pengisian (*filling pressure*) dari jantung atau *preload*. Tekanan pengisian yang meningkat akan mengakibatkan edema paru dan bendungan di sistem vena, keadaan ini disebut gagal jantung kongestif (Price, S. A, 2005)

Hasil pencatatan dan pelaporan rumah sakit (SIRS, Sistem Informasi Rumah Sakit) di Indonesia pada tahun 2007 menunjukkan bahwa gagal jantung merupakan kasus ketiga terbanyak dari seluruh penyakit dengan jumlah kasus baru kunjungan rawat jalan sebanyak 38.438 jiwa dengan proporsi 9.88%, kunjungan rawat inap sebanyak 18.585 jiwa dengan proporsi 18.23% sedangkan *Case Fatality Rate* (CFR) 13.420 per 100.000 jiwa.

Rumah Sakit Bhayangkara Tk I Raden Said Sukanto merupakan rumah sakit rujukan tertinggi untuk kepolisian, Berdasarkan data yang didapat, jumlah klien gagal jantung di rawat inap pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2014 sebanyak 165 klien gagal jantung.

Keperawatan holistik salah satunya ditinjau dari aspek spiritual, theorist Jean Watson mencetuskan teori "*human caring*" dan menyatakan bahwa ruh manusia merupakan sumber kekuatan yang mendorong manusia untuk tetap hidup dengan berbagai masalah kesehatan yang dihadapinya, termasuk situasi krisis pada klien gagal jantung (Toughy, 2001). Teori "*humancaring*" berisi tentang 10 *carative* Jean Watson dimana *carative* ke-3 dan ke-10 mempunyai hubungan erat dengan kebutuhan spiritual. *Carative* ke-3 merupakan keyakinan klien gagal jantung untuk tetap melakukan interaksi dengan keluarga, sahabat dan orang lain serta menjalankan kewajiban sebagai individu untuk berhubungan dengan Tuhan melalui praktik spiritual yang dilakukan dengan cara berdoa, sembahyang, berdzikir dan lainnya. Praktik spiritual yang dilakukan merupakan cara bersyukur atas apa yang diberikan oleh Tuhan dan berpasrah diri atas masalah yang sedang dihadapi klien gagal jantung. *Carative* ke-10 menjelaskan bahwa kekuatan spiritual mampu membuka hati klien gagal jantung untuk menerima kejadian yang dialaminya sebagai cobaan dan sebab akibat yang timbul dari penyakitnya, setelah klien menjalani pengobatan dan perawatan serta mengetahui kondisi penyakitnya, klien mempercayai adanya keajaiban yang akan terjadi antara rentang hidup dan mati (Alligood & Tomey, 2006)

Kekuatan spiritual terlihat dari bagaimana klien gagal jantung menghadapi situasi krisis dalam hidupnya. Situasi krisis menyebabkan klien gagal jantung mengalami spiritual distress sebagai respon normal untuk melakukan perubahan, perubahan dalam aktifitas spiritual tidak menghalangi klien untuk berinteraksi dengan sesama dan berhubungan dengan zat yang Maha Tinggi (Tuhan), keyakinan akan adanya kekuatan diluar batas kekuatan manusia menghasilkan harapan, kesadaran diri

bahwa setiap manusia akan mengalami kematian, serta memahami tujuan dan makna hidup. Semua ini merupakan kebutuhan yang sangat mendasar dan termasuk dalam kebutuhan spiritual (Susan, 2009).

Penelitian terkait yang sudah dilakukan Westlake (2001) tentang kebutuhan spiritual pada 61 klien gagal jantung yang sudah dilakukan transplantasi dengan umur rata-rata 57 tahun, sebagian besar klien (85%) masuk kedalam kategori gagal jantung derajat II atau III, dan 12% derajat IV. Penelitian ini menunjukkan kebutuhan spiritual yang rendah pada klien dengan gagal jantung yang sudah di transplantasi. Klien wanita lebih spiritual dibandingkan dengan pria, dan tidak ada hubungan yang sangat mempengaruhi antara spiritualitas dengan kualitas hidup klien gagal jantung yang sudah dilakukan transplantasi.

Hardin et al(2003) meneliti 29 klien gagal jantung untuk menentukan hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kategori derajat gagal jantung I-IV menurut *NewYork Heart Association*. Penelitian ini menunjukkan bahwa klien dengan gagal jantung derajat akhir mempunyai keyakinan dan kegiatan spiritual yang lebih rendah dibandingkan dengan klien gagal jantung derajat awal atau ringan. Responden yang mengalami gagal jantung derajat akhir menyatakan bahwa beribadah atau berdoa tidak dapat mengubah apapun yang sudah terjadi. Klien lebih memperhatikan kebutuhan fisik dibandingkan dengan kebutuhan spiritual. Kebutuhan spiritual ternyata tidak selamanya dibutuhkan oleh klien gagal jantung. Namun terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual tersebut.

Menurut Hidayat (2012), beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual klien gagal jantung meliputi ; perkembangan spiritual, keluarga, ras atau suku, agama dan kegiatan keagamaan. Sedangkan menurut O,brien (2011) kebutuhan spiritual tergantung pada usia, tradisi keagamaan dan serius atau tidaknya penyakit yang dialami oleh klien gagal jantung..

Perkembangan spiritual pada klien gagal jantung memasuki tahap usia lansia, disini klien gagal jantung dituntut untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi dengan arif dan bijaksana. Pengambilan keputusan yang dilakukan klien gagal jantung berdasarkan pemikiran dan kedewasaan untuk melanjutkan hidup dan mempunyai keyakinan yang tetap dalam pengambilan keputusan tersebut (Hidayat, 2012).

Keluarga merupakan faktor kedua dalam pemenuhan kebutuhan spiritual. Keluarga memiliki fungsi penting dalam pemenuhan kebutuhan spiritual karena memiliki ikatan emosional serta melakukan interaksi yang terus menerus dengan anggota keluarga lainnya. Keluarga merupakan dunia pertama yang dilihat oleh individu untuk mendapatkan pandangan dan pengalaman, selain menyediakan dan memberikan lingkungan yang kondusif bagi pertumbuhan fisik dan kesehatan, keluarga menciptakan lingkungan yang mempengaruhi kognitif, psikososial dan spiritual anggotanya, termasuk aktifitas spiritual yang biasa dilakukan pada keluarga dan diikuti oleh anggota keluarga lainnya (Potter & Perry, 2005).

Penelitian yang berhubungan dengan keluarga akan pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung, dilakukan Formiga et al (2004) pada 61 klien gagal jantung, hasil penelitian menunjukkan sebanyak 76% klien menghendaki keluarga atau kawan menemani mereka pada saat menghadapi situasi krisis, dan 24% klien lebih menyukai menghabiskan sisa waktu hidupnya seorang diri.

Hidayat (2012) menyatakan, faktor ketiga dalam pemenuhan kebutuhan spiritual adalah ras atau suku. Perbedaan variasi penduduk berdasarkan tampilan fisik (bentuk dan warna rambut, warna kulit, bentuk mata dan bentuk tubuh), ras juga digunakan untuk memperlihatkan suatu kelompok manusia yang mempunyai ciri kebudayaan yang sama, seperti bahasa atau agama, ada beberapa macam ras di dunia yang memiliki keyakinan atau kepercayaan berbeda antara ras yang satu dengan ras yang lain, sehingga proses pemenuhan kebutuhan spiritual pun berbeda sesuai dengan keyakinan yang dimiliki.

Agama merupakan faktor ke empat yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual, agama mempengaruhi keyakinan tentang kesehatan. Islam mengajarkan klien gagal jantung untuk berserah diri pada Tuhan, tenang dalam menghadapi permasalahan dan berdoa sebagai salah satu cara untuk memohon pertolongan zat yang maha tinggi setelah semua usaha untuk kesembuhan penyakit klien sudah dilakukan. Klien meyakini apa yang sudah direncanakan Tuhan adalah hal yang terbaik untuk dirinya (Hidayat, 2012).

Kegiatan keagamaan merupakan faktor terakhir yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung. Keterlibatan klien gagal jantung dalam kegiatan keagamaan memberikan gambaran bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual penting bagi

dirinya disamping kegiatan dunia yang dijalannya, klien membutuhkan interaksi yang dapat menenangkan dirinya secara rohani dan memberikan kepuasan batin walaupun kondisi fisiknya mengalami penurunan (Hidayat, 2012).

Penelitian terkait tentang pemenuhan kebutuhan spiritual yang berhubungan dengan aktivitas keagamaan dilakukan pada 80 klien gagal jantung, hasilnya menunjukkan, sebanyak 30 klien (41%) menghendaki adanya dukungan keagamaan, 38 klien (48%) menyatakan tidak menghendaki adanya dukungan keagamaan dan 9 klien (11%) menyatakan tidak membutuhkan dukungan keagamaan, dapat dilihat pada penelitian ini bahwa tidak semua klien gagal jantung memerlukan adanya dukungan keagamaan pada saat menghadapi masalah kesehatan (Formiga et al, 2004).

Kecemasan dan depresi merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung. Dengan adanya keterbatasan fisik klien gagal jantung dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, menuntut orang lain khususnya keluarga untuk memenuhinya. Perasaan tidak mampu dan tidak berdaya umumnya terjadi pada klien gagal jantung sehingga mempengaruhi psikologis klien dan dapat menimbulkan terjadinya kecemasan sampai dengan depresi (*New York Heart, Lung and Blood Institute, 2006*)

Kecemasan seringkali muncul bersamaan dengan terjadinya depresi, dan mungkin merupakan salah satu manifestasi dari terjadinya depresi. Wei Jiang et al (2004) dalam penelitiannya menjelaskan, walaupun kecemasan dan depresi mempunyai hubungan yang erat dengan klien gagal jantung, tetapi depresi mempunyai gejala yang lebih jelas dan dapat memperburuk prognosis klien gagal jantung.

Menurut penelitian yang dilakukan Bekelman et al (2007), depresi umum terjadi pada klien dengan gagal jantung, di Amerika Serikat angka kejadiannya berkisar antara 13.9 % sampai dengan 36.5%, dengan tanda-tanda depresi yang meliputi : perasaan besalah dan tidak berdaya, merasa sedih, sering menangis tanpa alasan yang jelas, iritabilitas, marah dan terkadang agresif. Depresi pada klien gagal jantung juga berhubungan dengan kualitas hidup, prognosis yang memburuk, fungsi fisik dan sosial yang sangat menurun, dan meningkatnya angka kematian. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa nilai kesejahteraan spiritual yang tinggi mempunyai hubungan yang sangat erat dengan penurunan tingkat depresi pada klien gagal jantung,

begitu juga dengan nilai kebutuhan spiritual pada makna hidup atau harapan, sedangkan pada nilai keyakinan hubungannya tidak begitu kuat, responden wanita lebih mudah depresi dibandingkan dengan pria pada penelitian ini.

Uraian diatas menggambarkan bahwa kebutuhan spiritual bukan hanya dibutuhkan pada klien yang mengalami penyakit kronis seperti kanker dan HIV AIDS saja, klien dengan gagal jantung juga memerlukannya dalam menghadapi krisis yang sedang dihadapi, walaupun berdasarkan beberapa penelitian, tidak semua klien gagal jantung membutuhkannya. Banyak faktor-faktor berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual yang disebutkan pada beberapa penelitian di atas, diantaranya : perkembangan spiritual, keluarga, ras atau suku, agama, kegiatan keagamaan, usia, jenis kelamin, kecemasan, depresi serta derajat penyakit gagal jantung,. Tetapi penelitian yang dilakukan pada faktor-faktor yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual belum banyak dilakukan.

**Metode penelitian**

Desain penelitian ini menggunakan *descriptive analytic* dengan pendekatan *cross sectional*, biasa disebut dengan studi prevalensi atau survey, yaitu peneliti melakukan pengukuran dalam satu waktu. Dalam melakukan penelitian ini, peneliti hanya melakukan pengukuran sesaat untuk menemukan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini adalah fungsi keluarga, kegiatan keagamaan, derajat gagal jantung, kecemasan dan depresi. Sedangkan variabel independennya adalah pemenuhan kebutuhan spiritual. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien gagal jantung yang di rawat inap di RS Bhayangkara tingkat I Raden Said Sukanto pada bulan januari – Desember 2014 sebanyak 165 klien. Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik *non probability sampling* dengan pendekatan *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang didasarkan atas pertimbangan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan.

**HASIL**

**Analisis Univariat**

**1. Karakteristik Variabel Perancu**

**Tabel 5.1**  
**Distribusi responden menurut karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama rawat diRS. Bhayangkara Tk.I Raden Said Sukanto Tahun 2015**

Variabel	Kategori	n=69	Prosentase
Usia	Middle age	42	60,9%
	Elderly	22	30,9%
	Old	5	7,2%
	Very old		
Jenis Kelamin	Laki – laki	47	68,1%
	Perempuan	22	31,9%
Pendidikan	SD	19	27,5 %
	SMP	24	34,8 %
	SLTA	24	34,8 %
	S-1	2	2,9 %
Lama Rawat	Lama	31	55,1 %
	Tidak lama	38	44,9 %

**2. Karakteristik Variabel Independen**

**Tabel 5.2**  
**Distribusi responden menurut karakteristik fungsi keluarga, kegiatan keagamaan, derajat gagal jantung, kecemasan dan depresi diR.S Bhayangkara TK I Raden Said Sukanto Tahun 2015**

Variabel	Kategori	n=96	Prosentase
Fungsi Keluarga	Kurang	29	42 %
	baik	40	58 %
Kegiatan Keagamaan	Tidak aktif	39	56,5%
	Aktif	30	43,5%
Derajat gagal Jantung	Berat	49	71%
	Ringan	20	29%
Kecemasan	Cemas	30	43,5%
	Tidak cemas	39	56,5%
Depresi	Depresi	26	37,7%
	Tidak depresi	43	62,3%

**3. Karakteristik Variabel Dependen**

**Tabel 5.3**

**Distribusi responden menurut karakteristik pemenuhan kebutuhan spiritual di R.S Bhayangkara TK I Raden Said Sukanto Tahun 2015**

Variabel	Kategori	n=69	Prosentase
Pemenuhan	Rendah	29	42 %
Kebutuhan Spiritual	Tinggi	40	58%

**Analisis Bivariat**

**1. Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Variabel Dependen**

**Tabel 5.4**

**Distribusi hubungan variabel independen dengan variabel dependen di R.S Bhayangkara TK I Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2015 (n=69)**

Variabel	Pemenuhan kebutuhan spiritual		95% CI		OR	p value
	Rendah	Tinggi	Min	Max		
	%	%				
Fungsi Keluarga	65,5%	34,5%	1,9	16,2	5,7	0,001
▪ Kurang Baik	25%	75%				
▪ Baik						
Kegiatan Keagamaan	59%	41%	1,9	17,2	5,75	0,001
▪ Tidak Aktif	20%	80%				
▪ Aktif						
Derajat gagal jantung	51%	49%	1,2	14,2	4,16	0,016
▪ Berat	20%	80%			7	
▪ Ringan						
Kecemasan						0,293
▪ Cemas	36,7%	63,3%	0,2	1,7	0,67	
▪ Tidak Cemas	46,2%	53,8%			5	
Depresi						0,011
▪ Depresi	61,5%	38,5%	1,3	10,2	3,69	
▪ Tidak depresi	30,2%	69,8%			2	

a. Hubungan antara fungsi keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritual

Berdasarkan tabel 5.4 hasil analisis hubungan antara fungsi keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritual responden gagal jantung diperoleh bahwa ada sebanyak 10 (34,5%) fungsi keluarga yang kurang baik pada responden gagal jantung terhadap pemenuhan kebutuhan spritual tinggi, sedangkan fungsi keluarga baik ada 30 (75%) terhadap pemenuhan kebutuhan spritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai p = 0,001, maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi

kebutuhan spiritual dengan fungsi keluarga (ada hubungan yang signifikan antara fungsi keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spritual). Hasil OR diperoleh 5,700, artinya fungsi keluarga baik mempunyai peluang 5,7 kali untuk pemenuhan kebutuhan spiritual dibanding dengan fungsi keluarga kurang baik.

b. Hubungan antara kegiatan keagamaan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual

Menurut hasil analisis hubungan antara kegiatan keagamaan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung diperoleh bahwa ada sebanyak 16 responden (41%) yang tidak aktif dalam kegiatan keagamaan terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual tinggi, sedangkan responden yang aktif dalam kegiatan keagamaan sebanyak 24 responden (80%) pada kebutuhan spiritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai p = 0,001, maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kegiatan keagamaan (ada hubungan yang signifikan antara kegiatan keagamaan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual). Hasil OR diperoleh 5,750 artinya kegiatan keagamaan aktif mempunyai peluang 5,75 kali untuk pemenuhan kebutuhan spritual dibanding dengan kegiatan keagamaan tidak aktif.

c. Hubungan antara derajat gagal jantung dengan pemenuhan kebutuhan spiritual

Hasil analisis hubungan antara derajat gagal jantung dengan pemenuhan kebutuhan spritual diperoleh bahwa ada sebanyak 24 responden (49%) dengan derajat gagal jantung berat terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual tinggi, derajat gagal jantung ringan 16 responden (80%) padapemenuhan kebutuhan spritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai p = 0,016, maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spritual dengan derajat gagal jantung (ada hubungan yang signifikan antara derajat gagal jantung dengan pemenuhan kebutuhan spritual). Hasil OR diperoleh 4,167 artinya responden dengan derajat gagal jantung ringan mempunyai peluang 4,2 kali untuk kebutuhan spiritual dibanding responden dengan derajat gagal jantung berat.

d. Hubungan antara kecemasan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual

Menurut hasil analisis hubungan antara kecemasan dengan pemenuhan kebutuhan spritual diperoleh bahwa ada sebanyak 19responden (63,3%) cemas terhadap pemenuhan kebutuhan spritual tinggi, tidak cemas 21 responden (53,8%) padapemenuhan kebutuhan spritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai p = 0,293, maka dapat

disimpulkan tidak ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kecemasan (tidak ada hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan pemenuhan kebutuhan spritual).

e. Hubungan antara depresi dengan pemenuhan kebutuhan spiritual

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara depresi dengan pemenuhan kebutuhan spritual diperoleh bahwa ada sebanyak 10responden (38,5%) depresi terhadap pemenuhan kebutuhan spritual yang tinggi, tidak depresi30responden (69,8%) terhadap pemenuhan kebutuhan spritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,011$ , maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spritual dengan depresi (ada hubungan yang signifikan antara depresi dengan pemenuhan kebutuhan spritual). Hasil OR diperoleh 3,692 artinya klien tidak depresi mempunyai peluang 3,7 kali untuk kebutuhan spritual dibanding dengan klien depresi.

2. Analisa Hubungan Variabel Perancu dengan Variabel Dependen

Tabel 5.5

Distribusi hubungan variabel perancu dengan variabel dependen di R.S Bhayangkara TK I Raden Said Sukanto Jakarta Tahun 2015 (n=69)

Variabel	Pemenuhan kebutuhan spiritual		95% CI		OR
	Rendah	Tinggi	Min	Max	
	%	%			
Usia					
▪ Middle age	51,7%	67,5%	-	-	-
▪ Elderly	37,9 %	30,0%			
▪ Old	10,3%	2,5%			
▪ Very old					
Jenis Kelamin					
▪ Laki - laki	62,1 %	72,5 %	0,2	1,72	0,6
▪ Perempuan	37,9 %	27,5 %	23		21
Pendidikan					
▪ SD	34,5 %	22,5 %	-	-	-
▪ SLTP	34,5 %	35,0 %			
▪ SLTA	27,6 %	40,0 %			
▪ S-1	3,4 %	2,5 %			
Lama Rawat					
▪ ≥ 6 hari	48,3%	42,5%	-	-	-
▪ < 6 hari	51,7%	57,5%			

Setelah dilakukan analisis hubungan antara variabel perancu dengan variabel dependen, terlihat tidak ada satupun faktor variabel perancu yang mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pada klien dengan gagal jantung, karena semua faktor perancu mempunyai nilai  $> p$  value. Variabel perancu juga tidak dapat dimasukkan dalam analisis multivariat karena hanya ada satu faktor yang mempunyai nilai  $p < 0,25$  yaitu faktor usia.

Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini dengan menggunakan metode analisis regresi logistik. Karena variabel dependennya berupa variabel kategorik.

1. Analisa Multivariat Variabel Independen

a. Seleksi Bivariat Variabel Independen

Seleksi bivariat masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Variabel yang dapat masuk model multivariat adalah variabel yang analisa bivariatnya mempunyai nilai  $p < 0,25$ .

Dari Tabel 5.4 hasil dari analisa bivariat didapatkan nilai  $p$  untuk variabel fungsi keluarga ( $p=0,001$ ), kegiatan keagamaan ( $p= 0,001$ ), derajat gagal jantung ( $p=0,016$ ), kecemasan ( $p=(0,293)$  dan depresi ( $p=0,011$ ).

Dari hasil tersebut maka dapat disimpulkan bahwa variabel fungsi keluarga, kegiatan keagamaan, derajat gagal jantung dan depresi mempunyai  $p < 0,25$ , dengan demikian keempat variabel tersebut dapat masuk ke dalam pemodelan multivariat. Sedangkan variabel kecemasan tidak diikutsertakan dalam pemodelan multivariat karena nilai  $p$  value  $> 0,25$  ( $p = 0,293$ ).

b. Analisis Multivariat Regresi Logistik Variabel Independen

Setelah dilakukan analisis seleksi bivariat, maka tahap berikutnya melakukan analisis multivariat secara bersama-sama dengan metode backward. Pemilihan metode backward karena metode ini secara otomatis akan memasukan semua variabel yang paling berpengaruh kemudian memasukan variabel berikutnya yang berpengaruh tetapi ukuran kekuatannya lebih rendah dari pada variabel sebelumnya. Pada metode backward, software secara otomatis akan memasukan semua variabel yang terseleksi untuk dimasukan kedalam multivariat. Secara bertahap, variabel yang tidak berpengaruh akan dikeluarkan dari analisis. Proses otomatis akan berhenti ketika tidak ada lagi variabel yang dapat dimasukan kedalam analisis

**Tabel 5.6**  
**Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik**  
**Metode Backward**

Langkah	Variabel	Koefisien	p value	OR (95% CI)
Langkah -1	Fungsi	-1,093	0,123	0,335 (0,084-1,343)
	Keluarga	-1,837	0,010	0,159 (0,040-0,640)
	Kegiatan	-2,716	0,002	0,066 (0,011-0,380)
	Keagamaan	-0,977	0,247	0,377 (0,071-1,970)
	Derajat gagal jantung	4,335	<0,001	76,316
	Depresi			
	Konstanta			
Langkah-2	Fungsi	-1,472	0,021	0,229 (0,066-0,797)
	Keluarga	-2,018	0,003	0,133 (0,035-0,510)
	Kegiatan	-2,351	0,003	0,095 (0,020-0,448)
	Keagamaan	3,938	<0,001	51,316
	Derajat gagal jantung			
	Depresi			
	Konstanta			

Dari hasil analisis multivariat pada tabel 5.6 dengan metode backward, terdapat dua langkah untuk sampai pada hasil akhir. Pada langkah pertama, dimasukan semua variabel. Pada langkah pertama ini, variabel depresi mempunyai nilai p value paling besar atau mempunyai nilai OR paling mendekati 1 sehingga variabel depresi tidak lagi tercantum pada langkah ke-2.

Variabel yang berpengaruh terhadap kebutuhan spiritual adalah fungsi keluarga, kegiatan keagamaan dan derajat gagal jantung. Dengan kekuatan hubungan dari yang terbesar ke yang terkecil adalah fungsi keluarga (OR = 0,229), kegiatan keagamaan (OR = 0,133) dan derajat gagal jantung (OR = 0,095).

**Pembahasan**

Karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, lama rawat dan pemenuhan kebutuhan spiritual Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap R.S Bhayangkara TK I Raden Said Sukanto Jakarta pada klien gagal jantung didapatkan responden terbanyak berusia antara 45 – 59 tahun (*middle age*). Rata rata umur responden adalah 57 tahun dan termasuk kategori usia dewasa pertengahan (*middle age*).

Hasil penelitian ini menunjukkan, responden yang berjenis kelamin laki laki lebih banyak (47 orang) dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin perempuan (22 orang).

Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Westlake and colleagues (2002), 61 responden gagal jantung yang terlibat dalam penelitiannya, 74% responnden berjenis kelamin laki laki. Haworth et al (2005) menunjukkan dalam penelitian yang melibatkan 221 responden gagal jantung, terdapat 165 responden berjenis kelamin laki – laki (83%), dan responden perempuan sebanyak 56 orang (17%). Beery et al (2002), melakukan penelitian tentang spiritualitas pada klien dengan gagal jantung, dimana responden yang terlibat kebanyakan berjenis kelamin laki laki.

Hsich (2009) dalam *journal of the american college of cardiology* menyebutkan bahwa perburukan yang terjadi pada klien gagal jantung laki-laki disebabkan karena adanya coronary artery disease (CAD), berhubungan dengan perilaku merokok dan makan yang tidak sehat, sedangkan pada perempuan disebabkan oleh kecendrungan kualitas hidup rendah dengan adanya obesitas.

Merokok merupakan kebiasaan yang dapat memperburuk kesehatan jantung, rokok mengandung karbon monoksida yang dapat mengganggu kemampuan darah membawa oksigen dalam tubuh, selain itu rokok juga mengandung nikotin yang bekerja pada hormon adrenal untuk merangsang sistem hormon menyebabkan peningkatan tekanan darah dengan tiba tiba. Merokok dapat mengakibatkan jantung bekerja berlebihan sehingga menurunkan kadar oksigen pada sirkulasi darah jantung sehingga mempersempit pembuluh darah yang membawa darah, membuat jantung bekerja melawan tekanan yang meningkat, racun dalam kandungan rokok meningkatkan penebalan pembuluh darah pada trombosit yang menyebabkan terjadinya aterosklerosis. Merokok dapat menyebabkan terjadinya gagal jantung dikarenakan jantung memompa terlalu berat yang mengakibatkan kerusakan pada otot otot jantung (Marshal, 1997).

Kejadian gagal jantung meningkat pada orang yang obesitas atau mempunyai nilai *Basal Metabolisme Index* (BMI) > 25, obesitas berkaitan dengan peningkatan trigliserida dalam darah dan penurunan kolesterol HDL (*hight density lipoprotein*). Obesitas diketahui sebagai salah satu sebab terjadinya gangguan pada fungsi jantung. Obesitas dini dapat menyebabkan terjadinya peningknaan volume intravaskular sehingga terjadi peningkatan preload. Perubahan ini menjadi faktor utama terjadinya kelainan berupa hipertropi ventrikel kiri dan kecendrungan terjadinya kelainan irama jantung yang kompleks pada ventrikel. Penurunan berat

badan sangat dianjurkan untuk mencegah terjadinya hal ini (Wright, 2003).

Teori tersebut bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Levie et al (2005) yang menyebutkan, penemuan hubungan antara obesitas dan gagal jantung semakin kompleks. Penelitian yang dilakukan oleh framingham heart study menjelaskan indikasi bahwa obesitas dan kelebihan berat badan mengindikasikan adanya prediksi yang kuat tentang akibat klinis dari gagal jantung. Walaupun obesitas dapat menyebabkan ketidaknormalan pada fungsi sistolik dan diastolik dan menjadi salah satu faktor penyebab terjadinya gagal jantung, klien obesitas dengan gagal jantung mempunyai hasil bertentangan dengan beberapa penelitian karena obesitas justru memberikan keuntungan dalam hal prognosis klinis.

Menurut penelitian Levie et al (2009), sebagian besar responden dalam penelitiannya menderita gagal jantung derajat II dan III, dan mempunyai nilai BMI serta kadar lemak yang tinggi, kondisi ini justru menunjukkan kelangsungan hidup yang lebih lama selama 2 tahun melakukan kunjungan ulang pada klien gagal jantung. Menurut Kalantar Zadeh et al (2005), dari 6 penelitian yang dilakukan pada klien dengan obesitas yang menderita gagal jantung menunjukkan, obesitas yang muncul berhubungan dengan catatan prognosis klinis yang lebih baik, klien gagal jantung derajat berat cenderung memiliki BMI lebih rendah dari usia dan jenis kelamin yang seharusnya. Horwich et al (2005), menemukan nilai BMI yang tinggi pada klien yang sebagian besar menderita gagal jantung derajat IV, kondisi ini justru memperpanjang nilai rata-rata kehidupan klien gagal jantung tersebut.

Berdasarkan pada pendidikan responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini, hasilnya menunjukkan sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Sekolah Lanjut Menengah Atas (SLTA). Hasil penelitian ini tidak berbeda jauh dengan penelitian yang dilakukan oleh Bekelman et al (2007), dimana sejumlah 60 responden yang terlibat dalam penelitian tentang kesejahteraan spiritual pada klien dengan gagal jantung, di dapatkan sebagian besar mempunyai pendidikan terakhir Sekolah Lanjut Menengah Atas (58%).

Lamanya responden yang di rawat inap dalam penelitian ini menunjukkan hasil, responden yang sudah menjalani rawat inap kurang dari 6 hari lebih banyak dibandingkan dengan responden yang sudah menjalani rawat inap lebih dari 6 hari.

Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wright et al (2002). Rawat inap yang diperlukan pada klien gagal jantung kurang lebih adalah 6 hari, dan tidak membedakan antara klien gagal jantung yang baru dirawat pertama kali dengan klien gagal jantung yang sudah dirawat berulang kali. Lamanya perawatan pada klien gagal jantung dilihat dari lamanya pemberian obat yang harus diberikan, kemudian adanya penyakit penyerta yang lain serta tindakan pemeriksaan penunjang yang harus dilakukan pada klien karena sebab tertentu (Wright, 2002)

Penelitian yang dilakukan Wright et al (2002) menunjukkan faktor – faktor yang mempengaruhi lamanya rawat inap pada klien gagal jantung meliputi faktor sosio demografi, pengobatan yang perlu dilakukan, keparahan dari gagal jantung yang terjadi, perkembangan komplikasi yang terjadi pada klien gagal jantung dan derajat gagal jantung yang terjadi pada klien. Rawat inap yang terpendek dilaporkan dari sebuah rumah sakit di Oregon, USA, dimana rata – rata lamanya rawat inap pada klien gagal jantung adalah selama 5 hari pada tahun 1991, dan lebih pendek lagi pada tahun 1995, dimana klien gagal jantung hanya memerlukan rawat inap selama 4 hari

Hasil penelitian menunjukkan proporsi responden dengan pemenuhan kebutuhan spiritual tinggi lebih banyak dibandingkan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual rendah.

Hardin et al (2003) pada penelitiannya menyebutkan ilmu pengobatan gagal dalam hal memasukkan elemen vital dalam hal pengalaman spiritual atau religius pada 98% klien dengan masalah jantung khususnya gagal jantung yang dirawat inap mengenai keyakinan adanya Tuhan atau suatu kekuatan tertinggi diluar kekuatan manusia, 96% klien yang mempunyai masalah pada jantung tanpa diketahui secara pribadi menggunakan berdoa atau melakukan praktek ritual ibadah untuk membantu proses pengobatan dan penyembuhan. Sebagai tambahan untuk melengkapi perawatan, sebanyak 77% keluarga yang anggota keluarganya sakit menginginkan tenaga kesehatan untuk memperhatikan pemenuhan kebutuhan spiritual pada klien dan keluarga. Bertolak belakang dari hasil yang diinginkan, 32% tenaga kesehatan mendiskusikan kebutuhan spiritual hanya pada klien saja. Keluarga klien meyakini bahwa kekuatan penyembuhan berasal dari keyakinan spiritual, mereka meyakini bahwa berdoa dan sejenisnya dapat meningkatkan proses penyembuhan klien.

Newberg (2001) pada penelitiannya menjelaskan bahwa religiusitas dan spiritualitas akan meningkatkan aliran darah bilateral pada korteks frontal dan thalamus serta menurunkan aliran darah di korteks parietal superior pada saat dilakukannya meditasi keagamaan dan senbasyang. Korteks parietal merupakan bagian yang berisi somatosensori primer, garis jaringan syaraf yang bertanggungjawab untuk representasi tubuh. Newberg dan D'Aquili (2001) memperkirakan reflek kehilangan adalah "bersih, kesadaran penuh akan keterbatasan diri yang menghasilkan data data subyektif tentang keesaan dan kesatuan" dengan Tuhan atau Dzat tertinggi yang di ekspresikan melalui pengalaman religius. Meditasi juga menghasilkan peningkatan di GABA, peningkatan melatonin, serotonin dan lainnya (contoh LSD, psilocibin, mescaline) yang berefek pada kesadaran spiritual dengan memproduksi ilusi, pengalaman mistik dan kegembiraan religius yang diakibatkan adanya perubahan serotonin di otak (Roberts, 2006) Penelitian Persinger (1997) menjelaskan bahwa pengalaman spiritual diakibatkan oleh adanya rangsangan pada lobus temporal. Lobus temporal berkaitan erat dengan sistem limbik, pusat emosi dan memori otak. Persinger menunjukkan bahwa ketika pusat emosi di dalam otak ini dirangsang, terjadi peningkatan aktivitas di lobus temporal. Sebaliknya, meningkatnya aktivitas di lobus temporal akan menimbulkan pengaruh emosional yang kuat. Berkat peran hipokampus berkaitan erat dengan memori pengalaman spiritual di bagian lobus temporal yang berlangsung beberapa detik saja dapat memiliki pengaruh emosional yang lama dan kuat di sepanjang hidup pelakunya. Pengalaman ini dapat merubah arah hidup pelakunya. Peran sistem limbik juga menunjukkan arti penting faktor emosi dalam pengalaman spiritual atau religius, dibandingkan dengan faktor keyakinan (*belief*), yang bisa saja hanya bersifat intelektual.

Konsep teori yang telah disebutkan menjelaskan bahwa kebutuhan fisik bukan satu satunya kebutuhan yang harus dipenuhi pada klien gagal jantung, pemenuhan kebutuhan spiritual juga harus diperhatikan dan menjadi bagian dari pemberian pelayanan bail dalam bentuk program pengobatan maupun perawatan klien dengan gagal jantung khususnya.

#### 6.1.2 Hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan fungsi keluarga

Berdasarkan hasil analisa bivariat hubungan antara fungsi keluarga dengan kebutuhan spiritual responden gagal jantung diperoleh bahwa ada sebanyak 10 (34,5%) fungsi keluarga kurang baik

pada responden gagal jantung terhadap kebutuhan spritual yang tinggi, sedangkan fungsi keluarga baik ada 30 (75%) dengan kebutuhan spritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,001$ , maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi kebutuhan spritual dengan fungsi keluarga (ada hubungan yang signifikan antara fungsi keluarga dengan kebutuhan spritual). Hasil OR menunjukkan nilai 5,700, artinya fungsi keluarga baik mempunyai peluang 5,7 kali untuk kebutuhan spritual dibanding dengan fungsi keluarga kurang baik.

Hasil tersebut memperkuat penelitian yang telah dilakukan Dunbar et al (2008) yang menjelaskan bahwa keluarga merupakan faktor yang sangat mempengaruhi kemajuan atau kemunduran perawatan kesehatan pada individu dalam keluarga yang mengalami sakit kronis seperti gagal jantung. Manajemen perawatan klien dapat berjalan dengan baik bila fungsi keluarga berjalan sebagaimana mestinya. Manajemen perawatan pada klien gagal jantung yang dilakukan keluarga seperti menjaga makanan sehat pada klien dan manajemen terapi pengobatan yang harus dilakukan sangat mempengaruhi untuk mendapatkan hasil yang baik. Pada saat fungsi keluarga tidak berjalan dengan optimal, maka perawatan yang diberikan pada klien dengan gagal jantung tidak akan efektif. Dan biasanya ini berhubungan dengan program pengobatan dan perawatan diri klien gagal jantung yang terabaikan.

Hasil penelitian ini diperkuat kembali oleh penelitian yang dilakukan Chung and colleagues (2008), yang meneliti tentang program pengobatan serta perawatan diri pada klien gagal jantung yang mempunyai pasangan hidup dengan yang tidak mempunyai pasangan hidup. Penelitian ini menemukan 90 % klien yang mempunyai pasangan hidup mematuhi program pengobatan sesuai dengan resep yang diberikan, sedangkan yang tidak mempunyai pasangan hidup hanya sekitar 80% yang mematuhi program pengobatan. Klien gagal jantung yang mempunyai pasangan hidup minum obat sesuai dengan dosis dan waktu yang telah ditentukan dibandingkan dengan klien gagal jantung yang tidak mempunyai pasangan hidup.

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat. Fungsi keluarga salah satunya adalah melindungi kesehatan fisik anggota keluarganya dengan memberikan nutrisi dan layanan kesehatan yang adekuat. Pada saat salah satu anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, dukungan keluarga sangat dibutuhkan oleh anggota keluarga yang sakit tersebut. Dukungan keluarga dapat memberikan

dampak positif pada proses penyembuhan penyakit (Kozier, 2008)

Menurut Polikandrioti dan Ntokou (2011), berkenaan dengan dukungan keluarga, menyatakan bahwa klien gagal jantung membutuhkan dukungan penuh dari keluarga untuk menghadapi masalah yang dihadapi, dan ini berhubungan dengan beberapa adaptasi yang harus dilakukan oleh klien gagal jantung yang meliputi adanya perubahan fungsi pada fisik, emosional dan psikologik akibat dari penyakit yang dialami. Pada saat klien didiagnosa gagal jantung, ada ketidakinginan klien untuk menerima keterbatasan yang akan dialami akibat penyakit gagal jantung yang diderita. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa mempertahankan komunikasi dan meningkatkan dukungan pada klien dapat berdampak positif pada proses perawatan dan penyembuhan klien gagal jantung.

Beberapa penjelasan konsep keluarga dan penelitian yang sudah disebutkan memperlihatkan pentingnya fungsi keluarga dalam penanganan klien gagal jantung. Dukungan keluarga sangat mempengaruhi hasil positif dari proses keperawatan dan program pengobatan pada klien dengan gagal jantung.

#### 6.1.3 Hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kegiatan keagamaan

Hasil analisa bivariat hubungan antara kegiatan keagamaan dengan kebutuhan spritual klien gagal jantung diperoleh bahwa ada sebanyak 16 responden (41%) yang tidak aktif dalam kegiatan keagamaan terhadap pemenuhan kebutuhan spritual yang tinggi, sedangkan responden yang aktif dalam kegiatan keagamaan sebanyak 24 responden (80%) terhadap pemenuhan kebutuhan spritual yang tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,001$ , maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spritual dengan kegiatan keagamaan (ada hubungan yang signifikan antara kegiatan keagamaan dengan pemenuhan kebutuhan spritual). Hasil OR menunjukkan nilai 5,750 artinya kegiatan keagamaan aktif mempunyai peluang 5,75 kali untuk pemenuhan kebutuhan spritual dibanding dengan kegiatan keagamaan tidak aktif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Aviles et al (2001), bahwa efek kegiatan keagamaan seperti meditasi dan berdoa akan mempunyai respon relaksasi yang positif dan menunjukkan hasil yang baik untuk kenyamanan klien gagal jantung. Berdasarkan penelitian acak didapatkan bahwa setiap klien gagal jantung menghendaki diadakannya berdoa dan kegiatan

meditasi lebih sering, sedangkan pada penelitian ini hanya dilakukan satu minggu sebanyak satu kali.

Salah satu kegiatan keagamaan yang dilakukan adalah meditasi, dalam agama islam dapat disebut praktek keagamaan seperti melakukan shalat 5 waktu. Meditasi memberikan relaksasi yang mendalam sehingga menimbulkan ketenangan dalam pikiran. Proses ini berhubungan dengan adanya proses zat-zat kimia yang ada dalam tubuh dan pengaruh sistem hormonal yang menyadarkan kembali pada sistem keseimbangan (Kabbani, 2004) Pada aspek spiritual, kesehatan yang baik berhubungan dengan kesabaran dan perubahan kepribadian seseorang. Perubahan kepribadian menumbuhkan kesabaran, kepuasan hati, rasa bersyukur, kebahagiaan, kesenangan, cinta, rasa berbagi, keteguhan hati, memahami arti kebaikan, menahan nafsu dan sopan santun yang akan meningkatkan tingkat spiritual dan energi yang mengalir. Tanpa adanya perubahan kepribadian energi yang mengalir dalam tubuh akan mengalami masalah yang akan menyebabkan terjadinya penyakit, salah satunya masalah pada sistem jantung (Kabbani,2004).

Penelitian yang dilakukan Hardin et all (2003) mempunyai hasil yang bertolak belakang dengan penelitian ini. Penelitian menunjukkan bahwa responden dengan gagal jantung derajat akhir mempunyai keyakinan dan kegiatan keagamaan yang lebih rendah dibandingkan dengan klien gagal jantung derajat awal atau ringan. Responden yang mengalami gagal jantung derajat akhir menyatakan bahwa beribadah atau berdoa tidak dapat mengubah apapun yang sudah terjadi. Klien lebih memperhatikan kebutuhan fisik dibandingkan dengan kebutuhan spiritual.

#### 6.1.4 Hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan derajat gagal jantung

Hasil analisa bivariat hubungan antara derajat gagal jantung dengan pemenuhan kebutuhan spiritual diperoleh bahwa ada sebanyak 24 responden(49%) ada pada derajat gagal jantung berat terhadap kebutuhan spritual yang tinggi, derajat gagal jantung ringan sebanyak 16 responden (80%) pada pemenuhan kebutuhan spritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,016$ , maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spritual dengan derajat gagal jantung (ada hubungan yang signifikan antara derajat gagal jantung dengan pemenuhan kebutuhan spritual). Hasil OR menunjukkan nilai 4,167 artinya responden dengan derajat gagal jantung ringan mempunyai peluang 4,2 kali untuk kebutuhan spritual dibanding responden dengan derajat gagal jantung berat.

Perbedaan hasil penelitian ini terlihat pada penelitian yang dilakukan Hardin et al (2003), penelitian dilakukan pada 29 klien gagal jantung untuk menentukan hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kategori derajat gagal jantung I-IV menurut *NewYork Heart Association*. Penelitian ini menunjukkan bahwa klien dengan gagal jantung derajat akhir mempunyai keyakinan dan kegiatan keagamaan yang lebih rendah dibandingkan dengan klien gagal jantung derajat awal atau ringan. Responden yang mengalami gagal jantung derajat akhir menyatakan bahwa beribadah atau berdoa tidak dapat mengubah apapun yang sudah terjadi. Klien lebih memperhatikan kebutuhan fisik dibandingkan dengan kebutuhan spiritual. Pemenuhan kebutuhan spiritual ternyata tidak selamanya dibutuhkan oleh klien gagal jantung.

Penelitian Adler et al (2009), menunjukkan bahwa klien dengan derajat gagal jantung berat mempunyai efek penurunan kualitas hidup berkaitan dengan derajat gagal jantung yang memperlihatkan semakin memburuknya prognosis penyakit klien. Klien yang hidup dengan penyakit kronis seperti halnya gagal jantung memiliki kebutuhan prioritas dari sistem pelayanan kesehatan yang ada. Kebutuhan prioritas pada klien dengan derajat gagal jantung yang berat meliputi kebutuhan fisik tentang penanganan nyeri secara adekuat, sesak nafas, edema, kelemahan, anoreksia termasuk kecemasan dan depresi. Hal yang dominan sering terjadi adalah adanya nyeri dan depresi akibat keterbatasan fisik yang dialami oleh klien gagal jantung.

Nyeri merupakan hal yang umum dialami oleh klien dengan derajat gagal jantung yang berat, untuk mengatasinya digunakan obat-obatan yang sesuai dengan keluhan klien. Ketergantungan pada obat-obat penghilang rasa sakit kemungkinan dapat saja terjadi, terkadang klien menggunakan perilaku manipulasi untuk mendapatkan obat penghilang rasa sakit ini. Adanya edema juga merupakan tanda ketidaknyamanan pada klien gagal jantung karena menimbulkan adanya periode dispnea, dan prinsip penatalaksanaan untuk mengatasinya adalah dengan pemberian diuretik.

#### 6.1.5 Hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kecemasan

Hasil analisis bivariat hubungan antara kecemasan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual diperoleh bahwa ada sebanyak 19 responden (63,3%) cemas terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual yang tinggi, tidak cemas 21 responden (53,8%) terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual tinggi. Hasil uji

statistik di peroleh nilai  $p = 0,293$ , maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spiritual dengan kecemasan (tidak ada hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan kebutuhan spiritual).

Hasil penelitian ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Riedinger (2010) yang menjelaskan bahwa beberapa penelitian yang dilakukan berhubungan dengan terjadinya kecemasan pada klien dengan gagal jantung tidak konsisten, karena ada beberapa penelitian lain membuktikan bahwa prognosis yang memburuk dan rawat inap berulang pada klien gagal jantung lebih disebabkan karena adanya depresi bukan karena kecemasan.

Berbeda dengan hasil penelitian di atas, kecemasan merupakan faktor lain yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung. Dengan adanya keterbatasan fisik klien gagal jantung dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, menuntut orang lain khususnya keluarga untuk memenuhinya. Perasaan tidak mampu dan tidak berdaya umumnya terjadi pada klien gagal jantung sehingga mempengaruhi psikologis klien dan dapat menimbulkan terjadinya kecemasan sampai dengan depresi (*Newyork Heart, Lung and Blood Institute, 2006*)

Beberapa penelitian yang pernah dilakukan menunjukkan bahwa 38 – 70% klien gagal jantung mempunyai indikasi mengalami kecemasan, pada klien yang lebih lanjut usianya tingkat kecemasan diperkirakan 60% lebih tinggi dibandingkan dengan klien dewasa dan menyebabkan tingkat kesakitan dan kematian yang semakin bertambah dari tahun ke tahun (Olafiranye, 2010).

Kecemasan merupakan perasaan yang tidak menyenangkan, berhubungan erat dengan emosi yang terjadi karena adanya faktor pencetus yang merupakan proses antisipasi dalam melihat masa depan atau mengingat peristiwa pada masa lampau, bisa terlihat dari gambaran klien yang panik, ketakutan akan sesuatu hal yang belum tentu terjadi atau sudah terjadi menghadapi situasi krisis pada klien dengan gagal jantung (Olafiranye, 2010).

Kecemasan seringkali muncul bersamaan dengan terjadinya depresi, dan mungkin merupakan salah satu manifestasi dari terjadinya depresi. Jiang et al (2004) dalam penelitiannya menjelaskan, walaupun kecemasan dan depresi mempunyai hubungan yang erat dengan klien gagal jantung, tetapi depresi mempunyai gejala yang lebih jelas dan dapat memperburuk prognosis klien gagal jantung. Gejala dan tanda kecemasan yang terjadi pada klien dengan gagal jantung biasanya tersamar dengan adanya gejala dan tanda depresi. Depresi merupakan hal yang umum terjadi pada klien dengan gagal

jantung dan merupakan penyebab yang mempunyai tanda dan gejala tersendiri serta menunjukkan peningkatan morbiditas dan mortalitas pada klien dengan gagal jantung.

#### 6.1.6 Hubungan antara pemenuhan kebutuhan spiritual dengan depresi

Hasil analisa bivariat hubungan antara depresi dengan kebutuhan spritual diperoleh bahwa ada sebanyak 10 responden (38,5%) depresi terhadap kebutuhan spritual yang tinggi, tidak depresi 30 (69,8%) terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai  $p = 0,011$ , maka dapat disimpulkan ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spritual dengan depresi (ada hubungan yang signifikan antara depresi dengan pemenuhan kebutuhan spritual). Hasil OR menunjukkan nilai 3,692 artinya klien tidak depresi mempunyai peluang 3,7 kali untuk pemenuhan kebutuhan spritual dibanding dengan klien depresi. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan Bekelman et al (2007), depresi umum terjadi pada klien dengan gagal jantung, di Amerika Serikat angka kejadiannya berkisar antara 13.9 % sampai dengan 36.5%, dengan tanda-tanda depresi yang meliputi : perasaan besalah dan tidak berdaya, merasa sedih, sering menangis tanpa alasan yang jelas, iritabilitas, marah dan terkadang agresif. Depresi pada klien gagal jantung juga berhubungan dengan kualitas hidup, prognosis yang memburuk, fungsi fisik dan sosial yang sangat menurun, dan meningkatnya angka kematian. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa nilai kesejahteraan spiritual yang tinggi mempunyai hubungan yang sangat erat dengan penurunan tingkat depresi pada klien gagal jantung, begitu juga dengan nilai kebutuhan spiritual pada makna hidup atau harapan, sedangkan pada nilai keyakinan hubungannya tidak begitu kuat, responden wanita lebih mudah depresi dibandingkan dengan pria pada penelitian ini.

Beberapa peneliti menemukan terjadinya depresi pada klien dengan gagal jantung. Gejala-gejala depresi ditemukan sebanyak 42% pada klien gagal jantung yang masih dapat berjalan (Skotzo et al, 2000). Peneliti juga menemukan bahwa depresi pada klien gagal jantung mempunyai resiko mortalitas yang lebih tinggi berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengatasi gejala-gejala depresi pada saat menghadapi kondisi penyakit gagal jantungnya (Rozzini, et al 2002). Depresi terjadi pada 21% - 36% klien dengan gagal jantung, derajat gagal jantung yang berat sangat berhubungan dengan kejadian depresi. Klien gagal jantung yang mengalami depresi mempunyai gambaran klinis yang semakin memburuk dan berulang kali kembali di rawat inap. Angka kematian semakin meningkat

pada klien gagal jantung yang mengalami depresi (Adler et al, 2009). Depresi merupakan hal yang umum terjadi pada klien dengan gagal jantung, dan dapat terjadi secara bersamaan dengan memburuknya kondisi klien. Hal yang sangat penting adalah mengenali adanya perasaan sedih yang amat mendalam disebabkan karena adanya akibat dari penyakit gagal jantung. Gejala depresi yang jelas dapat terlihat pada kurang lebih 20% kematian dimana terdapat peningkatan yang signifikan pada klien yang mengalami depresi (Jarsma et al, 2009)

Gejala depresi meliputi penurunan mood, penurunan minat melakukan kegiatan, perubahan berat badan, perubahan tidur, perubahan psikomotor, keletihan, merasa diri tidak berharga atau bersalah serta adanya penurunan konsentrasi. Gejala depresi pada lansia tidak begitu tampak dikarenakan adanya perubahan normal pada lansia atau kondisi penyakit. Penyebab depresi pada lansia sangat kompleks karena melibatkan banyak kehilangan, salah satunya kehilangan fungsi fisik dikarenakan adanya penyakit kronis seperti gagal jantung (Morton, 2008)

Pengobatan anti depresan tidak selalu dapat diandalkan untuk menghilangkan adanya depresi yang dialami oleh klien gagal jantung, pemenuhan kebutuhan spiritual sangat penting untuk mengurangi tingkat depresi yang terjadi pada klien gagal jantung usia lanjut. Sangat penting untuk menanyakan kebutuhan dan keperluan klien gagal jantung dalam pemenuhan kebutuhan spiritualnya tanpa menanyakan keyakinan mereka, dan memberikan kesempatan pada klien untuk menemukan ketenangan dalam menghadapi kematian (Jarsma et al, 2009)

#### 6.1.7 Faktor yang paling dominan berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pada klien dengan gagal jantung

Berdasarkan hasil analisis multivariat diperoleh variabel nilai OR yang paling tinggi adalah variabel fungsi keluarga dengan nilai OR 0,299, artinya fungsi keluarga merupakan faktor yang paling berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pada klien gagal jantung.

Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Polikandrioti dan Ntokou (2011), berkenaan dengan dukungan keluarga, menyatakan bahwa klien gagal jantung membutuhkan dukungan penuh dari keluarga untuk menghadapi masalah yang dihadapi, dan ini berhubungan dengan beberapa adaptasi yang harus dilakukan oleh klien gagal jantung yang meliputi adanya perubahan fungsi pada fisik, emosional dan psikologik akibat dari penyakit yang dialami. Pada saat klien didiagnosa gagal jantung, ada ketidakinginan klien untuk menerima keterbatasan

yang akan dialami akibat penyakit gagal jantung yang diderita. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa mempertahankan komunikasi dan meningkatkan dukungan pada klien dapat berdampak positif pada proses perawatan dan penyembuhan klien gagal jantung.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

### 6.2.1 Kesulitan memperoleh sampel penelitian

Kesulitan memperoleh sampel penelitian dikarenakan proses perijinan yang terlalu lama dan tidak banyak klien gagal jantung yang dirawat inap pada bulan juni ini, banyaknya klien gagal jantung yang dirawat tidak dapat diprediksi jumlahnya. Di tambah lagi dengan beberapa klien gagal jantung yang tidak dapat berpartisipasi dalam penelitian ini dikarenakan adanya kondisi klien yang tidak memungkinkan, diantaranya kondisi haemodinamik yang tidak stabil, penggunaan oksigenasi tekanan tinggi, adanya penurunan kesadaran dan kondisi klien yang terlalu lemah sehingga tidak fokus pada pertanyaan yang diajukan.

### 6.3 Implikasi dalam keperawatan

6.3.1 Hasil penelitian yang sudah dilakukan dapat dijadikan bahan rujukan dalam pengembangan ilmu keperawatan, termasuk dalam mengembangkan faktor – faktor lain yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung.

6.3.2 Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai rujukan dalam pelayanan keperawatan khususnya dalam memenuhi kebutuhan spiritual pada klien dengan gagal jantung, dalam memberikan asuhan keperawatan perawat tidak hanya fokus pada kebutuhan fisik klien, tetapi juga memperhatikan kebutuhan spiritual yang diperlukan klien khususnya klien gagal jantung, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan bersifat holistik.

6.3.3 Melakukan sosialisasi hasil penelitian untuk memberikan gambaran pemenuhan kebutuhan spiritual yang dibutuhkan klien gagal jantung pada perawat pelaksana yang langsung bersinggungan dengan klien, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat dilakukan secara holistik atau menyeluruh dan memberikan rasa nyaman khususnya pada klien gagal jantung.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abu-Rash,W (2011). *Muslim Chaplain's Role As Perceived By Directors And Chaplain Of New York City Hospitals And Health Care Setting*. Journal Of Muslim Mental Health. Adelphi University
- Barber et al (2008). *Nursing students' perception of spiritual awareness after participating in a spirituality project*. Dissertation, faculty of college of Saint Mary. Omaha. Nebraska.
- Chang, E (2009). *Patofisiologi : Aplikasi pada praktik keperawatan*. EGC
- Clark et al (2002). *Patient centeredness : Addressing patients' emotional and spiritual needs*. Joint Comission Journal on Quality and Safety <http://www.permanente.net/homepage/kaiser/pdf/51472.pdf>
- Creswell, J (2010). *Research design : pendekatan kualitatif, kuantitatif dan mixed*. Pustaka pelajar
- Dewit, C (2009). *Medical surgical nursing : concept and practice*. Saunders Elsevier
- Dahlan, M (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan : deskriptif, bivariat dan multivariat*. Salemba medika
- Galek et al (2005). *Assesing a patient's spiritual needs : a comprehensive instrument*. Holistic Nursing Practice ; 19(2);62-69
- Hastono (2007). *Analisis data kesehatan*. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Ijeoma et al (2011). *Helpless patients' satisfaction with quality of nursing care in federal tertiary hospitals*. Enugu. Southeast. Nigeria. International journal of nursing and midwifery vol.3(1), pp. 6-13. Januari 2011
- Jeon et al (2010). *The experience of living with chronic heart failure : a narrative review of qualitative studies*. BMC Health Services Research 2010
- Kemenkes (2007). *Riset kesehatan dasar 2007*. Kementerian kesehatan RI
- Koenig et al (2010). *Spiritual needs of patients with chronic diseases*. Religions ISSN 2077-1444.18-27;doi: 10.3390/rel1010018 [www.mdpi.com/journal/religion](http://www.mdpi.com/journal/religion)

- Latorra, M (2005). *Trans-Spirit : Religion, spirituality and transhumanisme*.
- Journal of evolution and technology. New mexico state university
- Lovering, S (2008). *Arab muslim nurse's experience of the meaning of caring*. Thesis. The university of Sidney, faculty of health sciences.
- Morton et al (2005). *Critical care nursing : a holistic approach*. Edisi 8. Lippincot William and Wilkins
- Miller, W (2011). *The Present State of Workplace Spirituality: A literature review considering context, theory, and measurement assessment*. Princeton university
- Mowat, H (2008). *The potential for efficacy of healthcare chaplaincy and spiritual care provision*. Mowat research.
- Muttaqin, A (2009). *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan kardiovaskular*. Salemba Medika
- Nursalam (2009). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Edisi 2. Salemba Medika
- Nursalam (2011). *Manajemen keperawatan : Aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Salemba medika
- Notoatmodjo (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Rineka cipta
- Polit , Beck (2004). *Nursing research : principle and method*. Philadelphia : J.B Lippincot
- Price, S. A. (2005). *Patophysiology, clinical concept of disease processes*. Wiley Blackwell Company
- Rex, amy (2005). *Using the synergy model to provide spiritual nursing care in critical care settings*. Clinical article
- RCN spirituality survey (2010). *Spirituality and spiritual care in nursing*. Royal College of Nursing
- Sastroasmoro, Ismael (2011). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi ke-4. Sagung seto.
- Kozier, Erb (2010). *Buku ajar fundamentak keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 7 volume 1. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta
- Kozier, Erb (2010). *Buku ajar fundamentak keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 7 volume 2. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta
- Potter, Perry (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep, Prose dan Praktik*. Edisi 4 volume 1. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta
- Hidayat, Uliyah (2012). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia : Kurikulum berbasis kompetensi (KBK)*. Health Book Publishing.
- Alligood, Tomey (2006). *Nursing Theorist and their work*. Edisi ke 6. Mosby Elsevier.
- Bekelman et al (2007). *Spiritual well being and depression in patient with heart failure*. Society of general Internal medicine 2007;22:470-477
- Nayak et al (2012). *Socio-Cultural Perspectives on Health and Illnesses*. Nitte university Journal of Health Science. NUJJHS Vol 2. ISSN 2249-7110
- Seybold S (2007). *Physiological Mechanism involved in religiosity/spirituality and health*. J Behav Med 30:303-309. DOI 10.1007/s10865-007-9115-6
- Touro Institute (2007). *Spiritual assessment and care*. Touro institute in conjunction with the university of Minnesota.
- Leeuwen, cusveller (2004). *Nursing competencies for spiritual care*. Journal of advanced nursing, 48 (3):234-246
- Noor El (2012). *Spiritual care for cardiac patients admitted to coronary care units in Gaza strip : cardiac patient perception*. IUG Journal of Natural and Engineering Studies. Vol 20, no 2, pp 73-98. ISSN 1726-6807
- Formiga et al (2004). *End of life preferences in elledery patients for herat failure*. DOI 10.1093/qjmed/hch193. QJ Med 2004 ;97:803-80