

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMENUHAN KEBUTUHAN SPIRITUAL PADA KLIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG RAWAT INAP

Erlin Ifadah¹ dan Apri Sunadi²

1) Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi S1 Keperawatan

2) Dosen Fakultas Ilmu Kesehatan Prodi S1 Keperawatan

Universitas Respati Indonesia Jakarta

Jl. Bambu Apus 1 No.3 Cipayung, Jakarta Timur 13890

Email: lppm@urindo.co.id

ABSTRAK

Gagal jantung adalah kegagalan 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. Simpulan fungsi keluarga mempunyai peranan penting dalam pemenuhan kebutuhan spiritual klien gagal jantung. Saran keluarga harus dilibatkan pada setiap asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien gagal jantung.

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

1. 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 (Price, 2005).

Gagal jantung menyerang bukan hanya pada pria tetapi juga pada wanita, kejadiannya terus meningkat setiap tahun. *American Heart Association (AHA)* menyatakan bahwa prevalensi gagal jantung pada tahun 2005 sebesar 2,5%, dimana 2,8% pada pria dan 2,2% pada wanita, kemudian pada tahun 2006 mengalami peningkatan menjadi 2,6%, dimana 3,1% pada pria dan 2,1% pada wanita dengan jumlah kematian 282.800 jiwa. *National Heart, Lung and*

Blood Institute (NHLBI) menunjukkan tingginya angka morbiditas klien gagal jantung, dengan hasil 5% klien berusia 60-69 tahun dan 10% berusia diatas 70 tahun, ada sekitar 550.000 klien baru yang terdiagnosa gagal jantung setiap tahunnya di Amerika Serikat dan didominasi oleh kaum pria (*NHLBI*, 2006).

Insiden gagal jantung di Amerika Serikat dalam setahun diperkirakan 2,3 – 3,7 per 1000 klien per tahun. Menurut penelitian, jumlah klien gagal jantung terbilang rendah pada usia di bawah 45 tahun, tapi meningkat tajam pada usia 75 – 84 tahun. Prognosis dari gagal jantung akan buruk bila dasar atau penyebabnya tidak dapat diperbaiki. Seperdua dari klien gagal jantung akan meninggal dunia dalam 4 tahun sejak diagnosis ditegakkan. Lebih dari 50 % klien gagal jantung berat, akan meninggal pada tahun pertama (Maggioni, A., 2005).

Manifestasi klinik gagal jantung dapat berupa; dipsnea, ortopnea, batuk, edema pulmonal, menurunnya saturasi oksigen,

menurunnya *urine output*, sakit kepala, edema ekstremitas, pembesaran hati, anoreksia dan kelemahan. Hal ini menyebabkan tingginya mortalitas dan morbiditas serta seringnya klien gagal jantung berulang kali keluar masuk rumah sakit untuk dirawat. Rata-rata sebanyak 44% klien gagal jantung kembali lagi ke rumah sakit dalam jangka waktu 6 bulan (Angelidou, 2010)

Kelemahan dan keterbatasan aktifitas fisik membuat klien gagal jantung merasa tidak berdaya, tidak berguna dan merasa bahwa akan menghadapi kematian dalam waktu dekat. Kondisi krisis yang dihadapi klien gagal jantung harus mendapatkan perhatian salah satunya dengan memberikan perawatan secara holistik meliputi *body, mind* dan *spirit*. (Hardin, 2003)

Klien gagal jantung sangat membutuhkan keperawatan holistik untuk menyesuaikan diri dan beradaptasi dengan kondisi fisik yang dideritanya, menerima apa yang dialami dengan penuh kesabaran dan berusaha untuk tetap memotivasi diri dalam menjalani hidup dengan sebaik-baiknya (Mariano, 2009).

Menurut Meyer (2003), pentingnya keperawatan holistik sudah diidentifikasi oleh AHNA (*American Holistic Nurse Association*) yang mengatakan bahwa "Keperawatan holistik adalah perawatan yang meliputi kebutuhan fisik, psikologik, sosial dan spiritual dari seorang individu dan merupakan satu kesatuan yang utuh dan tidak dapat dipisahkan".

Newberg (2001) pada penelitiannya menjelaskan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual akan meningkatkan aliran darah bilateral pada korteks frontal dan thalamus serta menurunkan aliran darah di korteks parietal superior pada saat dilakukannya meditasi keagamaan dan sembahyang. 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 yang di ekspresikan melalui pengalaman religious. Meditasi juga menghasilkan peningkatan di GABA (*Gamma-Amino Butyric Acid*), peningkatan melatonin, serotonin dan lainnya yang berefek pada

kesadaran spiritual dengan memproduksi ilusi, pengalaman mistik dan kegembiraan religious yang diakibatkan adanya perubahan serotonin di otak (Roberts, 2006).

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang diperlukan pada klien gagal jantung, meliputi kebutuhan akan mencintai dan dicintai oleh zat yang Maha Tinggi (Tuhan), diri sendiri, keluarga, orang lain serta lingkungan di sekitarnya, memaknai bahwa penyakit yang diderita merupakan tanda kasih sayang Tuhan terhadap dirinya, memaafkan diri, keluarga, sahabat dan orang lain, menjalani praktik keagamaan (berdoa, sembahyang) sebagai kebutuhan manusia untuk berhubungan dengan Tuhannya, mengikuti aktifitas keagamaan sebagai kebutuhan untuk ketenangan ruhani yang dibutuhkan, serta meyakini adanya bahwa setiap manusia akan menghadapi kematian (Galek *et al*, 2005).

Penelitian yang dilakukan oleh Hardin *et al* (2010) menemukan bahwa klien yang menderita gagal jantung stadium akhir memiliki kebutuhan lebih rendah pada kegiatan spiritual dan keyakinan. Penelitian ini juga mengungkapkan bahwa pada klien gagal jantung stadium akhir hasilnya cenderung rendah dalam melakukan doa dan meditasi dibandingkan dengan klien gagal jantung pada stadium awal. Klien gagal jantung stadium akhir lebih cenderung memperhatikan kebutuhan fisiknya seperti kebutuhan untuk bernafas dibandingkan harus fokus dengan kebutuhan spiritualnya.

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 *New York 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.

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 (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).

Lichter (2013) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa masalah yang dapat timbul jika pemenuhan kebutuhan spiritual tidak terpenuhi salah satunya adalah distress spiritual, beberapa penelitian menemukan adanya hubungan yang signifikan secara empiris bahwa keresahan spiritual atau distress spiritual dapat terjadi karena adanya masalah pada keyakinan seseorang, timbul karena adanya masalah yang dihadapi atau pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan. Reaksi yang timbul dari distress spiritual ini dapat berupa emosi pribadi berupa adanya perasaan bersalah atau marah pada Tuhan akan masalah yang terjadi, atau kegagalan seseorang untuk mendamaikan masalah yang ada dengan keyakinan yang dianut.

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 bersalah 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.

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.

2. METODE

Penelitian ini menggunakan desain cross sectional karena variabel *independen* dan variabel *dependen* di observasi dalam waktu yang bersamaan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua klien agagal jantung yang di rawata inap. Sampel diambil dengan teknik purposive sampling, yaitu sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 69 sampel. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner modifikasi spiritual need questioner (SPnQ), *Family Functioning Style Scale (FFSS)*, *Religious Commitment Scale*, *Hamilton Anxiety Scale* dan *Geriatric Depression Scale (GDS)*. Setelah data terkumpul, langkah selanjutnya adalah melakukan pengolahan data dan dilakukan analisis secara univariat, bivariat dan multivariat

3. HASIL

Adapun penyajian hasil penelitian dilakukan dalam tiga tahap, yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat

Analisis Univariat

Tabel 1.0.
Distribusi responden menurut karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, lama rawat di ruang rawat inap Tahun 2013

No	Variabel	Kategori	N =69	Prosen tase
1.	Usia	Middle age	42	60,9%
		Elderly	22	30,9%
		Old	5	7,2%
		Very old		
2.	Jenis Kelamin	Laki – laki	47	68,1 %
		Perempuan	22	31,9 %
3.	Pendidikan	SD	19	27,5 %
		SMP	24	34,8 %
		SLTA	24	34,8 %
		S-1	2	2,9 %
4.	Lama Rawat	Lama	31	55,1 %
		Tidak lama	38	44,9 %

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.1 dapat terlihat proporsi responden gagal jantung berdasarkan usia, didapatkan responden lebih banyak yang berusia middle age sebanyak 42 orang(60,9%), dibandingkan usia elderly 22 orang (30,9%) dan usia old sebanyak 5 orang (7,2%). Sedangkan tidak ada satupun yang berusia very old.

Berdasarkan jenis kelamin, lebih banyak responden adalah laki-laki dengan jumlah 47 orang (68,1%), sedangkan responden perempuan berjumlah 22 orang (31,9%).

Menurut pendidikan terakhir responden terlihat jumlah yang sama pada responden yang berpendidikan SMP dan SLTA dengan masing-masing 24 responden (34,8%), sedangkan responden yang berpendidikan SD sebanyak 19 orang (27.5%), dan S1 sebanyak 2 orang (2,9%). Selanjutnya hasil analisis pada tabel untuk responden berdasarkan lamanya di rawat, responden yang dirawat kurang dari 6 hari berjumlah 38 orang (55,1%), dan responden yang dirawat lebih dari 6 hari berjumlah 31 orang (44.9%).

Analisis Bivariat

Tabel 1.1.
Distribusi hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen di ruang rawat inap Tahun 2013 (n=69)

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

Variabel	Pemenuhan kebutuhan spiritual				95% CI		OR	p value
	Rendah		Tinggi		Min	Max		
	n	%	n	%				
Fungsi Keluarga	1	65,5 %	1	34,5 %	1,9	16,2	5,700	0,001
▪ Kurang Baik	9		0					
▪ Baik	1	25 %	3	75 %				
▪ Baik	0		0					
Kegiatan Keagamaan	2	59 %	1	41 %	1,9	17,2	5,750	0,001
▪ Tidak Aktif	3	20 %	6	80 %				
▪ Aktif	6		2					
Derajat gagal jantung	2	51 %	2	49 %	1,2	14,2	4,167	0,016
▪ Berat	5	20 %	4	80 %				
▪ Ringan	4		1					
▪ Ringan	4		1					
Kecemasan	1	36,7 %	1	63,3 %	0,2	1,7	0,675	0,293
▪ Cemas	1		9					
▪ Tidak Cemas	1	46,2 %	2	53,8 %				
▪ Tidak Cemas	8		1					
Depresi	1	61,5 %	1	38,5 %	1,3	10,2	3,692	0,011
▪ Depresi	6		0					
▪ Tidak depresi	1	30,2 %	3	69,8 %				
▪ Tidak depresi	3		0					

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 spritual dibanding dengan fungsi keluarga kurang baik.

b. Hubungan antara kegiatan keagamaan dengan pemenuhan kebutuhan spritual
Menurut hasil analisis hubungan antara kegiatan keagamaan dengan pemenuhan kebutuhan

spritual klien gagal jantung diperoleh bahwa ada sebanyak 16 responden (41%) yang tidak aktif dalam kegiatan keagamaan terhadap pemenuhan kebutuhan spritual tinggi, sedangkan responden yang aktif dalam kegiatan keagamaan sebanyak 24 responden (80%) pada kebutuhan spritual 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 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 spritual

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 spritual tinggi, derajat gagal jantung ringan 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 diperoleh 4,167 artinya responden dengan derajat gagal jantung ringan mempunyai peluang 4,2 kali untuk kebutuhan spritual dibanding responden dengan derajat gagal jantung berat.

d. Hubungan antara kecemasan dengan pemenuhan kebutuhan spritual

Menurut hasil analisis hubungan antara kecemasan dengan pemenuhan kebutuhan

spritual diperoleh bahwa ada sebanyak 19 responden (63,3%) cemas terhadap pemenuhan kebutuhan spritual tinggi, tidak cemas 21 responden (53,8%) pada pemenuhan kebutuhan spritual tinggi. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,293$, maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan proporsi pemenuhan kebutuhan spritual dengan kecemasan (tidak ada hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan pemenuhan kebutuhan spritual).

e. Hubungan antara depresi dengan pemenuhan kebutuhan spritual

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara depresi dengan pemenuhan kebutuhan spritual diperoleh bahwa ada sebanyak 10 responden (38,5%) depresi terhadap pemenuhan kebutuhan spritual yang tinggi, tidak depresi 30 responden (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.

Analisis Multivariat

Tabel 1.3.
Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik
Metode Backward

Langkah	Variabel	Koefisien	p value	OR (95% CI)
Langkah -1	Fungsi Keluarga	-1,093	0,123	0,335 (0,084 – 1,343)
	Kegiatan	-1,837	0,010	0,159 (0,040 – 0,640)
	Keagamaan	-2,716	0,002	0,066 (0,112 – 0,380)
	Derajat gagal jantung	-0,977	0,247	0,377 (0,072 – 1,970)
	Depresi Konstanta	4,335	<0,001	76,316
Langkah-2	Fungsi Keluarga	-1,472	0,021	0,229 (0,066 – 0,797)
	Kegiatan Keagamaan	-2,018	0,003	0,133 (0,035 – 0,510)
	Derajat gagal jantung	-2,351	0,003	0,095 (0,020 – 0,448)
	Konstanta	3,938	<0,001	51,316

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).

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.

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Teridentifikasi karakteristik klien gagal jantung dengan rata – rata usia 57 tahun, jenis kelamin dominan laki – laki dan pendidikan rata – rata SMP dan SLTA

- a. Ada hubungan yang signifikan antara fungsi keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritual
- b. Ada hubungan yang signifikan antara fungsi kegiatan keagamaan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual
- c. Ada hubungan yang signifikan antara derajat gagal jantung dengan pemenuhan kebutuhan spiritual
- d. Tidak ada hubungan yang signifikan antara fungsi keluarga dengan pemenuhan kebutuhan spiritual
- e. Ada hubungan yang signifikan antara depresi dengan pemenuhan kebutuhan spiritual
- f. Faktor yang paling berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pada klien gagal jantung adalah fungsi keluarga

Saran

Manajemen rumah sakit

- a. Meningkatkan fasilitas bimbingan rohani yang sudah ada dengan menambah frekuensi kunjungan ke ruang perawatan untuk memberikan kebutuhan rohani pada klien dengan gagal jantung, menambah tenaga konsultan bimbingan rohani bila memang kurang memadai.
- b. Memfasilitasi tempat ibadah pada tiap ruangan beserta peralatannya agar dapat dijangkau dengan mudah oleh klien gagal jantung

Pelayanan keperawatan

- a. Meningkatkan pelayanan keperawatan dengan memberikan asuhan keperawatan spiritual dalam melakukan setiap tindakan keperawatan pada klien gagal jantung. Menganjurkan klien berdoa sebelum dilakukan tindakan keperawatan atau

melibatkan keluarga merupakan kebutuhan spiritual yang diperlukan klien gagal jantung.

- b. Meningkatkan kompetensi dalam mengkaji kebutuhan spiritual pada klien gagal jantung dengan mengikuti seminar – seminar asuhan keperawatan spiritual.
Pada masyarakat: meningkatkan fungsi keluarga dalam pemenuhan klien gagal jantung

DAFTAR PUSTAKA

- Adler, D., Goldfinger, J.Z., Kalman J., Park, E.M., Meier D.E. 2009. *Palliative Care in the Treatment of Advanced Heart Failure*. American Heart Association. Circulation. 2009;120;2597-2606.
- Angelidou, Dimitra. 2010. *Caring for the heart failure patients : contemporary nursing interventions*, <http://www.hospitalchronicles.gr/index.php/hchr/article/view/227/192>
- Allgood, Tomey. 2006. *Nursing Theorist and their work*. Edisi ke-6. Mosby Elsevier.
- Bekelman, B.D 2007. *Spiritual well being and depression in patient with heart failure*. Society of general Internal medicine 2007;22:470-477.
- Dossey. 2005. *Holistic nursing: A handbook for practice*. (4th ed). Massachusetts: Jones and Bartlett Publisher.
- Dunst, C.J. 1988. *Enabling and empowering families : Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA : Brookline books.
- Formiga, F. 2004. *End of life preferences in elderly patients for heart failure*. <http://qjmed.oxfordjournals.org> DOI 10.1093/qjmed/hch193.QJ Med 2004 ; 97:803-808.
- Galek, Kathleen. 2005. *Assesing a patient's spiritual needs : a comprehensive instrument*. Holistic Nursing Practice ; 19(2);62-69.
- Govier, Ian 2000. *Spiritual care in nursing : A systematic approach*. <http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-spiritual-care-in-nursing-a-systematic-approach>.
- Greenberg, A. Sherry. 2012. *The Geriatric Depression Scale*. <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>.
- Griffin, Quinn T.M. 2007. *Spirituality and well being among elders : differences between elders with heart failure and those without heart failure*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686336/pdf/cia-2-669.pdf>.
- Hamid. 2008. Bunga rampai asuhan keperawatan jiwa. EGC. Jakarta.
- Hastono. 2007. *Analisis data kesehatan*. Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hardin. 2010. *Spirituality as integrality among chronic heart failure patients : a pilot study*. www.thefreelibrary.com/spirituality+as+integrality+among+chronic+heart+failure+patients.
- Haworth, J.E. 2005. *Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction*. <http://eurjhf.oxfordjournals.org>. The European Journal of Heart Failure 7 803-804 diperoleh pada tanggal 12 Desember 2012.
- Hidayat. 2012. *Buku ajar kebutuhan dasar manusia : Kurikulum berbasis kompetensi (KBK)*. Health Book Publishing.
- 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.
- Jeon et al. 2010. *The experience of living with chronic heart failure : a narrative review of qualitative studies*. BMC Health Services Research 2010.
- Junger, Jana. 2005. *Depression increasingly predict mortality in the course of congestive heart failure*. <http://eurjhf.oxfordjournals.org>
- Koenig, G. Harold. 2010. *Spiritual needs of patients with chronic diseases*. www.mdpi.com/journal/religion. Religions ISSN 2077-1444.18-27;doi: 10.3390/rel1010018.

- Kozier, Erb. 2010. *Buku ajar fundamental keperawatan : Konsep, Proses danPraktik*. Edisi 7 volume 1. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.
- Kozier, Erb. 2010. *Buku ajar fundamental keperawatan :Konsep, Proses danPraktik*. Edisi 7 volume 2. Penerbit buku kedokteran EGC, Jakarta.
- Leeuwen, Cusveller. 2004. *Nursing competencies for spiritual care*. Journal of advanced nursing, 48 (3):234-246.
- Maier, W. 1988. *The Hamilton Anxiety Scale : reliability, validity and sensitivity to change anxiety and depressive disorder*. J Affect Disord 1988;14(1):61-8.
- Marshal, Chin H, Goldman Lee. 1997. *Factors contributing to the Hospitalization of Patients with congestive Heart Failure*. American Journal of Public Health 643-648.
- Muttaqin, A. 2009. *Asuhan keperawatan klien dengan gangguan kardiovaskular*. Salemba Medika.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Rineka cipta.
- Pfeifer, S. 1995. *Psychopatology and religious commitment : A controlled study, psychopathology*, 28, 70-77.
- Polit, Beck. 2004. *Nursing research : principle and method*. Philadelphia : J.B Lippincot.
- Potter & Perry. 2005. *Buku ajar fundamental keperawatan :Konsep, Proses danPraktik*. Edisi 4 volume 1. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta.
- Polikandrioti, M., Ntokou, M. 2011. *Needs of Hospitalized Patients*. Health Science Journal, 15-22.
- Price, S. A. 2005. *Patophysiology, clinical concept of disease processes*. Wiley Blackwell Company.
- 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.
- Seybold, S. 2007. *Physiological Mechanism involved in religiosity/spirituality and health*. J Behav Med 30:303-309. DOI 10.1007/s10865-007-9115-6.
- Shri, R. 2006. *Management of anxiety*. In B. Mahesh, K. Brijlata, & B. Vivek (Eds), *Modern Psychology and human Life*. Agra, India.
- Touro Institute. 2007. *Spiritual Assessment and Care*. Touro institute in conjunction with the university of Minnesota.
- Watson, J. 2008. *Nursing :The Philosophy and Science of Caring*, Boulder: University Press of Colorado.
- Wright, S.P., Verouhis ,D., Gamble, G., Swedberg, K., Sharpe, N., Doughty, RN. 2003. *Factors Influencing the Length of Hospital Stay of Patients With Heart Failure*. The European Journal of Herat Failure 5 (2003) 201-209.