

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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. Sejauh ini, pengembangan model keperawatan spiritual dan mekanisme untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung masih belum banyak dikembangkan.

Gagal jantung merupakan *global burden disease* yang menyerang lebih dari 26 juta orang di seluruh dunia (Savarese and Lund, 2017). Sejumlah 17-45% pasien gagal jantung di seluruh dunia yang dirawat di rumah sakit meninggal dalam waktu 1 tahun setelah masuk rumah sakit dan sebagian besar meninggal setelah 5 tahun

(Ponikowski *et al.*, 2014). Perkiraan prevalensi gagal jantung di seluruh Asia sebesar 1,26% sampai 6,7% (Benjamin *et al.*, 2017). Sedangkan prevalensi penyakit tersebut di Indonesia berdasarkan pernah didiagnosis dokter sebesar 0,13%, dan berdasarkan gejala sebesar 0,3% (Research and Development Board Ministry of Health Republic of Indonesia, 2013). Insiden gagal jantung terus diprediksi meningkat seiring dengan peningkatan populasi menua dan perubahan gaya hidup, meskipun kemajuan terapeutik telah dikembangkan untuk memperbaiki prognosis. Selain itu, tingkat kelangsungan hidup pasien gagal jantung dilaporkan lebih buruk dibandingkan penyakit keganasan, seperti kanker usus, kanker prostat, atau kanker payudara (Ponikowski *et al.*, 2014; Yu, Li and Chong, 2017). Dengan demikian, upaya mengurangi beban gejala dan meningkatkan kualitas hidup menjadi tujuan utama penatalaksanaan pasien gagal jantung.

Kualitas hidup pasien gagal jantung selain dilaporkan lebih buruk, juga lebih rendah dibandingkan individu pada populasi umum maupun pasien dengan penyakit kronis lain (Ekman, Fagerberg and Lundman, 2002; Alonso *et al.*, 2004; Franzén-Dahlin *et al.*, 2010). Sejumlah 48% pasien gagal jantung kronik memiliki kualitas hidup yang buruk dengan rerata skor MLHFQ sebesar 50 ± 2 (Iqbal *et al.*, 2010). Studi lain di Yunani menunjukkan rerata skor total yang lebih buruk sebesar $65,4 \pm 20,6$ (Aggelopoulou, Fotos, Chatziefstratiou and Giakoumidakis, 2017). Adapun rerata komponen fisik dan mental pasien gagal jantung yang diukur menggunakan SF-36 menunjukkan nilai di bawah 47 dengan skor masing-masing sebesar $35,8 \pm 9,6$ dan $41,5 \pm 11,3$ yang menunjukkan kualitas hidup yang buruk (Aburuz, 2018). Sedangkan jika dibandingkan dengan penyakit kronis lain, domain fisik pasien gagal jantung lebih buruk dengan nilai $-4,4$ (0,43) (Alonso *et al.*, 2004).

Kualitas hidup yang buruk pada pasien gagal jantung disebabkan oleh beberapa faktor. Progresivitas gejala menuju tahap lanjut dari perkembangan penyakit, status fungsional, dan frekuensi masuk kembali ke rumah sakit menjadi prediktor kualitas hidup (Rodriguez-Artalejo *et al.*, 2005; Heo *et al.*, 2007). Selain itu, studi lain menunjukkan bahwa depresi dan ansietas yang banyak dialami pasien gagal jantung (masing-masing dengan prevalensi 65% dan 62%) juga menjadi prediktor independen kualitas hidup yang buruk (Aburuz, 2018). Kualitas hidup yang buruk pada pasien gagal jantung jika tidak diatasi akan menurunkan *cardiac-event free survival* serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas (Wu *et al.*, 2016).

Intervensi non farmakologis yang telah diteliti dapat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung antara lain: pendekatan *mind-body therapy* (MBT) (Kwekkeboom and Bratzke, 2015; Binkley, 2016), intervensi psikososial (Klainin-Yobas *et al.*, 2016), perawatan paliatif berbasis rumah (Ng and Wong, 2018), dan pemasangan implan CorVue (Shapiro *et al.*, 2017). Meskipun demikian, intervensi tersebut memiliki beberapa kelemahan. Pendekatan MBT sangat sesuai untuk mengintegrasikan fungsi kognitif dan tubuh dalam meningkatkan luaran, namun beberapa intervensi MBT memerlukan instruktur khusus yang jarang bisa dilakukan secara mandiri oleh pasien. Hal yang sama juga terjadi pada pemberian intervensi psikososial. Pada perawatan paliatif berbasis rumah diperlukan jumlah perawat yang cukup untuk melakukan kunjungan rumah. Sedangkan pemasangan *cardiac device* membutuhkan biaya yang relatif mahal. Intervensi keperawatan berbasis spiritual diyakini dapat meningkatkan kualitas hidup lebih optimal karena dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien, kapan saja dan dimana saja, tidak mahal dan non toksik (Bormann, 2005).

Model keperawatan spiritual untuk pasien gagal jantung, terutama yang beragama Islam belum dikembangkan. Sejauh ini model spiritualitas yang ada ditulis dari perspektif Judeo-Christian untuk populasi umum yang merefleksikan tradisi keyakinan agama tersebut, seperti aktivitas pelayanan *chaplancy*, sehingga tidak sesuai bagi pasien yang beragama lain atau yang tidak berafiliasi pada suatu agama tertentu (Clark and Hunter, 2018). Adapun model spiritualitas dalam perspektif Islam yang telah ada hanya ditujukan bagi orang sehat usia lanjut (Ahmad and Khan, 2016). Model tersebut belum mampu menjawab fenomena rendahnya kualitas hidup pada pasien gagal jantung karena pasien gagal jantung memiliki perbedaan lintasan spiritual dibandingkan populasi umum maupun pasien dengan penyakit kronis lain (Clark and Hunter, 2018).

Model keperawatan spiritual yang dibangun dari konsep dan perspektif spiritualitas Islam diperlukan bagi pasien gagal jantung yang muslim. Model ini tidak mendikotomikan spiritualitas dan religiusitas sebagai bagian yang terpisah, melainkan mengintegrasikannya menjadi kesatuan yang utuh. Hal ini dikarenakan dalam perspektif Islam religiusitas memberi kerangka kerja bagi tercapainya spiritualitas (Ahmad and Khan, 2016). Selain itu hasil studi yang membandingkan aktivitas meditasi spiritual (berbasis agama) dengan meditasi sekuler menunjukkan penurunan yang lebih besar gejala depresi dan kecemasan, serta suasana hati, kesehatan spiritual, dan pengalaman spiritual yang lebih positif pada responden meditasi spiritual berbasis agama (Wachholtz and Pargament, 2005). 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.

Keperawatan spiritual berbasis *self-transcendence* memfasilitasi individu untuk memodulasi fluktuasi batasan diri dengan memperhatikan beberapa dimensi, yaitu dimensi ke dalam diri (*inward*), dimensi keluar (*outward*), temporal, dan transpersonal. Modulasi tersebut dapat terjadi melalui penilaian (apakah stressor yang datang merupakan ancaman, bahaya, atau tantangan) dan upaya pasien melakukan strategi koping yang efektif dalam menghadapi segala faktor yang menyebabkan kerentanan (stressor), baik melalui *problem*, *emotional*, maupun *spiritual focused coping*. Hasil modulasi tersebut diharapkan dapat membentuk proses pembelajaran yang baik berupa stress persepsi yang positif, baik secara kognitif, emosional, maupun spiritual sehingga terbentuk kesejahteraan spiritual (*spiritual well-being*).

Kesejahteraan spiritual selanjutnya akan mempengaruhi kualitas hidup. Secara neurohormonal sebagai *stress respons*, koping yang positif akan merangsang hipotalamus mengeluarkan serangkaian hormon yang memodulasi penurunan aktivasi HPA-axis dan peningkatan aktivasi sistem saraf parasimpatis melalui stimulasi vagal. Penurunan aktivasi HPA-axis berakibat pada penurunan kadar kortisol dan katekolamin yang menurunkan *shear stress*. Sedangkan aktivasi saraf parasimpatis akan meningkatkan asetilkolin. Kedua jalur tersebut bersama-sama akan meregulasi pengeluaran sST2 yang berperan penting dalam remodeling ventrikel dan progresivitas gagal jantung. Ketika progresivitas dihambat, status fungsional diharapkan meningkat yang ditunjukkan dengan penurunan kelas fungsional NYHA, peningkatan 6MWT dan HRQoL (Li and Olshansky, 2011; Parikh *et al.*, 2016; Stanciu, Stanciu and Vatasescu, 2018).

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah beberapa faktor (faktor penyakit, faktor psikososial, faktor spiritual, faktor demografi, dan faktor lingkungan) berpengaruh terhadap kemampuan menilai stressor, *spiritual well-being*, dan kualitas hidup pasien gagal jantung?
2. Apakah kemampuan menilai stressor berpengaruh terhadap kemampuan membentuk makna dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung?
3. Apakah kemampuan membentuk makna berpengaruh terhadap strategi koping dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung?
4. Apakah strategi koping berpengaruh terhadap *spiritual well-being* dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung?
5. Apakah *spiritual well-being* berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung?
6. Bagaimana penyusunan modul keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung?
7. Apakah ada pengaruh pelatihan spiritual terhadap peningkatan *spiritual well-being*, HRQoL, 6MWT, serta penurunan status kelas fungsional NYHA, kadar VMA dan biomarker sST2 pasien gagal jantung?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengembangkan model keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.

1.3.2 Tujuan khusus

Tahap I:

1. Menganalisis pengaruh faktor penyakit, faktor psikososial, faktor spiritual, faktor demografi, dan faktor lingkungan terhadap kemampuan menilai stressor, *spiritual well-being*, dan kualitas hidup pasien gagal jantung.
2. Menganalisis pengaruh kemampuan menilai stressor terhadap kemampuan membentuk makna dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.
3. Menganalisis pengaruh kemampuan membentuk makna terhadap strategi koping dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.
4. Menganalisis pengaruh strategi koping terhadap *spiritual well-being* dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.
5. Menganalisis pengaruh *spiritual well-being* terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung.

Tahap II:

Menyusun modul keperawatan spiritual dalam meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.

Tahap III:

1. Menganalisis pengaruh pelatihan spiritual terhadap peningkatan *spiritual well-being*.
2. Menganalisis pengaruh pelatihan spiritual terhadap peningkatan HRQoL.
3. Menganalisis pengaruh pelatihan spiritual terhadap penurunan status kelas fungsional NYHA.

4. Menganalisis pengaruh pelatihan spiritual terhadap peningkatan 6MWT.
5. Menganalisis pengaruh pelatihan spiritual terhadap penurunan biomarker sST2.
6. Menganalisis pengaruh pelatihan spiritual terhadap penurunan kadar VMA.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya teori yang ada dan mengembangkan model keperawatan spiritual yang merupakan penggabungan dari beberapa teori yaitu *self-transcendence*, *spiritual well-being in illness*, model *self-regulation*, dan *transactional model of stress and coping*. Selain itu, penelitian ini merupakan pengembangan penelitian dengan paradigma psikoneuroimunologi yang dapat menjelaskan mekanisme pengaruh intervensi pelatihan spiritual terhadap *spiritual well-being*, HRQoL, kelas fungsional NYHA, 6MWT, serta kadar VMA dan biomarker sST2 pasien gagal jantung.

1.4.2 Praktis

1. Bagi profesi perawat

Penelitian ini menghasilkan intervensi pelatihan spiritual sebagai dasar pengembangan asuhan keperawatan kardiovaskular berbasis spiritual di tatanan pelayanan praktik keperawatan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien gagal jantung. Pemenuhan kebutuhan spiritual tersebut meningkatkan *spiritual well-being* sehingga diharapkan prognosis penyakit dapat dicegah dan kualitas hidup meningkat.

2. Bagi responden

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi pasien gagal jantung untuk meningkatkan spiritualitas dan memenuhi kebutuhan spiritual selama sakit atau perawatan melalui pencarian makna spiritual selama sakit dan penerapan strategi koping yang efektif. Kesejahteraan spiritual yang meningkat dapat meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung.

1.5 Rencana Temuan Baru

Penelitian ini menghasilkan suatu model dan intervensi pelatihan spiritual untuk meningkatkan kualitas hidup pasien gagal jantung, serta membuktikan pengaruh penerapan intervensi pelatihan spiritual terhadap *spiritual well-being*, *health-related quality of life* (HRQoL), status fungsional *New York Heart Association* (NYHA), *six minutes walk test* (6MWT), kadar metabolit akhir dari hormon katekolamin, yaitu *vanillyl mandelic acid* (VMA), serta ekspresi biomarker remodeling ventrikel dan progresivitas gagal jantung *soluble suppression of tumorigenicity 2* (sST2).

Penelitian ini dihasilkan dari pengembangan beberapa teori dan model antara lain *self-transcendence*, *spiritual well-being in illness*, model *self-regulation*, dan *transactional model of stress and coping*. Selain itu, penelitian ini juga menggunakan paradigma psikoneuroimunologi untuk menjelaskan pengaruh intervensi pelatihan spiritual terhadap perubahan biologis dalam tubuh. Keperawatan spiritual berbasis *self-transcendence* memfasilitasi individu untuk memodulasi fluktuasi batasan diri dengan memperhatikan beberapa dimensi, yaitu dimensi ke dalam diri (*inward*), dimensi keluar (*outward*), temporal, dan

transpersonal. Modulasi tersebut terjadi melalui penilaian (apakah stressor yang datang merupakan ancaman, bahaya, atau tantangan) dan upaya pasien melakukan strategi koping yang efektif dalam menghadapi segala faktor yang menyebabkan kerentanan (stressor), baik melalui *problem*, *emotional*, maupun *spiritual focused coping*. Hasil modulasi tersebut dapat membentuk proses pembelajaran yang baik berupa stress persepsi yang positif, baik secara kognitif, emosional, maupun spiritual sehingga terbentuk kesejahteraan spiritual (*spiritual well-being*).

Kesejahteraan spiritual selanjutnya mempengaruhi kualitas hidup. Secara neurohormonal sebagai *stress respons*, koping yang positif akan merangsang hipotalamus mengeluarkan serangkaian hormon yang memodulasi penurunan aktivasi HPA-axis dan peningkatan aktivasi sistem saraf parasimpatis melalui stimulasi vagal. Penurunan aktivasi HPA-axis berakibat pada penurunan kadar kortisol dan katekolamin yang menurunkan *shear stress*. Penurunan kadar katekolamin akan tampak dari penurunan kadar VMA yang diukur melalui urin. Sedangkan aktivasi saraf parasimpatis akan meningkatkan asetilkolin. Kedua jalur tersebut bersama-sama akan meregulasi pengeluaran sST2 yang berperan penting dalam remodeling ventrikel dan progresivitas gagal jantung. Ketika progresivitas dihambat, status fungsional meningkat yang ditunjukkan dengan penurunan kelas fungsional NYHA, peningkatan 6MWT dan HRQoL.