

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL KEPERAWATAN SPIRITUAL
TERHADAP KUALITAS HIDUP, 6MWT, KADAR sST2, DAN VMA
PASIEN GAGAL JANTUNG**



FANNI OKVIASANTI

**PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022**

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL KEPERAWATAN SPIRITUAL
TERHADAP KUALITAS HIDUP, 6MWT, KADAR sST2, DAN VMA
PASIEN GAGAL JANTUNG**



FANNI OKVIASANTI

**PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022**

DISERTASI

**PENGEMBANGAN MODEL KEPERAWATAN SPIRITUAL
TERHADAP KUALITAS HIDUP, 6MWT, KADAR sST2, DAN VMA
PASIEN GAGAL JANTUNG**

FANNI OKVIASANTI

**PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022**

**PENGEMBANGAN MODEL KEPERAWATAN SPIRITUAL
TERHADAP KUALITAS HIDUP, 6MWT, KADAR sST2, DAN VMA
PASIEN GAGAL JANTUNG**

DISERTASI

**Untuk memperoleh Gelar Doktor
Dalam Program Studi Doktor Keperawatan
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
telah dipertahankan di hadapan
Panitia Ujian Doktor Tertutup
Pada hari: Rabu
Tanggal: 24 Agustus 2022
Pukul: 08.00-10.00 WIB**

Oleh:

**FANNI OKVIASANTI
131811573013**

**PROGRAM STUDI DOKTOR KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2022**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya:

Nama : Fanni Okviasanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIM : 131811573013
Program Studi : Doktor Keperawatan
Alamat : Perumahan Griya Pagerwojo Indah Blok D-18, Lamongan
No. Telp. : 085648087398

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Disertasi saya ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatasnamakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (**Plagiarisme**) dari hasil karya orang lain. Disertasi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik di Universitas Airlangga, maupun di Perguruan Tinggi lainnya;
2. Dalam disertasi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar kepustakaan;
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis Disertasi ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan Peraturan perundang- undangan yang berlaku.

Surabaya, 16 Agustus 2022
Yang membuat pernyataan,



Fanni Okviasanti, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIM. 131811573013

LEMBAR PENGESAHAN

DISERTASI

TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL 12 SEPTEMBER 2022

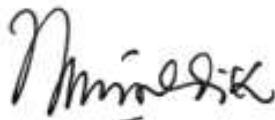
Oleh

Promotor



Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196701012000031002

Ko Promotor



Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP.
NIP. 197703162005012001

Mengetahui,

KPS Doktor Keperawatan



Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP. 196612251989031004

**Disertasi ini telah diuji dan dinilai
oleh Panitia Penguji Ujian Tahap 1 (Tertutup)
pada tanggal 24 Agustus 2022**

Ketua : 1. Prof. Dr. H. Nursalam, M.Nurs (Hons)

Anggota : 2. Prof. Dr. H. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes.

3. Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP.

4. Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr. PH.

5. Dr. H. Imam Susilo, dr., Sp.PA (K)., FISC.M., MIAP.

6. Dr. Hj. Siti Nur Asiyah, dr., M.Ag.

7. Dr. Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.

8. Dr. Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB.

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan naskah disertasi yang berjudul “Pengembangan Model Keperawatan Spiritual terhadap Kualitas Hidup, 6MWT, Kadar sST2, dan VMA Pasien Gagal Jantung” dengan baik. Naskah ini ditujukan untuk memenuhi tugas mahasiswa doktor keperawatan.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada yang terhormat Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes. dan Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP, selaku promotor dan ko-promotor sekaligus tim panitia penguji yang dengan penuh perhatian dan kesabaran selalu meluangkan waktu, memberikan pengarahan dan dorongan dalam penulisan karya ini.

Penyelesaian naskah ini tidak lepas dari bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Prof. Dr. Muhammad Nasih, MT., Ak., selaku Rektor Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Doktor Keperawatan.
2. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan arahan, kesempatan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
3. Dr. Ika Yuni Widyawati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep. MB., selaku Wadek I; Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., selaku Wadek II; dan Dr. Esti Yunitasari, S.Kp., M.Kes., selaku Wadek III, yang telah memfasilitasi demi kelancaran proses pendidikan di Program Studi Doktor Keperawatan.
4. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Koordinator Program Studi Doktor Keperawatan, yang telah memberikan arahan, kesempatan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
5. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Dr. Rochmad Romdoni, dr., Sp.PD., Sp.JP-K, FIHA, FASC., Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes., dan Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si., yang telah berkenan menjadi panitia penguji naskah pra kualifikasi.
6. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Dr. Rochmad Romdoni, dr., Sp.PD., Sp.JP-K, FIHA, FASC., Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH., Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., M.PH., dan Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes., yang telah berkenan menjadi panitia penguji naskah kualifikasi.
7. Prof. Dr. Budi Susetyo Pikir, dr., Sp.JP (K), FIHA, selaku pembimbing *sit in* MKPD yang telah menyempatkan waktu dan memberi banyak ilmu tentang jantung dan penyakit gagal jantung.
8. Prof. Dr. Ahmad Zahro, MA., selaku pembimbing *sit in* MKPD yang telah menyempatkan waktu dan memberi ilmu tentang Kajian Solusi Spiritual Al-Qur'an.
9. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Dr. Budi Susetyo Pikir, dr.,

- Sp.JP (K), FIHA, dan Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., M.PH., yang telah berkenan menghadiri seminar berkala 1.
10. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Dr. Budi Susetyo Pikir, dr., Sp.JP (K), FIHA, Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., M.PH., dan Dr. Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., yang telah berkenan menghadiri seminar berkala 2.
 11. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Dr. Budi Susetyo Pikir, dr., Sp.JP (K), FIHA, Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH., Prof. Dr. I Ketut Sudiana, drs., M.Si., dan Dr. Rachmat Hargono, dr., MS., M.PH., yang telah berkenan menjadi panitia penguji naskah pra proposal.
 12. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Dr. Budi Susetyo Pikir, dr., Sp.JP (K), FIHA, Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH., Prof. Dr. I Ketut Sudiana, drs., M.Si., dan Dr. Siti Nur Asiyah, dr., M.Ag., yang telah berkenan menjadi panitia penguji naskah proposal.
 13. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Dr. Budi Susetyo Pikir, dr., Sp.JP (K), FIHA, Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH., Dr. Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., dan Dr. Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., yang telah berkenan menghadiri seminar berkala 3.
 14. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH., Dr. Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., dan Dr. Siti Nur Asiyah, dr., M.Ag., yang telah berkenan menjadi panitia penguji naskah pra kelayakan.
 15. Prof. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes., Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP., Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), Prof. Kuntoro, dr., M.PH., Dr.PH., Dr. Abu Bakar, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Dr. Siti Nur Asiyah, dr., M.Ag., Dr. Sriyono, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., dan Dr. Imam Susilo, dr., Sp.PA (K), FISC.M., MIAP., yang telah berkenan menjadi panitia penguji naskah kelayakan dan ujian disertasi tertutup.
 16. Dr. Makhfudli, S.Kep., Ns., M.Ked.Trop., selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Airlangga periode 2020-2021 yang telah memberikan semangat, dorongan, dan masukan demi kelancaran proses studi lanjut.
 17. Prof. Dr. Anwar Ma'ruf, drh., M.Kes., selaku Dekan; Dr. Tika Widiastuti, S.E., M.Si., selaku Wadek I; Dr. Imam Susilo, dr., Sp.PA (K), selaku Wadek II; dan Bapak Novianto Edi Suharno, SST.Par., M.Si., selaku Wadek III; beserta seluruh jajaran pimpinan Departemen Kesehatan Fakultas Vokasi Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk melaksanakan studi lanjut.
 18. Seluruh pengajar Program Studi Doktor Keperawatan, yang telah membagi ilmu pengetahuan dan memfasilitasi proses pendidikan selama kuliah.
 19. Seluruh rekan dosen di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Unair, yang telah memberikan pembelajaran yang berharga.

20. Seluruh rekan mahasiswa doktor keperawatan angkatan I Fakultas Keperawatan Unair, yang telah memotivasi dan memberikan semangat selama studi.
21. Seluruh responden, partisipan, dan pihak yang terlibat dalam tiga tahap penelitian ini.
22. Suami, kedua orang tua, kedua mertua, dan ketiga putra-putri yang telah memberikan dukungan moril dan material selama studi.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan naskah ujian disertasi ini. Untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Akhir kata semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu Keperawatan Kritis dan Medikal Bedah.

Surabaya, September 2022

Penulis

RINGKASAN

**PENGEMBANGAN MODEL KEPERAWATAN SPIRITUAL
TERHADAP KUALITAS HIDUP, 6MWT, KADAR sST2, DAN VMA
PASIEN GAGAL JANTUNG**

Kualitas hidup yang rendah ditemukan pada pasien gagal jantung. Hasil studi di beberapa negara menunjukkan pasien gagal jantung memiliki kualitas hidup yang buruk dengan rerata skor MLHFQ lebih dari 45 (Iqbal *et al.*, 2010; Aggelopoulou, Fotos, Chatziefstratiou, Giakoumidakis, *et al.*, 2017). Studi lain juga menunjukkan kualitas hidup yang rendah, terutama pada komponen fisik dan mental (Aburuz, 2018). Peningkatan kualitas hidup pasien gagal jantung dipengaruhi oleh berbagai faktor, salah satunya spiritualitas. Hasil *systematic review* menunjukkan kesejahteraan spiritual berhubungan positif dengan kualitas hidup secara global (Abu *et al.*, 2018). Namun kenyataan yang ada menunjukkan hampir separuh responden gagal jantung yang diteliti oleh Park & Sacco (2016) melaporkan tingkat kebutuhan spiritual yang belum terpenuhi dan keinginan yang kuat untuk mendapatkan perawatan spiritual dari profesional kesehatan. Hasil observasi di beberapa rumah sakit di Jawa Timur menunjukkan asuhan keperawatan spiritual masih belum banyak diintegrasikan dalam praktik keperawatan. Se jauh ini, model keperawatan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung masih belum banyak dikembangkan. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Manfaat penelitian ini secara teoritis adalah diharapkan dapat memperkaya teori yang telah ada berkaitan dengan pengembangan model keperawatan spiritual dan menjelaskan mekanisme pengaruh pelatihan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Adapun manfaat praktis yang diharapkan adalah meningkatkan spiritualitas dan memenuhi kebutuhan spiritual pasien selama sakit melalui pencarian makna spiritual selama sakit dan penerapan strategi koping yang efektif. Spiritualitas yang meningkatkan diharapkan meningkatkan kesejahteraan spiritual sehingga kualitas hidup pasien gagal jantung meningkat.

Model keperawatan spiritual dalam studi ini dikembangkan dari teori *self-transcendence*, *spiritual well-being in illness*, *self-regulation*, *transactional model of stress and coping*, dan paradigma psikoneuroimunologi. Teori utama yang menjadi landasan adalah teori *self-transcendence* yang dikemukakan oleh Reed (1991). Teori *self-transcendence* memiliki tiga konsep dasar, yaitu *vulnerability*, *self-transcendence*, dan *well-being*. Ketiga konsep ini digunakan untuk menjelaskan gagasan bahwa keperawatan spiritual dapat meningkatkan kualitas hidup. Konsep *vulnerability* menjelaskan kerentanan yang muncul pada pasien gagal jantung. Kerentanan ini tidak terdeskripsi dengan jelas pada teori *self-transcendence*. Beberapa faktor kerentanan terdapat dalam teori *spiritual well-being in illness*, antara lain: *severity of illness*, *stressful life events*, *personal faith*, *spiritual contentment*, *religious practice*, dan *social support*. Selanjutnya, teori *transactional model of stress and coping* dan model *self-regulation* digunakan untuk menjelaskan cara atau proses terbentuknya *self-transcendence*, yaitu melalui tahap *appraisal* (primer dan sekunder), *relational meaning* (pembentukan makna), dan strategi koping. Upaya strategi koping mengaktifkan *pre frontal cortex* untuk

melakukan *learning process* yang menghasilkan *stress perception*. Pasien menemukan makna spiritual dalam pengalaman sakitnya sehingga mempengaruhi fluktuasi batasan dirinya, menghasilkan keadaan *spiritual well-being in illness* sebagai *stress response*. Keadaan ini merangsang hipotalamus untuk menurunkan CRF. Penurunan kadar CRF merangsang aktivasi parasimpatis dan neurohormonal kompleks untuk menekan *upregulation* sitokin proinflamasi sehingga remodeling ventrikel terhambat dan status fungsional meningkat. Keadaan tersebut selanjutnya mempengaruhi peningkatan kualitas hidup pasien gagal jantung. Konsep keperawatan spiritual yang digunakan dalam penelitian ini berbasis pada spiritualitas Islam yang berlandaskan Al-Qur'an dan hadits Nabi Muhammad *shallallahu 'alaihi wassalam*. Spiritualitas dalam Islam mengintegrasikan religiusitas (praktik ibadah) sebagai kerangka kerja untuk mencapai spiritualitas yang berbeda dengan spiritualitas sekuler yang berkembang di negara Barat (Yusuf *et al.*, 2016). Spiritualitas Islam memiliki akar ketauhidan bahwa Allah Swt adalah satu-satunya *Illah* (Tuhan) yang disembah dan diibadahi, sehingga seluruh makna, tujuan, dan keterhubungan dalam dimensi spiritual ditujukan hanya kepada dan untuk memenuhi perintah Allah Swt. Seorang Muslim meyakini bahwa makna hidup manusia adalah sebagai hamba Allah Swt yang diberi tugas untuk beribadah sebagaimana dalam QS. Al-Mu'minun: 115 dan QS. Adz-Dzariyat: 56. Selain itu, manusia juga diciptakan oleh Allah Swt sebagai khalifah di bumi, yang bertugas mengelola dan melestarikan alam semesta untuk memenuhi perintah-Nya, sebagaimana dalam QS. Al-Baqarah: 30. Islam mempengaruhi semua aspek kehidupan sehari-hari karena Muslim menganggap bahwa agama mereka sebagai "*complete code of life*". Ritual keagamaan adalah bagian integral, dan hubungan individu dengan Allah Swt adalah titik fokus dari spiritualitas Islam. Seorang Muslim yang menjalankan Islam dalam kehidupan sehari-hari akan melihat bahwa keyakinan agama dan spiritualitas mereka bersatu, dengan agama sebagai titik awal dan spiritualitas sebagai tujuan.

Penelitian ini menggunakan desain penelitian tiga tahap. Tahap pertama menggunakan studi observasional analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Besar sampel sejumlah 222 responden gagal jantung di RSUD Dr. Soegiri Lamongan dan RSUD Ibnu Sina Gresik. Sampel dipilih sesuai kriteria inklusi dan eksklusi dengan teknik *consecutive sampling*. Instrumen penelitian berupa kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Variabel penelitian terdiri atas variabel independen dan dependen. Variabel independen terdiri dari: faktor penyakit (X1), faktor psikososial (X2), faktor spiritual (X3), faktor demografi (X4), faktor lingkungan (X5), penilaian stressor (X6), pembentukan makna (X7), strategi koping (X8), dan *spiritual well-being* (X9). Sedangkan variabel dependen adalah kualitas hidup (Y1). Analisis data menggunakan SEM-PLS dengan kemaknaan T-statistik >1,96. Penelitian tahap kedua menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain *descriptive exploratory* pada partisipan pasien gagal jantung dan perawat jantung. Pengambilan data pada partisipan pasien gagal jantung dilakukan dengan teknik wawancara mendalam, observasi, dan *field notes*. Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling*, menghasilkan 15 pasien gagal jantung. Hasil wawancara mendalam dianalisis secara tematik. Isu strategis yang muncul dari hasil penelitian tahap satu dan wawancara mendalam, selanjutnya dibahas di dalam *focus group discussion* (FGD) perawat untuk menghasilkan rekomendasi guna penyusunan modul keperawatan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup pasien

gagal jantung. Draft modul kemudian dikonsulkan kepada para pakar untuk menghasilkan modul yang fit. Penelitian tahap ketiga merupakan tahap intervensi modul dengan menggunakan desain *quasi experiment*. Terdapat dua kelompok uji, yaitu kelompok perlakuan dan kontrol. Sampel dipilih sesuai kriteria inklusi dan eksklusi menggunakan teknik *consecutive sampling*. Sejumlah 39 pasien gagal jantung direkrut dalam penelitian ini dengan distribusi, 20 pasien kelompok perlakuan dan 19 pasien kelompok kontrol. Variabel penelitian ini meliputi variabel independen, yaitu pelatihan spiritual dan variabel dependen yang terdiri dari: 1) *spiritual well-being*, 2) HRQoL, 3) NYHA class, 4) 6MWT, 5) sST2, dan 6) VMA. Instrumen yang digunakan meliputi kuesioner, lembar observasi, dan pemeriksaan serum menggunakan *human ELISA kit*. Intervensi pelatihan spiritual diberikan dalam total waktu 1 bulan, dengan 6 kali tatap muka, yaitu 3 tatap muka untuk pemberian intervensi dan 3 tatap muka untuk observasi dan penguatan. Seluruh intervensi dan observasi dilakukan di rumah pasien masing-masing secara individu. Pengukuran dilakukan 2 kali, yaitu pada saat *pre-* dan *post-* intervensi. Analisis data dilakukan dalam bentuk deskriptif, yang terdiri dari frekuensi, presentase, mean, dan standar deviasi, dan inferensial menggunakan beberapa uji, antara lain: *t-test*, Mann Whitney test, dan Wilcoxon sign rank test, *chi-square test*, dan Fisher exact test.

Hasil penelitian tahap satu menunjukkan faktor psikososial ($T=2,048$), faktor spiritual ($T=1,990$), dan faktor lingkungan ($T=2,027$) berpengaruh terhadap kemampuan menilai stressor. Faktor penyakit ($T=5,560$), faktor spiritual ($T=3,673$), dan faktor lingkungan ($T=3,056$) berpengaruh terhadap *spiritual well-being*. Faktor penyakit ($T=7,467$), faktor psikososial ($T=2,161$), dan faktor lingkungan ($T=2,674$) berpengaruh terhadap kualitas hidup. Kemampuan menilai stressor berpengaruh terhadap pembentukan makna ($T=3,516$). Kemampuan pembentukan makna berpengaruh terhadap strategi koping ($T=3,424$). Strategi koping berpengaruh terhadap *spiritual well-being* ($T=10,100$). *Spiritual well-being* berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung ($T=2,820$). Nilai *R-square* kualitas hidup sebesar 0,596 atau 59,6%. Hal ini menunjukkan bahwa kontribusi pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dalam penelitian ini sebesar 59,6%. Hasil penelitian tahap dua menghasilkan modul keperawatan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung yang terdiri dari beberapa materi sebagai berikut: 1) pengkajian dan identifikasi masalah, 2) pencarian makna spiritual dalam sakit, 3) strategi koping, 4) pencarian makna dan tujuan hidup, 5) hubungan sosial dan lingkungan, 6) pertaubatan, dan 7) transendensi. Materi tersebut dibagi dalam 3 kali pertemuan dengan durasi waktu 60 menit. Hasil penelitian tahap tiga menunjukkan responden kelompok perlakuan dan kontrol memiliki karakteristik demografi yang sama. Hasil uji statistik sebelum intervensi pelatihan spiritual menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan pada *spiritual well-being* ($p=0,921$), NYHA class ($p=0,611$), 6MWT ($p=0,255$), dan kadar VMA ($p=0,638$) antara responden kelompok perlakuan dan kontrol. Namun pada variabel HRQoL dan sST2 terdapat perbedaan yang signifikan pada responden kedua kelompok dengan nilai *p-value* masing-masing 0,045 dan 0,001. Hasil pengukuran akhir setelah intervensi menunjukkan bahwa responden kelompok perlakuan menunjukkan perbedaan yang signifikan dibandingkan pengukuran sebelumnya pada variabel *spiritual well-being* ($p=0,008$), NYHA class ($p=0,046$), 6MWT ($p=0,000$), dan kadar VMA ($p=0,031$). Sedangkan pada kelompok kontrol

tidak didapatkan perbedaan yang berarti. Selain itu, nilai beda rerata variabel HRQoL dan sST2 *pre-* dan *post-test* pada kelompok perlakuan menunjukkan penurunan yang lebih banyak dibandingkan dengan responden kelompok kontrol, yaitu masing-masing sebesar 23 dan 11,6.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *spiritual well-being* memegang peranan penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Intervensi pelatihan spiritual dalam penelitian ini melibatkan proses psikoneuroimunologi dalam memperbaiki kualitas hidup pasien gagal jantung. Edukasi yang diajarkan kepada pasien dari tahap awal mengenali stressor yang mengenai saat ini, melibatkan fungsi kognitif di *prefrontal cortex*. Proses pembelajaran ini selanjutnya akan menghasilkan respons kognitif berupa penilaian terhadap stressor yang disebut sebagai *stress perception*. Proses penilaian yang baik/tepat terhadap stressor (stimulus) yang diterima menghasilkan *stress response* yang positif dalam bentuk pembentukan makna dan penggunaan strategi koping yang sesuai. Hal ini selanjutnya berdampak pada peningkatan *spiritual well-being*. Peningkatan tersebut selanjutnya mempengaruhi berbagai proses fisiologis di dalam tubuh yang berefek pada peningkatan kualitas hidup pasien gagal jantung. Temuan baru dari penelitian ini berupa model struktural keperawatan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Selain itu, temuan lain yang didapatkan adalah pembuktian bahwa pelatihan spiritual meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung yang dapat dilihat dari beberapa indikator, yaitu *spiritual well-being*, HRQoL, status fungsional (NYHA), *six minutes walk test* (6MWT), kadar *vanillyl mandelic acid* (VMA), serta ekspresi biomarker remodeling ventrikel dan progresivitas gagal jantung *soluble suppression of tumorigenicity 2* (sST2).

Dengan demikian dapat disimpulkan dari hasil penelitian ini bahwa pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung dipengaruhi oleh faktor penyakit, faktor psikososial, faktor lingkungan, dan *spiritual well-being*. *Spiritual well-being* menjadi variabel penting karena dapat berpengaruh langsung terhadap kualitas hidup maupun sebagai mediator bagi variabel lain untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Selain itu, pelatihan spiritual terbukti berpengaruh signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.

SUMMARY

DEVELOPMENT OF SPIRITUAL NURSING CARE MODEL ON QUALITY OF LIFE, 6MWT, sST2 LEVELS, AND VMA OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

Low quality of life was found in heart failure patients. The results of studies in several countries showed that heart failure patients have a poor quality of life with a mean MLHFQ score of more than 45 (Iqbal et al., 2010; Aggelopoulou, Fotos, Chatziefstratiou, Giakoumidakis, et al., 2017). Other studies also showed a low quality of life, especially in the physical and mental components (Aburuz, 2018). Improvement of the quality of life of heart failure patients is influenced by various factors, one of which is spirituality. The results of a systematic review showed that spiritual well-being was positively related to quality of life globally (Abu et al., 2018). However, almost half of the heart failure respondents studied by Park & Sacco (2016) reported a level of unmet spiritual need and a strong desire to get spiritual care from a health professional. The results of observations in several hospitals in East Java showed that spiritual nursing care was still not widely integrated into nursing practice. So far, the spiritual nursing model to enhance the quality of life of heart failure patients has not been widely developed. The purpose of this study was to develop a spiritual nursing model in enhancing the quality of life of heart failure patients. The theoretical benefit of this research was expected to enrich existing theories related to the development of spiritual nursing models and explain the mechanism of influence of spiritual training in improving the quality of life of heart failure patients. The expected practical benefits were increasing spirituality and meeting the spiritual needs of patients during illness through the search for spiritual meaning during illness and the application of effective coping strategies. Increased spirituality was expected to improve spiritual well-being so that the quality of life of heart failure patients increases.

The spiritual nursing model in this study was developed from the theory of self-transcendence, spiritual well-being in illness, self-regulation, transactional model of stress and coping, and the psychoneuroimmunology paradigm. The main theory that forms the basis is the self-transcendence theory proposed by Reed (1991). The theory of self-transcendence has three basic concepts, namely vulnerability, self-transcendence, and well-being. These three concepts are used to explain the idea that spiritual nursing enhance quality of life. The concept of vulnerability describes the susceptibility that arises in patients with heart failure. This vulnerability is not clearly described in the theory of self-transcendence. Several vulnerability factors are found in the theory of spiritual well-being in illness, including: severity of illness, stressful life events, personal faith, spiritual contentment, religious practice, and social support. Furthermore, the transactional model of stress and coping theory and the self-regulation model are used to explain how or the process of forming self-transcendence, namely through appraisal stages (primary and secondary), relational meaning (formation of meaning), and coping strategies. Coping strategy efforts activate the pre frontal cortex to carry out a learning process that produces stress perception. Patients find spiritual meaning in their experience of illness so that it affects fluctuations in their boundaries, resulting in a spiritual state of well-being in illness as a stress response. This situation

stimulates the hypothalamus to decrease CRF. Decreased levels of CRF stimulate the activation of parasympathetic and neurohormonal complexes to suppress upregulation of proinflammatory cytokines so that ventricular remodeling is inhibited and functional status is improved. This situation further affects the improvement of the quality of life of heart failure patients. The concept of spiritual nursing used in this study was according to Islamic spirituality based on the Qur'an and the hadith of the Prophet Muhammad Sallallahu 'Alayhi wassalam. Spirituality in Islam integrates religiosity (the practice of worship) as a framework for achieving spirituality that is different from the secular spirituality that develops in Western countries (Yusuf et al., 2016). Islamic spirituality has the root of monotheism that Allah SWT is the only Illah (God) who is worshiped so that all meaning, purpose, and connectedness in the spiritual dimension are aimed only at and to fulfill Allah's commands. A Muslim believes that the meaning of human life is as a servant of Allah SWT who is given the task to worship as stated in the QS. Al-Mu'minun: 115 and QS. Adz-Dzariyat: 56. In addition, humans were also created by Allah SWT as caliphs on earth, whose task is to manage and preserve the universe to fulfill His commands, as in the QS. Al-Baqarah: 30. Islam affects all aspects of daily life because Muslims regard their religion as a "complete code of life". Religious rituals are an integral part, and the individual's relationship with Allah is the focal point of Islamic spirituality. A Muslim who practices Islam in his daily life will see that their religious beliefs and spirituality are united, with religion as the starting point and spirituality as the goal.

This study used a three-stage research design. The first stage used an analytical observational study with a cross-sectional design. The sample size was 222 respondents with heart failure in RSUD Dr. Soegiri Lamongan and RSUD Ibnu Sina Gresik. Samples were selected according to inclusion and exclusion criteria using consecutive sampling technique. The research instruments were questionnaires that had been tested for validity and reliability. Research variables consisted of independent and dependent variables. The independent variables consisted of: disease factors (X1), psychosocial factors (X2), spiritual factors (X3), demographic factors (X4), environmental factors (X5), stressor assessment (X6), meaning formation (X7), coping strategies (X8), and spiritual well-being (X9). While the dependent variable was the quality of life (Y1). Data analysis used SEM-PLS with T-statistics significance >1.96. The second phase of the study used a qualitative approach with a descriptive exploratory design on heart failure patients and cardiac nurses. Data collection on heart failure patient participants was carried out using in-depth interviews, observation, and field notes. Samples were taken by purposive sampling technique, resulting in 15 patients with heart failure. The results of in-depth interviews were analyzed thematically. Strategic issues that emerged from the results of the first phase of research and in-depth interviews were then discussed in a nurse focus group discussion (FGD) to produce recommendations for the preparation of spiritual nursing modules to enhance the quality of life of heart failure patients. The draft module was then consulted to the experts to produce a fit module. The third stage of the research was the module intervention stage using a quasi-experimental design. There were two test groups, namely the treatment and control groups. Samples were selected according to inclusion and exclusion criteria using consecutive sampling technique. A total of 39 heart failure patients were recruited in this study by distribution, 20 patients in the treatment group and 19

patients in the control group. The variables of this study included independent variables, spiritual training and the dependent variable consisting of: 1) spiritual well-being, 2) HRQoL, 3) NYHA class, 4) 6MWT, 5) sST2, and 6) VMA. The instruments used include questionnaires, observation sheets, and serum examination using the human ELISA kit. Spiritual nursing interventions were given in a total time of 1 month, with 6 face-to-face meetings, consisted of 3 face-to-face meetings for giving intervention and 3 face-to-face meetings for observation and reinforcement. All interventions and observations were carried out in each patient's home individually. Measurements were carried out twice, at pre- and post-intervention. Data analysis was carried out in descriptive, consisting of frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential using several tests, including: t-test, Mann Whitney test, and Wilcoxon sign rank test, chi-square test, and Fisher exact test.

The results of the first stage showed that psychosocial factors ($T=2,048$), spiritual factors ($T=1,990$), and environmental factors ($T=2,027$) had an effect on the ability to assess stressors. Disease factors ($T=5.560$), spiritual factors ($T=3.673$), and environmental factors ($T=3.056$) had an effect on spiritual well-being. Disease factors ($T=7,467$), psychosocial factors ($T=2,161$), and environmental factors ($T=2,674$) affected the quality of life. The ability to assess stressors affected the formation of meaning ($T=3.516$). The ability to form meaning had an effect on coping strategies ($T=3,424$). Coping strategies had an effect on spiritual well-being ($T=10,100$). Spiritual well-being affected the quality of life of heart failure patients ($T=2.820$). The R-square value of quality of life was 0.596 or 59.6%. It showed that the contribution of the influence of the independent variable on the dependent variable in this study was 59,6%. The results of the second phase was a spiritual nursing module to improve the quality of life of heart failure patients which consisted of the following materials: 1) assessment and identification of problems, 2) searching for spiritual meaning in illness, 3) coping strategies, 4) searching for meaning and purpose in life, 5) social and environmental relations, 6) repentance, and 7) transcendence. The material was divided into 3 meetings with a duration of 60 minutes. The results of the third stage of the study showed that the respondents in the treatment and control groups had the same demographic characteristics. The results of statistical tests before the spiritual nursing intervention showed no significant differences in spiritual well-being ($p=0.921$), NYHA class ($p=0.611$), 6MWT ($p=0.255$), and VMA levels ($p=0.638$) between respondents in the treatment group and control. However, in the HRQoL and sST2 variables, there were significant differences in the respondents of the two groups with p-values of 0.045 and 0.001 respectively. The results of the final measurement after the intervention showed that the treatment group respondents showed significant differences compared to the previous measurements on the variables of spiritual well-being ($p=0.008$), NYHA class ($p=0.046$), 6MWT ($p=0.000$), and VMA levels ($p=0.031$). Meanwhile, in the control group, there was no significant difference. In addition, mean difference value HRQoL and sST2 pre- and post-test variables in the treatment group showed a greater decrease than the control group respondents, which were 23 and 11.6, respectively.

The results showed that spiritual well-being plays an important role in enhancing the quality of life of heart failure patients. The spiritual training intervention in this study involved a psychoneuroimmunological process in

enhancing the quality of life of heart failure patients. Education taught to patients from an early stage recognizes current stressors, involving cognitive function in the prefrontal cortex. This learning process produce a cognitive response in the form of an assessment of the stressor which is referred to as stress perception. A good/appropriate assessment process of the stressor (stimulus) received produces a positive stress response in the form of meaning formation and the use of appropriate coping strategies. This in turn has an impact on increasing spiritual well-being. This increase then affects various physiological processes in the body that have an effect on improving the quality of life of heart failure patients. A new finding from this study is a structural model of spiritual nursing to improve the quality of life of heart failure patients. In addition, other findings obtained are evidence that spiritual training improve the quality of life of heart failure patients which can be seen from several indicators, namely spiritual well-being, HRQoL, functional status (NYHA), six minutes-walk test (6MWT), vanillyl mandelic acid (VMA) levels, and expression of ventricular remodeling biomarkers and progression of heart failure soluble suppression of tumorigenicity 2 (sST2).

It can be concluded from the results of this study that the development of spiritual nursing care model in enhancing the quality of life of heart failure patients was influenced by disease factors, psychosocial factors, environmental factors, and spiritual well-being. Spiritual well-being is an important variable because it can directly affect the quality of life and as a mediator for other variables to improve the quality of life of patients with heart failure. In addition, spiritual training have been shown to have a significant effect in improving the quality of life of heart failure patients.

ABSTRAK

**PENGEMBANGAN MODEL KEPERAWATAN SPIRITUAL
TERHADAP KUALITAS HIDUP, 6MWT, KADAR sST2, DAN VMA
PASIEN GAGAL JANTUNG**

Pendahuluan: Kualitas hidup yang rendah ditemukan pada pasien gagal jantung. Peningkatan kualitas hidup dipengaruhi oleh spiritualitas. Sejauh ini model keperawatan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung belum dikembangkan. Tujuan penelitian ini adalah mengembangkan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. **Metode:** Tahap 1 menggunakan desain *cross-sectional*. Sejumlah 222 pasien gagal jantung direkrut secara *consecutive sampling*. Instrumen menggunakan kuesioner dan analisis data menggunakan SEM-PLS. Tahap 2 pengembangan modul. Tahap 3, desain *quasi-experiment* melibatkan 39 pasien gagal jantung. Instrumen menggunakan kuesioner, lembar observasi, dan *human* ELISA kit. Analisis data menggunakan *t-test*, Mann Whitney *test*, dan Wilcoxon *sign rank test*. **Hasil dan temuan baru:** Tahap 1: Faktor psikososial (T=2,048), spiritual (T=1,990), dan lingkungan (T=2,027) berpengaruh terhadap kemampuan menilai stressor. Faktor penyakit (T=5,560), spiritual (T=3,673), dan lingkungan (T=3,056) berpengaruh terhadap *spiritual well-being*. Faktor penyakit (T=7,467), psikososial (T=2,161), dan lingkungan (T=2,674) berpengaruh terhadap kualitas hidup. Penilaian stressor berpengaruh terhadap pembentukan makna (T=3,516). Pembentukan makna berpengaruh terhadap strategi koping (T=3,424). Strategi koping berpengaruh terhadap *spiritual well-being* (T=10,100). *Spiritual well-being* berpengaruh terhadap kualitas hidup (T=2,820). Tahap 2: Modul keperawatan spiritual. Tahap 3: Pelatihan spiritual berpengaruh terhadap peningkatan *spiritual well-being*, HRQoL, 6MWT, serta penurunan NYHA *class*, kadar sST2, dan VMA pasien gagal jantung ($p < 0,05$). Temuan baru: Model keperawatan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. **Pembahasan dan kesimpulan:** Model keperawatan spiritual dapat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung. Pembentukan model dipengaruhi oleh faktor penyakit, psikososial, lingkungan, dan *spiritual well-being*. Pelatihan spiritual terbukti berpengaruh signifikan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.

Kata kunci: spiritualitas, kualitas hidup, gagal jantung

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF SPIRITUAL NURSING CARE MODEL ON QUALITY OF LIFE, 6MWT, sST2 LEVELS, AND VMA OF PATIENTS WITH HEART FAILURE

Introduction: Low quality of life was found in heart failure patients. Enhancement of the quality of life is influenced by spirituality. So far, a spiritual nursing care model to enhance the quality of life of heart failure patients has not been developed. The purpose of this study was to develop a spiritual nursing model in enhancing the quality of life of heart failure patients. **Methods:** Phase 1 used a cross-sectional design. A total of 222 heart failure patients were recruited by consecutive sampling. The instrument used a questionnaire and data analysis used SEM-PLS. Phase 2 of module development. Phase 3, quasi-experimental design involved 39 heart failure patients. The instrument used a questionnaire, observation sheet, and human ELISA kit. Data analysis used t-test, Mann Whitney test, and Wilcoxon sign rank test. **Results and new findings:** Phase 1: Psychosocial (T=2,048), spiritual (T=1,990) and environmental (T=2,027) factors affected the ability to assess stressors. Disease (T=5,560), spiritual (T=3,673), and environmental (T=3,056) factors affected spiritual well-being. Disease (T=7,467), psychosocial (T=2.161), and environmental (T=2,674) factors affected the quality of life. Stressor assessment affected the formation of meaning (T=3.516). The formation of meaning affected the coping strategy (T=3,424). Coping strategies had an effect on spiritual well-being (T=10,100). Spiritual well-being affected the quality of life (T=2.820). Phase 2: Spiritual nursing care module. Stage 3: The spiritual training had an effect on increasing spiritual well-being, HRQoL, 6MWT, and decreasing NYHA class, sST2 levels, and VMA in heart failure patients ($p < 0.05$). New findings: A spiritual nursing care model to enhance the quality of life of heart failure patients. **Discussion and conclusion:** The spiritual nursing model is able to improve the quality of life of heart failure patients. The formation of model is influenced by disease factors, psychosocial factors, environmental factors, and spiritual well-being. Spiritual training interventions have been shown to have a significant effect on improving the quality of life of heart failure patients.

Keywords: spirituality, quality of life, heart failure

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM.....	i
HALAMAN AWAL	ii
HALAMAN PRASYARAT GELAR.....	iii
HALAMAN ORISINALITAS.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vi
RINGKASAN	ix
SUMMARY	xiii
ABSTRAK	xvii
ABSTRACT	xviii
DAFTAR ISI.....	xix
DAFTAR TABEL	xxiii
DAFTAR GAMBAR.....	xxviii
DAFTAR LAMPIRAN	xxix
DAFTAR ISTILAH DAN LAMBANG.....	xxxi
 BAB 1 PENDAHULUAN	 1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Teoritis	8
1.4.2 Praktis.....	8
1.5 Rencana Temuan Baru	9
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	 11
2.1 Model Keperawatan	11
2.2 Gagal Jantung.....	14
2.2.1 Pengertian gagal jantung	14
2.2.2 Klasifikasi gagal jantung.....	17
2.2.3 Etiologi gagal jantung	18
2.2.4 Faktor risiko dan komorbid gagal jantung	19
2.2.5 Patofisiologi gagal jantung.....	21
2.2.6 Penatalaksanaan gagal jantung.....	32
2.3 Spiritualitas	35
2.3.1 Spiritualitas dan religiusitas	35
2.3.2 Konsep manusia dalam perspektif Islam.....	38
2.3.3 Spiritualitas Islam	41
2.3.4 Kesejahteraan spiritual (<i>spiritual well-being</i>).....	44
2.3.5 Spiritualitas pada pasien dengan gagal jantung	47
2.3.6 Perawatan spiritual pada pasien penyakit kardiovaskular.....	49
2.3.7 Hubungan spiritualitas dan kualitas hidup	53

2.4	Kualitas Hidup	54
2.4.1	<i>Quality of life (QoL) vs health-related quality of life (HRQoL)</i>	54
2.4.2	Beberapa faktor yang mempengaruhi QoL/HRQoL pasien gagal jantung.....	57
2.5	Teori <i>Self-Transcendence</i>	60
2.6	Model <i>Self-Regulation</i>	64
2.7	<i>Transactional Model of Stress and Coping</i>	67
2.7.1	Klasifikasi dan bentuk coping.....	67
2.7.2	Proses coping	69
2.8	Teori Koping Religius.....	70
2.9	Psikoneuroimunologi	72
2.9.1	Pengertian psikoneuroimunologi	72
2.9.2	Stres dalam psikoneuroimunologi.....	73
2.9.3	Pengaruh stress terhadap imunitas	75
2.9.4	Perubahan neurofisiologis berhubungan dengan praktik religius dan spiritual.....	77
2.10	Keaslian Penelitian.....	79
2.11	Kerangka Teori.....	92
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ..	95
3.1	Kerangka Konseptual	95
3.2	Hipotesis Penelitian.....	99
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	100
4.1	Tahap 1	100
4.1.1	Jenis dan rancangan penelitian.....	100
4.1.2	Populasi, besar sampel, dan teknik pengambilan sampel	100
4.1.3	Variabel penelitian	101
4.1.4	Definisi operasional	102
4.1.5	Instrumen penelitian.....	109
4.1.6	Uji validitas dan reliabilitas	121
1.	Validitas dan reliabilitas instrumen.....	121
4.1.7	Lokasi dan waktu penelitian.....	125
4.1.8	Analisis data	125
4.1.9	Kerangka analisis	127
4.1.10	Kerangka operasional.....	128
4.1.11	Prosedur pengumpulan data	129
4.2	Tahap 2.....	130
4.3	Tahap 3.....	132
4.3.1	Jenis dan rancangan penelitian.....	132
4.3.2	Populasi, besar sampel, dan teknik pengambilan sampel	133
4.3.3	Variabel Penelitian	136
4.3.4	Definisi operasional	136
4.3.5	Instrumen penelitian.....	138
4.3.6	Bahan dan alat penelitian	141
4.3.7	Lokasi dan waktu penelitian.....	143
4.3.8	Analisis data	143
4.3.9	Prosedur pengumpulan data	144

4.3.10	Kerangka operasional.....	148
4.3.11	Etik penelitian	149
BAB 5	HASIL PENELITIAN	151
5.1	Hasil Tahap 1	151
5.1.1	Gambaran umum lokasi	151
5.1.2	Karakteristik responden	152
5.1.3	Deskripsi variabel penelitian.....	154
5.1.4	Pengembangan model	162
5.1.5	Model akhir	170
5.2	Hasil Tahap 2: Penyusunan Modul	173
5.2.1	Hasil wawancara mendalam.....	173
5.2.2	Isu strategis	180
5.2.3	Hasil <i>focus group discussion</i> (FGD).....	184
5.2.4	Rekomendasi hasil wawancara mendalam dan FGD	192
5.2.5	Pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	196
5.2.6	Konsultasi pakar.....	200
5.2.7	Kerangka modul keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	200
5.3	Hasil Tahap 3: Penerapan Pelatihan Spiritual.....	205
5.3.1	Data karakteristik responden.....	205
5.3.2	Data Khusus	207
BAB 6	PEMBAHASAN	216
6.1	Beberapa Faktor yang Mempengaruhi Pengembangan Model Keperawatan Spiritual.....	216
6.1.1	Faktor penyakit, faktor psikososial, faktor spiritual, faktor demografi, dan faktor lingkungan terhadap kemampuan menilai stressor, <i>spiritual well-being</i> , dan kualitas hidup pasien gagal jantung.....	216
6.1.2	Kemampuan menilai stressor terhadap pembentukan makna ...	232
6.1.3	Pembentukan makna terhadap strategi koping pasien gagal jantung	234
6.1.4	Strategi koping terhadap <i>spiritual well-being</i> pasien gagal jantung	236
6.1.5	<i>Spiritual well-being</i> terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung	239
6.2	Pelatihan Spiritual terhadap <i>Spiritual Well-Being</i> Pasien Gagal Jantung	241
6.3	Pelatihan Spiritual terhadap Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung	246
6.4	Temuan Baru Penelitian.....	258
6.5	Kontribusi Penelitian.....	263
6.5.1	Kontribusi teoritis	263
6.5.2	Kontribusi praktis.....	264
6.6	Keterbatasan Penelitian.....	264

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	265
7.1 Kesimpulan	265
7.2 Saran.....	266
7.2.1 Bagi pasien dan keluarga	266
7.2.2 Bagi praktisi	266
7.2.3 Bagi peneliti selanjutnya	267
DAFTAR PUSTAKA	268

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Konsep sentral seluruh model keperawatan	12
Tabel 2.2	Tanda dan gejala gagal jantung.....	15
Tabel 2.3	Jenis penggolongan gagal jantung.....	15
Tabel 2.4	Manifestasi klinis gagal jantung kiri dan kanan.....	16
Tabel 2.5	Klasifikasi fungsional gagal jantung menurut <i>New York Heart Association</i> (NYHA).....	17
Tabel 2.6	Stadium gagal jantung <i>American College of Cardiology Foundation/American Heart Association</i> (ACCF/AHA).....	18
Tabel 2.7	Domain kualitas hidup secara global menurut WHO.....	57
Tabel 2.8	Keaslian penelitian “Pengembangan Model Keperawatan Spiritual dalam Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien Gagal Jantung”	80
Tabel 4.1	Variabel dan indikator penelitian tahap 1	101
Tabel 4.2	Definisi operasional penelitian tahap 1	102
Tabel 4.3	<i>Blue print</i> kuesioner <i>heart failure somatic perception scale</i> (HFSPS)	110
Tabel 4.4	<i>Blue print</i> kuesioner gangguan peran.....	112
Tabel 4.5	<i>Blue print</i> kuesioner keyakinan personal	112
Tabel 4.6	<i>Blue print</i> kuesioner kepuasan spiritual	113
Tabel 4.7	<i>Blue print</i> kuesioner praktik religius.....	113
Tabel 4.8	<i>Blue print</i> kuesioner asuhan keperawatan.....	115
Tabel 4.9	<i>Blue print</i> kuesioner dukungan sosial	115
Tabel 4.10	<i>Blue print</i> kuesioner keterjangkauan pelayanan kesehatan.....	116
Tabel 4.11	<i>Blue print</i> kuesioner fasilitas pelayanan kesehatan.....	116
Tabel 4.12	<i>Blue print</i> kuesioner penilaian terhadap stressor.....	117
Tabel 4.13	<i>Blue print</i> kuesioner <i>spiritual related meaning</i>	117
Tabel 4.14	<i>Blue print</i> kuesioner <i>non-spiritual related meaning</i>	117

Tabel 4.15	Sebaran pernyataan kuesioner variabel coping	118
Tabel 4.16	Sebaran kuesioner <i>spiritual focused coping</i>	119
Tabel 4.17	<i>Blue print</i> kuesioner <i>spiritual well-being</i>	119
Tabel 4.18	<i>Blue print</i> kuesioner MLHFQ	120
Tabel 4.19	Uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian.....	121
Tabel 4.20	Hasil pengujian reliabilitas konstruk pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	124
Tabel 4.21	Rancangan penelitian <i>pre-post test control group design</i>	133
Tabel 4.22	Variabel penelitian tahap 3.....	136
Tabel 4.23	Definisi operasional variabel penelitian tahap 3	136
Tabel 4.24	<i>Blue print</i> kuesioner <i>spiritual well-being</i>	138
Tabel 4.25	<i>Blue print</i> kuesioner MLHFQ	139
Tabel 5.1	Karakteristik demografi responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	152
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi variabel faktor penyakit untuk indikator status fungsional, gejala fisik, dan faktor komorbid responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222)	154
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi variabel faktor psikososial responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	155
Tabel 5.4	Distribusi frekuensi variabel faktor spiritual responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	156
Tabel 5.5	Distribusi frekuensi variabel faktor lingkungan responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	157
Tabel 5.6	Distribusi frekuensi variabel penilaian terhadap stressor responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	158

Tabel 5.7	Distribusi frekuensi variabel pembentukan makna responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	159
Tabel 5.8	Distribusi frekuensi variabel strategi coping responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	159
Tabel 5.9	Distribusi frekuensi variabel <i>spiritual well-being</i> responden pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	160
Tabel 5.10	Distribusi frekuensi variabel kualitas hidup pasien gagal jantung di RSUD Ibnu Sina Gresik dan RSUD Dr. Soegiri Lamongan (n=222).....	161
Tabel 5.11	Hasil koefisien determinasi (R^2) pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	164
Tabel 5.12	Hasil pengujian <i>predictive relevance</i> (Q^2) pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	165
Tabel 5.13	Hasil pengujian hipotesis pengembangan model keperawatan spiritual	166
Tabel 5.14	Hasil uji tidak langsung yang signifikan pada pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	172
Tabel 5.15	Karakteristik partisipan pasien gagal jantung	173
Tabel 5.16	Tema hasil wawancara mendalam partisipan pasien gagal jantung	174
Tabel 5.17	Hasil rekapitulasi isu strategis pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	180
Tabel 5.18	Hasil FGD pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.....	185
Tabel 5.19	Pengembangan model keperawatan spiritual berdasarkan teori <i>self-transcendence</i> , <i>spiritual well-being in illness</i> , <i>self-regulation</i> , dan <i>transactional model of stress and coping</i>	197
Tabel 5.20	Kerangka penyusunan modul berdasarkan hasil penelitian tahap 1 dan 2	204
Tabel 5.21	Karakteristik demografi responden penelitian tahap 3 (n=39).....	205

Tabel 5.22	Hasil uji normalitas dan homogenitas variabel <i>spiritual well-being</i> kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	207
Tabel 5.23	Hasil uji beda variabel <i>spiritual well-being</i> kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual.....	208
Tabel 5.24	Hasil uji normalitas dan homogenitas variabel HRQoL kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	209
Tabel 5.25	Hasil uji beda variabel HRQoL kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	209
Tabel 5.26	Hasil uji beda variabel fungsional kelas NYHA kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	210
Tabel 5.27	Hasil uji normalitas dan homogenitas variabel 6MWT kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	211
Tabel 5.28	Hasil uji beda variabel 6MWT kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	212
Tabel 5.29	Hasil uji normalitas dan homogenitas variabel sST2 kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	212
Tabel 5.30	Hasil uji beda variabel sST2 kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual.....	213
Tabel 5.31	Hasil uji normalitas dan homogenitas variabel VMA kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual	214
Tabel 5.32	Hasil uji beda variabel VMA kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah pelatihan spiritual.....	214

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Rancangan awal model keperawatan spiritual (Murphy, Williams and Pridmore, 2010)	13
Gambar 2.2	Rangkaian kejadian pada gagal jantung (Casey, 2013)	23
Gambar 2.3	Ilustrasi skematik regulasi silang sitokin proinflamasi dan reseptor neurohormonal <i>beta-adrenergic receptor</i> (β AR) (Schumacher and Naga Prasad, 2018)	28
Gambar 2.4	Model konseptual <i>spiritual well-being in illness</i> (O'Brien, 2014)	47
Gambar 2.5	<i>Integrative theory of quality of life</i> (Ventegodt, Merrick and Andersen, 2003)	56
Gambar 2.6	Model teori <i>self-transcendence</i> (Coward, 2006)	62
Gambar 2.7	Model <i>self-regulation</i> (Leventhal, 2003)	65
Gambar 2.8	Model teori transaksional stress dan koping (Lazarus and Folkman, 1987)	67
Gambar 2.9	Diagram alur penelusuran studi pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	79
Gambar 2.10	Kerangka teori pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung berdasarkan teori <i>self-transcendence</i> , <i>spiritual well-being in illness</i> , model <i>self-regulation</i> , <i>transactional model coping and stress</i> , <i>religious coping</i> , dan paradigma psikoneuroimunologi.	92
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	95
Gambar 4.1	Kerangka analisis penelitian tahap 1	127
Gambar 4.2	Kerangka operasional penelitian tahap 1	128
Gambar 4.3	Kerangka operasional pembentukan modul keperawatan spiritual	132
Gambar 4.4	Kerangka operasional penelitian tahap 3	148
Gambar 5.1	Model awal (<i>outer model</i>) pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	162

Gambar 5.2	Konstruk <i>inner model</i> pengembangan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	163
Gambar 5.3	Model akhir keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	170
Gambar 6.1	Model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung	258

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan Informasi (<i>Information for Consent</i>) Tahap 1	291
Lampiran 2	Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>) Tahap 1	292
Lampiran 3	Penjelasan Informasi (<i>Information for Consent</i>) Tahap 2	293
Lampiran 4	Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>) Tahap 2	294
Lampiran 5	Penjelasan Informasi (<i>Information for Consent</i>) FGD	295
Lampiran 6	Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>) FGD	296
Lampiran 7	Format Pengunduran Diri Subyek Penelitian Tahap 1, 2, 3	297
Lampiran 8	Penjelasan Informasi (<i>Information for Consent</i>) Tahap 3	298
Lampiran 9	Pernyataan Persetujuan (<i>Informed Consent</i>) Tahap 3	303
Lampiran 10	Sertifikat Laik Etik	304
Lampiran 11	Surat Izin Bappeda Gresik.....	307
Lampiran 12	Surat Izin Bakesbangpol Lamongan.....	309
Lampiran 13	Surat Izin Penelitian RSUD Ibnu Sina Gresik.....	310
Lampiran 14	Surat Izin Penelitian RSUD Dr. Soegiri Lamongan.....	311
Lampiran 15	Surat Izin Penelitian RSUD.....	312
Lampiran 16	Kuesioner.....	313
Lampiran 17	Panduan <i>Focus Group Discussion</i> (FGD).....	328
Lampiran 18	Berita Acara <i>Focus Group Discussion</i>	330
Lampiran 19	Bukti Kehadiran dan Pelaksanaan FGD	331
Lampiran 20	Prosedur Pengambilan Sampel Darah untuk Pengukuran sST2..	332
Lampiran 21	Prosedur Pengambilan Sampel Urin untuk Pemeriksaan VMA..	333
Lampiran 22	Instruksi Pengumpulan Urin Tampung 24 Jam untuk Pemeriksaan VMA.....	334

Lampiran 23	Hasil Validitas Konvergen	335
Lampiran 24	Hasil Validitas Diskriminan	338

DAFTAR ISTILAH DAN LAMBANG

6MWT	<i>Six-minutes walk test</i>
ACCF	<i>American College of Cardiology Foundation</i>
ACE	<i>Angiotensin converting enzyme</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
β AR	<i>Beta-adrenergic receptor</i>
CCU	<i>Coronary care unit</i>
CRF	<i>Corticotropin releasing factor</i>
CRP	<i>C-reactive protein</i>
DCM	<i>Dilated cardiomyopathy</i>
EF	<i>Ejection fraction</i>
HDL	<i>High density lipoprotein</i>
HF-	<i>Heart Failure – A randomized Controlled Trial Investigating</i>
ACTION	<i>Outcome of exercise traiNing</i>
HFpEF	<i>Heart failure with preserve ejection fraction</i>
HF _r EF	<i>Heart failure with reduced ejection fraction</i>
HRQoL	<i>Health-related quality of life</i>
HRV	<i>Heart rate variability</i>
ICU	<i>Intensive care unit</i>
IL-18	<i>Interleukin-18</i>
IL-1 β	<i>Interleukin-1β</i>
IL-6	<i>Interleukin-6</i>
IMA	<i>Infark miokard akut</i>
JVP	<i>Jugularis vena pressure</i>
MAP	<i>Mean arterial pressure</i>
MLHFQ	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>
NO	<i>Nitric oxide</i>
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
PERKI	<i>Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia</i>
PJK	<i>Penyakit Jantung Koroner</i>
PVR	<i>Peripheral vascular resistance</i>
QoL	<i>Quality of Life</i>
RAAS	<i>Renin-angiotensin-aldosteron-system</i>
SEM-PLS	<i>Structural Equation Modeling-Partial Least Squares</i>
SF-36	<i>Short Form-36</i>
sICAM-1	<i>Soluble intercellular adhesion molecule-1</i>
sST2	<i>Soluble suppression of tumorigenity 2</i>
SWB	<i>Spiritual well-being</i>
TNF- α	<i>Tumor necrosis factor-α</i>
UU	<i>Undang-Undang</i>
VMA	<i>Vanillylmandelic Acid</i>
VSD	<i>Ventricular septal defect</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>