

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG FAMILY CENTERED CARE DAN SELF EFFICACY KELUARGA PADA
PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG 5A DAN 5B DI RSUD
dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**



Oleh:

Yogie Afitnandri

NIM: 185070209111095

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA**

**MALANG
2019**

HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG *FAMILY CENTERED CARE* DAN *SELF EFFICACY* KELUARGA PADA
PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG 5A DAN 5B DI RSUD
dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan

Oleh:

Yogie Afitnandri
NIM: 185070209111095

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I

Pembimbing II



Alfrina Hany, S.Kp., M.Ng (AC)
NIP. 197804042002122001



Ns. Etris Kartika Sari, S.Kep, M.Kep
NIP. 198501272014042001



KATA PENGANTAR

Segala puji hanya bagi Allah SWT yang telah memberi petunjuk dan hidayah-Nya penulis ucapkan “ Alhamdulillah” sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir penelitian dengan judul “Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga Tentang *Family Centered Care* dan *Self Efficacy* Keluarga Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang 5A dan 5B di RSUD dr. Saiful Anwar Malang”.

Keinginan dan ketertarikan penulis dengan judul ini didasari oleh fakta bahwa adanya kesenjangan antara teori literature dengan praktek di lapangan mengenai keterlibatan dan partisipasi keluarga dalam memberdayakan diri dan memberikan dukungan serta perawatan kepada anggota keluarga yang sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk membuktikan bahwa ada pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung”.

Dengan selesainya penelitian ini, penulis mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada :

1. Bapak Dr. dr. Wisnu Barlianto, M. Si, Med., Sp. A (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, yang telah memberikan kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.
2. Bapak Dr. Ahsan, S. Kp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan, yang telah memberi kesempatan menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

3. Bapak Ns. Tony Suharsono, S. Kep., M. Kep selaku ketua program studi Ilmu keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah membantu dalam proses administrasi yang peneliti perlukan dalam penyusunan Tugas Akhir.
4. Ibu Alfrina Hany, S. Kp., M.Ng (AC) sebagai pembimbing pertama yang telah memberikan dukungan dan motivasi tiada batas, serta dengan sabar membimbing untuk bisa menulis dengan baik, dan senantiasa memberi semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
5. Ibu Ns. Efris Kartika sari, S.Kep., M.Kep., Sp. KMB. sebagai pembimbing kedua yang dengan sabar membimbing penulisan dan analisa data, dan senantiasa memberi semangat, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini.
6. Kepada orang tuaku dan mertuaku tercinta yang selalu memberikan restu dan doa akan kelancaran penulisan tugas akhir ini.
7. Kepada istri dan kedua putriku yang selalu memberikan motivasi, doa dan dorongan yang luar biasa berharga selama menulis tugas akhir ini.
8. Kepada semua pihak keluarga dan teman-teman saya yang telah membantu dalam menyelesaikan penelitian ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk segala saran dan kritik yang membangun dalam perbaikan tugas akhir ini. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi profesi keperawatan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan

Malang, 23 Desember 2019

ABSTRAK

Afitnandri, Yogie. 2019. **Pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang family centered care dan self efficacy keluarga pada pasien gagal jantung diruang 5A dan ruang 5B di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.** Tugas Akhir. Program Studi Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing : (1) Alfrina Hany , S.Kp, M.Ng (AC) (2) Ns . Efris Kartika Sari, S.Kep., M.Kep .

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit tidak menular sebagai penyebab kematian nomor satu di Indonesia. Di RSUD dr. Saiful Anwar Malang dilaporkan prevalensi penderita gagal jantung bulan januari sampai juli 2019 yang rehospitalisasi sebesar 13,24% atau 111 orang dari 838 total pasien mrs. Perawatan mandiri pada gagal jantung membutuhkan partisipasi keluarga yang meliputi kepatuhan minum obat, menurunkan konsumsi garam dalam diet. Partisipasi dari keluarga merupakan salah satu konsep dari model *family centered care* yang tepat digunakan pada perawatan mandiri pasien gagal jantung. *Family centered care* merupakan suatu pendekatan untuk perencanaan, pengiriman, kolaborasi, partisipasi serikat evaluasi perawatan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pasien, keluarga dan professional perawatan kesehatan . Penelitian ini untuk mengetahui pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung diruang 5A dan 5B di RSUD dr. Saiful Anwar Malang, dengan desain penelitian *posttest only control design* yang melakukan edukasi dan pemberian lembar kuesioner tingkat pengetahuan tentang *family centered care* dan kuisisioner *self efficay* pada keluarga yang menunggu dan merawat klien di ruang 5A dan ruang 5B, dan bermetode *Probability Sampling*. Jumlah total responden 50 keluarga, kelompok kontrol 25 responden dan kelompok intervensi dengan edukasi 25 responden menggunakan teknik *Random Sampling*. Hasil uji *Mann Whitney* menunjukkan pengaruh $p\text{-value} (0,004) < \alpha (0,05)$. Kesimpulan hasil penelitian ini adalah terdapat pengaruh edukasi yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan 5B di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Kata Kunci: Edukasi, Tingkat Pengetahuan, *Family Centered Care*, *Self Efficacy*

ABSTRACT

Afitnandri, Yogie. 2019. ***The effect of education on the level of family knowledge about family centered care and family self-efficacy in heart failure patients in room 5A and room 5B in RSUD dr. Saiful Anwar Malang***. Final Assignment, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Alfrina Hany, S.Kp, M.Ng (AC) (2) Ns. Efris Kartika Sari, S.Kep., M.Kep.

Heart failure is one of the non-communicable diseases as the number one cause of death in Indonesia. At RSUD dr. Saiful Anwar Malang reported the prevalence of heart failure sufferers from January to July 2019 who were re-hospitalized by 13.24% or 111 out of 838 patients. Self-care for heart failure requires family participation which includes adherence to taking medication, reducing salt consumption in the diet. Family participation is one of the concepts of the family centered care model that is appropriate for the independent care of heart failure patients. Family centered care is an approach to planning, delivery, collaboration, participation in evaluation of health care that is based on a mutually beneficial partnership between patients, families and health care professionals. This study was to determine the effect of education on the level of family knowledge about family centered care and family self-efficacy in patients with heart failure in rooms 5A and 5B in RSUD dr. Saiful Anwar Malang, with a posttest only control design research design that educated and administered knowledge level questionnaire sheets about family centered care and self-efficacy questionnaires to family waiting and caring for clients in room 5A and room 5B, and using the Probability Sampling method. The total number of respondents is 50 families, the control group is 25 respondents and the intervention group is educated by 25 respondents using the Random Sampling technique. Mann Whitney test results show the influence of p-value (0.004) < α (0.05). The conclusion of this research is that there is a significant educational influence on the level of family knowledge about family centered care and family self efficacy in heart failure patients in rooms 5A and 5B in RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Keywords: Education, Knowledge Level, Family Centered Care, Self Efficacy

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
KATAPENGANTAR.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	8
1.4.2 Manfaat Praktis.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep <i>Family Centered Care</i>	9
2.1.1 Definisi <i>Family Centered Care</i>	9
2.1.2 Tujuan <i>Family Centered Care</i>	9
2.1.3 Prinsip <i>Family Centered Care</i>	11
2.1.4 Elemen <i>Family Centered Care</i>	12
2.1.5 Manfaat penerapan <i>Family Centered Care</i>	13
2.1.6 Alasan dilakukan <i>Family Centered Care</i>	14
2.2 Konsep <i>Self Efficacy</i>	14



2.2.1 Pengertian <i>Self Efficacy</i>	14
2.2.2 Aspek – Aspek <i>Self Efficacy</i>	15
2.2.3 Dimensi <i>Self efficacy</i>	15
2.2.4 Faktor-faktor yang Memengaruhi <i>Self Efficacy</i>	16
2.2.5 General Self – Efficacy Scale(GSE).....	18
2.3 Konsep Pengetahuan.....	20
2.3.1 Pengertian Pengetahuan.....	20
2.3.2 Proses terjadinya Pengetahuan.....	20
2.3.2.1 Kesadaran (<i>Awareness</i>).....	21
2.3.2.2 Merasa (<i>Interest</i>).....	21
2.3.3 Tingkat Pengetahuan.....	21
2.3.4 Jenis Pengetahuan.....	23
2.3.5 Cara Memperoleh Pengetahuan.....	24
2.3.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan.....	26
2.3.7 Pengukuran Pengetahuan.....	29
2.3.8 Penyuluhan Kesehatan.....	30
2.3.9Pengaruh Edukasi tentang <i>Family Centered Care</i> terhadap Pengetahuan dan dukungan keluarga.....	32
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....	35
3.1 Kerangka Konsep.....	35
3.2 Penjelasan Kerangka Konsep.....	36
3.3 Hipotesis Penelitian.....	36
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	37
4.1 Desain Penelitian.....	37
4.2 Populasi dan Sampel.....	38
4.2.1 Populasi.....	38
4.2.2 Sampel.....	38
4.2.3 Besar Sampel.....	38
4.2.4 Metode pengambilan sampel (teknik <i>sampling</i>).....	40
4.3 Variabel.....	40
4.3.1 Variabel Bebas (<i>independen</i>).....	40
4.3.2 Variabel Terikat (<i>dependen</i>).....	40
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	40
4.5 Instrumen Penelitian.....	41
4.5.1 Lembar kuesioner.....	41
4.5.1.1 Kuesioner tingkat pengetahuan.....	41
4.5.1.2 Kuesioner self efficacy.....	42

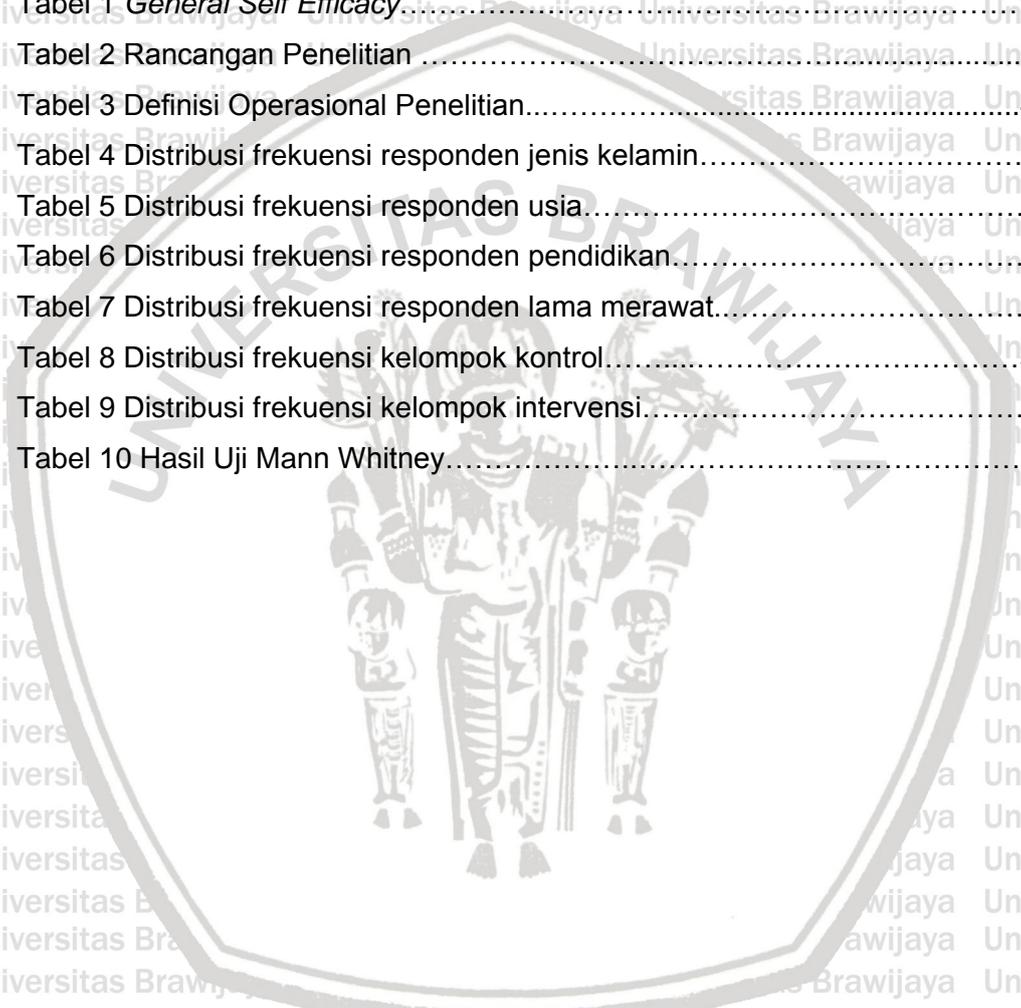


4.5.2 Uji Validitas	42
4.5.3 Uji Reliabilitas	43
4.6 Definisi Operasional	45
4.7 Pengumpulan Data	46
4.7.1 Prosedur Penelitian	46
4.7.2 Alur Penelitian	48
4.8 Analisa Data	49
4.8.1 Pre Analisa	49
4.8.1.1 <i>Editing</i>	49
4.8.2 Analisa <i>Univariate</i>	51
4.8.3 Analisa <i>Bivariate</i>	52
4.9 Etika Penelitian	52
4.9.1 <i>Informed Consent</i>	52
4.9.2 <i>Anonymity</i> (tanpa nama)	53
4.9.3 <i>Confidentially</i> (kerahasiaan)	53
4.9.4 <i>Respect for Persons</i> (prinsip menghormati harkat dan martabat manusia)	53
4.9.5 <i>Beneficence</i> (prinsip berbuat baik)	53
4.9.6 <i>Nonmaleficence</i> (prinsip tidak merugikan)	53
4.9.7 <i>Justice</i> (Prinsip Keadilan)	54
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	55
5.1 Analisis <i>Univariate</i>	55
5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	55
5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia	56
5.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan	57
5.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan lama merawat pasien	58
5.2 Analisis <i>Bivariat</i>	58
5.2.1 Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang <i>family centered care</i> dan <i>self efficacy</i> keluarga pada kelompok kontrol	58
5.2.2 Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang <i>family centered care</i> dan <i>self efficacy</i> keluarga pada kelompok intervensi	59
5.2.3 Perbedaan Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang <i>family centered care</i> dan <i>self efficacy</i> Keluarga pada kelompok kontrol (tanpa edukasi penyuluhan) dan kelompok intervensi (dengan edukasi penyuluhan)	60
BAB 6 PEMBAHASAN	61
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	69



DAFTAR TABEL

Tabel 1 <i>General Self Efficacy</i>	19
Tabel 2 Rancangan Penelitian	37
Tabel 3 Definisi Operasional Penelitian.....	45
Tabel 4 Distribusi frekuensi responden jenis kelamin.....	55
Tabel 5 Distribusi frekuensi responden usia.....	56
Tabel 6 Distribusi frekuensi responden pendidikan.....	57
Tabel 7 Distribusi frekuensi responden lama merawat.....	58
Tabel 8 Distribusi frekuensi kelompok kontrol.....	59
Tabel 9 Distribusi frekuensi kelompok intervensi.....	59
Tabel 10 Hasil Uji Mann Whitney.....	60



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Informed Consent.....	80
Lampiran 2	Kuisiner <i>Family Centered Care</i>	81
Lampiran 3	Kuisiner <i>Self Efficacy</i>	85
Lampiran 4	Hasil Validitas dan Reliabilitas Kuisiner.....	87
Lampiran 5	Hasil Distribusi Frekuensi Demografi.....	91
Lampiran 6	Hasil Distribusi Frekuensi Kelompok Kontrol.....	93
Lampiran 7	Hasil Distribusi frekuensi Kelompok Intervensi.....	94
Lampiran 8	Hasil Analisis Bivariat dengan Uji Statistik Mann Whitney.....	95
Lampiran 9	<i>Ethical Clearance</i> dari Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang.....	96
Lampiran 10	Nota Dinas Perijinan Penelitian.....	97
Lampiran 11	<i>Ethical Clearance</i> dari Universitas Brawijaya.....	98
Lampiran 12	Surat Keterangan Ka. SMF IPJT RSUD dr. Saiful Anwar.....	99
Lampiran 13	Daftar Riwayat Hidup.....	100
Lampiran 14	Surat Keterangan Kemiripan Penelitian.....	101
Lampiran 15	Ethical Clearance.....	104
Lampiran 16	Kegiatan edukasi.....	105



DAFTAR BAGAN

Kerangka Konsep	35
Alur Penelitian	48



DAFTAR SINGKATAN

WHO

World Health Organization

FCC

Family Centered Care

KEMENKES

Kementrian Kesehatan

RISKESDAS

Riset Kesehatan Dasar

AHA

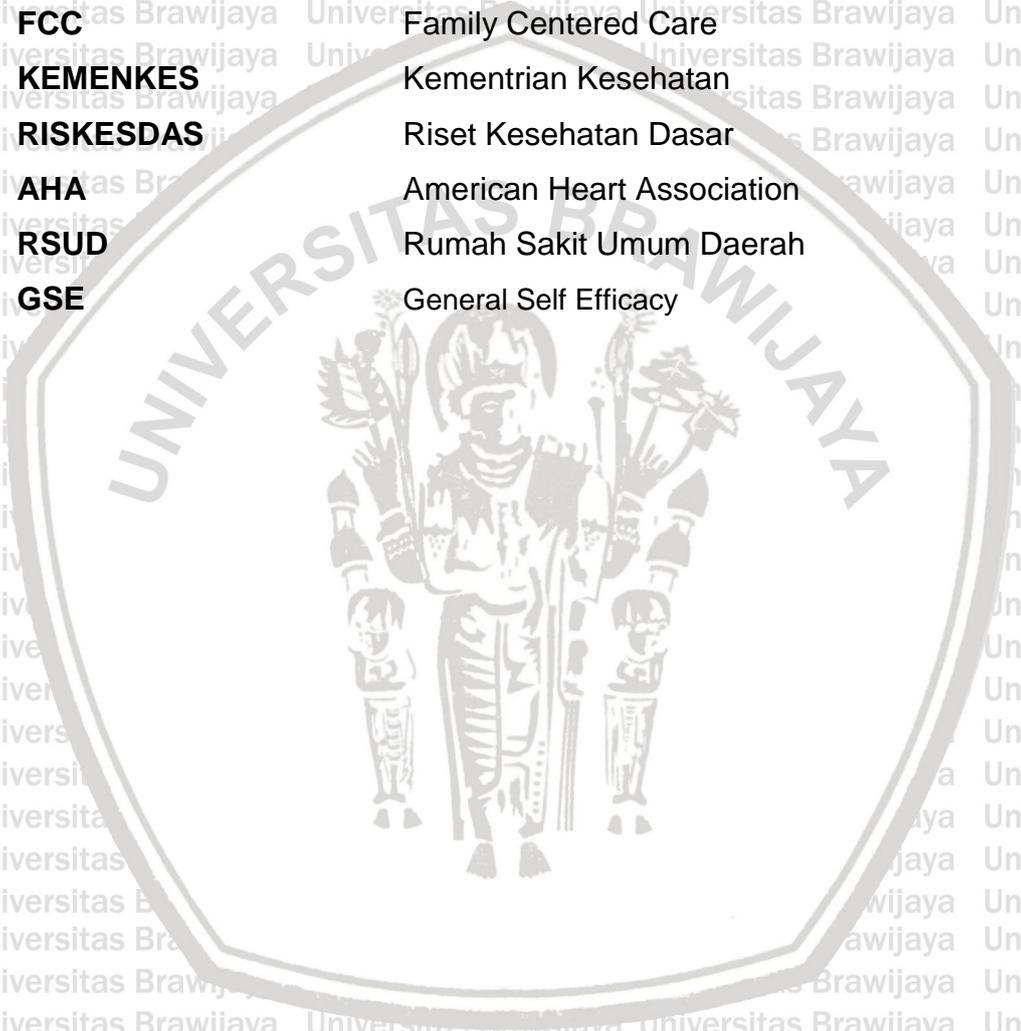
American Heart Association

RSUD

Rumah Sakit Umum Daerah

GSE

General Self Efficacy



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal jantung penyebab kematian terbesar di dunia, di Amerika pada tahun 2013 – 2016 kejadian gagal jantung mencapai 6,2 juta orang, tercatat hampir 836.546 kematian di Amerika disebabkan oleh gagal jantung. Pada tahun 2018 angkanya meningkat menjadi 840.678 orang, sedangkan sejumlah 3.994 orang berada di daftar tunggu transplantasi jantung dan 55 orang sedang menunggu transplantasi jantung paru (AHA, 2018).

Gagal jantung merupakan salah satu penyakit tidak menular sebagai penyebab kematian nomor satu di Indonesia. Prevalensi gagal jantung di Indonesia pada tahun 2013 berdasarkan diagnosis dokter diperkirakan sekitar 229,696 orang, sedangkan berdasarkan gejala diperkirakan 530.068 orang (Kemenkes, 2015). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) menyatakan bahwa prevalensi gagal jantung meningkat dari tahun ketahun, pada tahun 2013 yaitu 0,13% sedangkan pada tahun 2018 meningkat menjadi 1,5% dengan Penyakit jantung coroner menduduki urutan pertama. Di RSUD dr. Saiful Anwar Malang dilaporkan prevalensi penderita gagal jantung pada tahun 2017 sebanyak 361 dan pada tahun 2018 sebanyak 262 orang, sedangkan pada bulan januari sampai juli 2019 pasien mrs dengan gagal jantung sekitar 532 orang atau 63,5% dari jumlah total pasien mrs sejumlah 838 orang. Angka rehospitalisasi pasien gagal jantung sebesar 13,24% atau 111 orang dari total pasien mrs.

Gagal jantung memerlukan penatalaksanaan yang tepat baik yang bersifat farmakologis maupun non farmakologis untuk meningkatkan peluang

kesembuhan dan mencegah perburukan. Intervensi non farmakologis yang dapat dilakukan yaitu berupa perawatan mandiri pada pasien gagal jantung (Zamanzadeh et al, 2013). Perawatan mandiri pada gagal jantung membutuhkan partisipasi keluarga yang meliputi kepatuhan minum obat, menurunkan konsumsi garam dalam diet, olah raga secara rutin dan monitoring gejala secara rutin (Prihatiningsih dkk, 2018). Partisipasi dari keluarga merupakan salah satu konsep dari model *family centered care* yang tepat digunakan pada perawatan mandiri pasien gagal jantung.

Family centered care (FCC) adalah pendekatan kemitraan untuk pengambilan keputusan perawatan kesehatan antara keluarga dan penyedia pelayanan kesehatan (Kuo et al., 2012). Berdasarkan studi penelitian yang sudah dilakukan bahwa *family centered care* yang diterapkan pada *pediatric* dan neonatal efektif dalam menurunkan lamanya rawat inap (LOS) dan biaya perawatan (Holmes et al, 2018).

Berdasarkan hasil penelitian (Arango et al, 2011) model *family centered care* dapat diterapkan kepada pasien dewasa dengan kondisi kritis dan kondisi kronis hal ini sangat membantu sekali dalam pemenuhan kebutuhan pasien dewasa. Berdasarkan hasil studi penelitian yang dilakukan Prihatin,dkk (2017) mengenai dukungan dan partisipasi keluarga pada kepatuhan pasien gagal jantung menjalani terapi, menunjukkan bahwa dukungan keluarga berpengaruh terhadap kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung, keyakinan pasien akan kemampuannya menjalankan terapi gagal jantung merupakan hal yang sangat mempengaruhi kepatuhan terapi pada pasien gagal jantung. Berdasarkan Penelitian Rouse (2012) menunjukkan penerapan konsep *family centered care* dalam praktik keperawatan, keluarga diperlakukan penuh perhatian,

menyampaikan informasi kepada keluarga supaya orang tua memahami tentang keadaan anggota keluarga dan perawatannya. Beberapa faktor yang mempengaruhi partisipasi keluarga dalam perawatan mandiri adalah status demografi, jenis kelamin, pengetahuan, status psikologi dan kapasitas fungsional.

Dukungan keluarga merupakan sumber yang sangat penting bagi penderita penyakit kronis, hal ini terjadi karena dukungan keluarga tidak hanya meningkatkan fungsi fisik dan emosi pasien tetapi juga kepatuhan pasien dalam menjalani pengobatannya. Keluarga mempunyai dukungan dalam peran pemberian asuhan keperawatan dan memberikan keputusan dengan melihat keluarga sumber kekuatan dalam penanganan masalah keperawatan (*Donna et al*, 2008). Pada model *family centered care* pengambilan keputusan keluarga dalam membantu perawatan mandiri pasien dibutuhkan pengetahuan.

Pengetahuan merupakan hasil pengindraan manusia, serta hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indra penglihatan, penciuman, pendengaran dan sebagainya. Kemudian dengan sendirinya menghasilkan pengetahuan, hal tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek (Notoatmodjo, 2014). Berdasarkan hasil studi penelitian Pratama,dkk(2017) bahwa tingkat pengetahuan keluarga dengan kategori pengetahuan yang cukup, dilatar belakangi oleh beberapa faktor. Berdasarkan suatu gagasan yang menyatakan bahwa penentu tinggi rendahnya tingkat pengetahuan adalah umur (Wawan, 2011), sehingga pada hasil analisis tingkat pengetahuan keluarga yang cukup (57,9%) disebabkan oleh usia dewasa madya (41 - 60 tahun) sebanyak 45,3%. Tingkat pengetahuan Keluarga yang menjadi salah satu factor bahwa keluarga mampu atau tidak dalam

menerapkan *family centered care* pada peningkatan perawatan mandiri pasien dewasa kondisi kronis di ruang 5A dan 5B Intalasi pelayanan jantung terpadu (IPJT).

Tingkat pengetahuan dapat meningkatkan *self efficacy* keluarga dalam menerapkan *family centered care*. *Self efficacy* merupakan suatu keyakinan dan diiringi kepercayaan atas dasar kemampuannya, sehingga dapat melakukan sebuah kontrol dengan batasan mereka sendiri dari fungsi dan atas peristiwa (Zakeri et al, 2015). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan bahwa faktor yang mempengaruhi *self efficacy* keluarga dalam memberikan perawatan terhadap keluarganya adalah faktor usia dewasa madya (40 – 60 tahun) sebanyak 45,3% dan faktor pengalaman lama keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit (3 bulan – 5 tahun) sebanyak 75,8% dengan didukung tingkat pengetahuan keluarga kategori sedang 57,9% dengan hasil *self efficacy* keluarga kategori sedang sebanyak 55,8% (Pratama, 2017). Pengetahuan didapatkan dari edukasi dan konseling, penerapan intervensi *supportive educative system berbasis family centered care* dengan menggunakan media booklet pada keluarga menunjukkan bahwa ada peningkatan yang signifikan pada pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga tersebut, Pemberian pengetahuan yang disampaikan melalui pendidikan kesehatan secara langsung akan membawa dampak terjadinya peningkatan pengetahuan dari yang tidak tahu menjadi tahu. Pengetahuan yang dimiliki keluarga akan berpengaruh terhadap dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit yaitu dengan hasil rata – rata pretest 74,6250 dan posttest 93,5833 (Setyaningrum, 2019).

Pemberian konseling dan edukasi dengan media leaflet dapat membantu keluarga dan pasien dalam meningkatkan *self efficacy*. Konseling merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan pasien terkait penyakit dan masalah kesehatan, sehingga keluarga maupun pasien mempunyai *self efficacy* yang tinggi terhadap kepatuhan pemberian terapi yang diterimanya, dari hasil penelitian didapatkan hasil *self efficacy* rata-rata sebesar 19,24 sebelum diberikan konseling dan *self efficacy* meningkat menjadi 25,49 setelah diberikan konseling. Adanya konseling memudahkan tenaga kesehatan mengidentifikasi masalah kesehatan dan menyelesaikan masalah kesehatan tersebut, sehingga pasien dapat patuh menjalankan terapi pengobatannya dengan aman dan benar. Selain konseling yang diberikan kepada keluarga dan pasien, pemberian edukasi dengan media leaflet juga dapat meningkatkan *self efficacy* keluarga, didapatkan hasil rata-rata sebesar 21,67% sebelum pemberian edukasi dengan media leaflet dan meningkat menjadi 25,69% setelah diberikan edukasi (Dewanti dkk, 2015)

Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 7 Agustus 2019 yang dilakukan di Instalasi Pelayanan jantung Terpadu (IPJT) khususnya diruang 5A dan 5B dengan wawancara terhadap keluarga pasien untuk mengkaji tingkat pengetahuan dan *self efficacy* keluarga mengenai penerapan *family centered care* didapatkan hasil bahwa dari 10 anggota keluarga yang diwawancarai, sekitar 7 anggota keluarga (70%) tidak memahami tentang konsep *family centered care*, sehingga keluarga tidak mempunyai keyakinan diri dalam penerapan *family centered care* pada anggota keluarga yang sakit diruang 5A dan 5B, sedangkan 3 anggota keluarga (30%) mengetahui *family centered care*

sebatas pengertian secara umum dan keluarga tidak mempunyai keyakinan diri dalam penerapan *family centered care* di ruang 5A dan 5B.

Kerjasama antara pasien, keluarga, dan tim perawatan kesehatan memiliki efek positif yang luar biasa pada tujuan ketiga kelompok ini dan dapat meningkatkan rencana perawatan pasien, mengurangi tingkat rawat inap dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Stromberg *et al*, 2014).

Berdasarkan uraian diatas didapatkan bahwa pengetahuan keluarga tentang *family centered care* sangat dibutuhkan oleh keluarga sehingga bisa meningkatkan *self efficacy* keluarga dalam perawatan mandiri pada pasien gagal jantung. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian kuantitatif di ruang 5A dan 5B mengenai "Pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan 5B di RSSA Malang.

1.2 Rumusan Masalah

“Apakah ada Pengaruh Edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *Family Centered Care* dan *Self Efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan 5B di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan 5B di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung pada kelompok kontrol di ruang 5A dan 5B di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang.
2. Mengidentifikasi pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self sfficacy* keluarga pada pasien gagal jantung pada Kelompok Intervensi di ruang 5A dan 5B di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang.
3. Menganalisis pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered cared* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di ruang 5A dan 5B di Rumah Sakit dr. Saiful Anwar Malang.

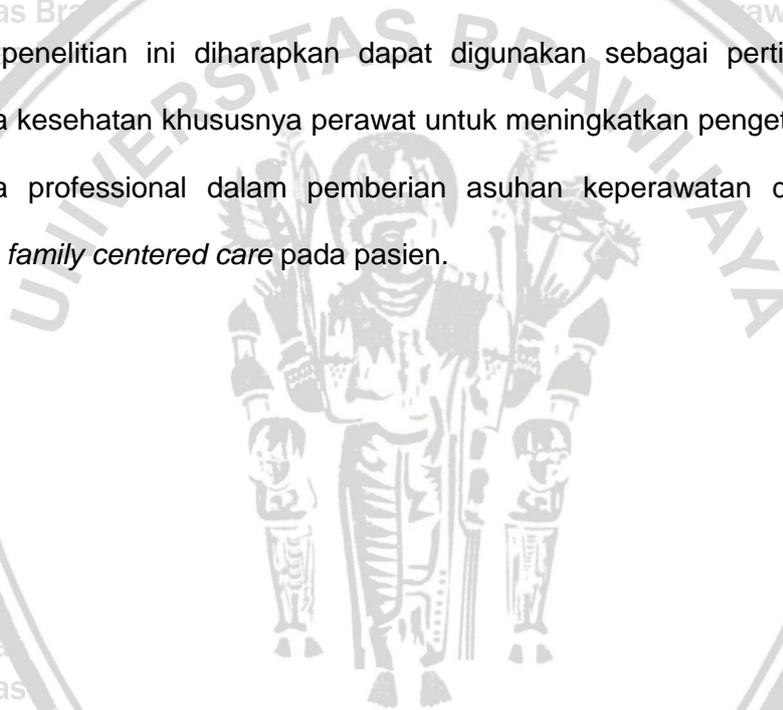
1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi dan dapat meningkatkan ilmu pengetahuan tentang *family centered care* yang bisa digunakan sebagai referensi data awal untuk penelitian selanjutnya mengenai *family centered care* dan *self efficacy* keluarga.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pertimbangan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat untuk meningkatkan pengetahuan sebagai tenaga profesional dalam pemberian asuhan keperawatan dan penerapan model *family centered care* pada pasien.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Family Centered Care*

2.1.1 Definisi *Family Centered Care*

Institute for Patient and Family Centered Care (2017) mendefinisikan *family centered care* adalah pendekatan untuk perencanaan, pengiriman, dan evaluasi perawatan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan antara pasien, keluarga dan professional perawatan kesehatan. Kemitraan ini pada tingkat klinis, program, dan kebijakan sangat penting untuk memastikankualitas dan keamanan layanan kesehatan.

Kade,dkk (2016) yang menyebutkan bahwa *family centered care* merupakan kolaborasi bersama antara keluarga dan tenaga profesional. Kalaborasi orangtua dan tenaga professional dalam membentuk mendukung keluarga terutama dalam aturan perawatan yang mereka lakukan merupakan filosofi *family centered care*.

2.1.2 Tujuan *Family Centered Care*

Tujuan penerapan konsep *family centered care* dalam perawatan pasien, menurut Fretes (2012) adalah memberikan kesempatan bagi keluarga untuk merawat keanggota keluarga yang sakit selama proses hospitalisasi dengan pengawasan dari perawat sesuai dengan aturan yang berlaku.

Selain itu *family centered care* juga bertujuan untuk membangun perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga yang membutuhkan komitmen jangka panjang dan mencakup transformasi budaya organisasi. Langkah-langkah berikut dapat membantu mengatur rumah sakit atau sistem

kesehatan dalam perjalanannya menuju perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga, yaitu antara lain:

2.1.2.1 Mengikutsertakan semua staf, pimpinan, pasien, keluarga dan disiplin ilmu lainnya untuk belajar menerapkan proses tentang perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga.

2.1.2.2 Identifikasi pihak terkait dan tenaga dalam upaya kolaboratif untuk memfasilitasi proses pengembangan kemitraan berkelanjutan dengan pasien dan keluarga dan mendukung keterlibatan mereka di seluruh rumah sakit.

2.1.2.3 Adanya komite pengarah yang berpusat pada pasien dan keluarga yang terdiri dari pasien dan keluarga serta pemimpin formal dan informal organisasi.

2.1.2.4 Kaji sejauh mana konsep dan prinsip perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga saat ini diterapkan dalam rumah sakit atau sistem kesehatan.

2.1.2.5 Atas dasar penilaian, tetapkan prioritas dan kembangkan rencana tindakan untuk membangun perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga di layanan kesehatan.

2.1.2.6 Memasukkan konsep dan strategi yang berpusat pada pasien dan keluarga ke dalam prioritas strategis rumah sakit. Pastikan konsep-konsep ini terintegrasi ke dalam misi, filosofi perawatan, dan definisi kualitas di tempat layanan kesehatan.

2.1.2.7 Mengikutsertakan pasien dan keluarga bersama tenaga kesehatan dalam berbagai kegiatan ditempat layanan kesehatan tersebut.

2.1.2.8 Berikan pendidikan dan dukungan kepada pasien, keluarga, dan staf tentang perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga dan tentang bagaimana berkolaborasi secara efektif dalam peningkatan kualitas dan desain

ulang perawatan kesehatan. Sebagai contoh, berikan kesempatan bagi administrator dan staf klinis untuk mendengar pasien dan anggota keluarga berbagi cerita tentang pengalaman perawatan kesehatan mereka selama orientasi dan melanjutkan program pendidikan.

2.1.2.9 Pantau perubahan yang terjadi, evaluasi proses, ukur dampak, dan melanjutkannya kedalam layanan keperawatan (*Institute for Patient and family Centered Care*, 2017).

2.1.3 Prinsip *Family Centered Care*

2.1.3.1 Martabat dan Kehormatan

Praktisi keperawatan mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan pasien. Pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya pasien dan keluarga bergabung dalam rencana dan intervensi keperawatan.

2.2.3.2. Berbagi nformasi

Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

2.2.3.3. Partisipasi

Pasien dan keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat.

2.2.3.4. Kolaborasi

Pasien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain

fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan (H.Johnson, 2012).

2.1.4 Elemen *Family Centered Care*

Menurut kade dkk(2016), terdapat beberapa elemen dasar *family centered care*, yaitu:

2.1.4.1 Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem layanan dan anggota dalam system tersebut berfluktuasi.

2.1.4.2 Memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan, merawat anak secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi serta pembentukan kebijakan.

2.1.4.3 Menghormati keanekaragaman ras, etnis, budaya dan sosial ekonomi dalam keluarga.

2.1.4.4 Mengakui kekuatan keluarga dan individualitas serta memperlihatkan perbedaan mekanisme coping dalam keluarga.

2.1.4.5 Memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada orang tua secara berkelanjutan dengan dukungan penuh.

2.1.4.6 Mendorong dan memfasilitasi keluarga untuk saling mendukung.

2.1.4.7 Memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan bayi, anak, remaja, dan keluarga mereka ke dalam sistem perawatan kesehatan.

2.1.4.8 Menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program yang memberikan dukungan emosional dan keuangan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

2.1.4.9 Merancang sistem perawatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga yang teridentifikasi.

2.1.5 Manfaat penerapan *Family Centered Care*

Penerapan *family centered care* menurut kade,dkk (2016) bermanfaat untuk meningkatkan kerjasama yang optimal pada keluarga dalam pengambilan keputusan berdasarkan informasi dari keluarga sehingga proses kolaborasi dan hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga lebih kuat dalam peningkatan kesehatan dan juga perkembangan anak. Perawat diharapkan memiliki pemahaman yang baik terhadap kemampuan dan kekuatan keluarga sehingga dapat memberikan perawatan yang baik dan sesuai untuk anak dan keluarga.

Manfaat penerapan *family centered care* menurut *American Academy Of Pediatrics* (2003) antara lain:

2.1.5.1 Menguatkan hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.

2.1.5.2 Meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi.

2.1.5.3 Membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan yang berkolaborasi dengan keluarga.

2.1.5.4 Meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi pelayanan.

2.1.5.5 Penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif.

2.1.5.6 Mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan

2.1.5.7 Persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif

2.1.5.8 Meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk spesialis anak dan tenaga profesi lainnya dalam pelatihan.

2.1.5.9 Menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan profesional.

2.1.5.10 Mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima.

2.1.6 Alasan dilakukan *Family Centered Care*

2.1.6.1 Membangun sistem kolaborasi daripada kontrol

2.1.6.2 Berfokus pada kekuatan dan sumber-sumber keluarga dari pada kelemahan keluarga.

2.1.6.3 Mengakui keahlian keluarga dalam merawat anak seperti sebagaimana profesional

2.1.6.4 Membangun pemberdayaan daripada ketergantungan

2.1.6.5 Meningkatkan lebih banyak sharing informasi dengan pasien, keluarga, dan pemberi pelayanan daripada informasi hanya diketahui profesional saja.

2.1.6.6 Menciptakan program yang fleksibel dan tidak kaku saat melakukan tindakan keperawatan

2.2 Konsep *Self Efficacy*

2.2.1 Pengertian *Self Efficacy*

Menurut Bandura(1997), *self efficacy* merupakan keyakinan memiliki kemampuan untuk mengolah dan melakukan tindakan mencapai tujuan yang berkaitan erat dengan konsep diri, dan prestasi penyesuaian diri merupakan aspek kehidupan dari *self efficacy* yang mempunyai peranan penting dalam akademik untuk menyelesaikan tugas-tugas belajar dengan target yang telah ditentukan seseorang. *self efficacy* hanya dapat memprediksi prestasi pada tugas sederhana, tidak dapat memprediksi prestasi pada tugas yang kompleks (Rustika, 2012).

2.2.2 Aspek – Aspek *Self Efficacy*

Mahmoudi (2012) mengungkapkan bahwa perbedaan *self efficacy* pada setiap individu terletak pada tiga aspek/komponen, yaitu: magnitudo (tingkat kesulitan tugas), strength (kekuatan keyakinan), dan generality (generalitas).

Masing-masing aspek mempunyai implikasi penting di dalam kinerja individu yang secara lebih jelas dapat diuraikan sebagai berikut:

2.2.2.1 Magnitudo (tingkat kesulitan tugas)

Berkaitan dengan derajat kesulitan tugas individu. Komponen ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang akan dicoba individu berdasarkan ekspektasi efikasi pada tingkat kesulitan tugas

2.2.2.2 Strength (kekuatan keyakinan)

Berkaitan dengan kekuatan keyakinan individu atas kemampuannya. Pengharapan yang kuat dan mantap pada individu akan mendorong untuk gigih dalam berupaya mencapai tujuan walaupun mungkin belum memiliki pengalaman-pengalaman yang menunjang.

2.2.2.3 Generality (generalitas)

Berkaitan dengan luas cakupan tingkah laku diyakini oleh individu mampu dilaksanakan. Seseorang dapat menilai dirinya sendiri apakah kemampuannya berada diberbagai bidang atau hanya dalam fungsi bidang tertentu.

2.2.3 Dimensi *Self efficacy*

Menurut Bandura (1997) menyatakan bahwa *self efficacy* terdiri dari beberapa dimensi, yaitu:

2.2.3.1 Kognitif

Manusia berperilaku berdasarkan bagaimana cara pandang mereka terhadap suatu hal. Seseorang dengan kemampuan berpikir yang baik dikatakan

dapat mencapai tujuannya dengan cara yang tepat.

2.2.3.2 Motivasi

Kemampuan seseorang untuk memberikan dorongan pada dirinya sendiri untuk dapat mencapai tujuan tertentu. Motivasi dapat digunakan untuk memprediksi keberhasilan seseorang.

2.2.3.3 Afeksi

Seseorang yang percaya bahwa ia memiliki kemampuan untuk mengelola emosinya akan terhindar dari kesedihan dan rasa cemas. Sebaliknya, orang yang tidak dapat mengelola emosinya akan dengan mudah merasa depresi.

2.2.3.4 Seleksi

Kemampuan seseorang untuk dapat memilih-milih perilaku yang sesuai dengan lingkungannya agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Kemampuan menyeleksi ini dibutuhkan agar orang tidak mudah menyerah ketika menghadapi situasi sulit.

2.2.4 Faktor-faktor yang Memengaruhi *Self Efficacy*

Seseorang dapat memiliki *self efficacy* yang tinggi pada situasi tertentu begitu pula sebaliknya. Berikut merupakan factor faktor yang dapat meningkatkan atau menurunkan *self efficacy* menurut Alwisol (2004) yaitu:

2.2.4.1 Pengalaman performansi

Pengalaman performansi merupakan prestasi yang berhasil dicapai pada masa lalu. Pengalaman performansi merupakan sumber yang kuat pengaruhnya terhadap *self efficacy*. Keberhasilan akan meningkatkan efikasi, sedangkan kegagalan akan memberikan dampak yang buruk bagi efikasi seseorang.

2.2.4.2 Pengalaman vikarius

Pengalaman vikarius didapat melalui pengamatan terhadap model sosial.

self efficacy meningkat ketika model yang diamati berhasil dalam mengerjakan tugasnya, efikasi akan menurun ketika model yang menjadi sumber pengamatan memiliki karakteristik yang sama dengan pengamat mengalami kegagalan.

Kegagalan yang terjadi diingat oleh pengamat dan dapat berdampak pada perilaku pengamat untuk jangka panjang.

2.2.4.3 Persuasi sosial

Self Efficacy diperoleh melalui persuasi dari orang lain. Individu dapat meningkatkan *self efficacy* apabila ada pengaruh persuasi yang sesuai dengan realita seseorang. Sumber pemberi persuasi juga dapat memengaruhi *self efficacy* seseorang, misalnya orang terdekat atau orang yang dapat dipercaya.

2.2.4.4 Keadaan emosi

Efikasi yang dimiliki seseorang ketika mengerjakan suatu aktivitas dapat dipengaruhi oleh keadaan emosinya. Ketika seseorang merasa bahagia maka efikasinya tinggi, sedangkan ketika seseorang merasa khawatir dan stres dapat menurunkan *self efficacy*.

Menurut Bandura (1998) *self efficacy* bersumber pada empat kombinasi, yaitu:

a. Pengalaman menguasai sesuatu (*mastery experiences*)

Sumber yang dinyatakan paling berpengaruh pada *self efficacy* adalah pengalaman menguasai sesuatu. Sesuatu yang berhasil dicapai akan meningkatkan ekspektasi mengenai kemampuannya, sedangkan kegagalan akan menurunkan ekspektasi kemampuannya.

b. Modeling sosial

Mengobservasi pencapaian orang lain yang kemampuannya setara dinilai dapat meningkatkan *self efficacy*, namun akan berkurang saat melihat kegagalan teman.

Modeling sosial akan berdampak sedikit apabila model yang diamati memiliki karakteristik yang berbeda dengan pengamat.

c. Persuasi sosial

Sumber ini dinilai tidak cukup kuat untuk memengaruhi *self efficacy*, tetapi ketika situasinya tepat pihak yang dipercaya dapat meningkatkan atau menurunkan *self efficacy* seseorang.

d. Kondisi fisik dan emosional

Emosi yang dimiliki seseorang berkemungkinan dapat meningkatkan atau menurunkan ekspektasi *self efficacy* seseorang. Kecemasan yang dialami seseorang bias membuat efikasinya rendah, begitu pula ketika suasana hatinya sedang baik.

2.2.5 General Self – Efficacy Scale(GSE)

General Self – Efficacy scale merupakan alat ukur yang dirancang untuk menilai keyakinan yang dimiliki oleh seseorang yang berguna untuk mengatasi masalah yang ada di dalam kehidupan. Skala ini telah digunakan oleh beberapa peneliti yang awalnya di buat dalam Bahasa Jerman oleh Matthias Jerusalem dan Ralf Schwarzer. Skala ini didesain untuk usia diatas 12 Tahun. Instrumen pada skala ini terdiri dari 10 item pernyataan. Pada skala ini tidak terdapat keterangan mengenai item *favorabel* dan *unfavorabel*. Skala ini telah diadaptasikan ke dalam 32 bahasa termasuk Bahasa Indonesia.

Instrumen ini memiliki empat pilihan jawabandengan menyilang atau mencentang dari rentang angka 1 – 4 yaitu: Sangat Setuju skor 4, Setuju skor 3, Tidak setuju skor 3, Sangat Tidak Setuju skor 1. *General Self Efficacy Scale* memiliki 10 item pernyataan sebagai berikut:

Table.1 General Self Efficacy

No.	Item Pernyataan
1.	Pemecahan soal – soal yang sulit selalu berhasil bagi saya, kalau saya berusaha
2.	Jika seseorang menghambat tujuan saya, saya akan mencari cara dan jalan untuk meneruskannya
3.	Saya tidak mempunyai kesulitan untuk melaksanakan niat dan tujuan saya
4.	Dalam situasi yang tidak terduga saya selalu tahu bagaimana saya harus bertindak laku
5.	Kalau saya akan berkonfrontasi/berdebat dengan sesuatu yang baru, saya tahu bagaimana saya dapat menanggulangnya
6.	Untuk setiap problem/masalah saya mempunyai pemecahannya
7.	Saya dapat menghadapi kesulitan dengan tenang, karena saya selalu dapat mengandalkan kemampuan saya
8.	Kalau saya menghadapi kesulitan, biasanya saya mempunyai banyak ide untuk mengatasinya
9.	Juga dalam kejadian yang tidak terduga saya kira, bahwa saya akan dapat menanganinya dengan baik
10.	Apapun yang terjadi, saya akan siap menanganinya

General self Efficacy Scale mempunyai skor rentang antara 10 – 40.

Penghitungan dalam skala ini dengan cara menjumlahkan setiap skor yang didapatkan oleh subjek di setiap item pernyataan. Koefisien reliabilitasnya untuk *General Self Efficacy* Alpha Cronbach antara 0,76 dan 0,90 sedangkan untuk validitasnya skala *General Self Efficacy* ini teruji secara Internasional dan di Indonesia dengan nilai 0,373 – 0,573 (Rahmawati,2017). *General Self Efficacy* ini

berkorelasi positif dengan emosi, optimisme, dan kepuasan kerja dan berkorelasi negatif dengan depresi, stres, keluhan kesehatan, kelelahan, dan kecemasan

(Schwarzer, R., & Jerusalem, 1995).

2.3 Konsep Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil pengindraan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indra yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Dengan sendirinya, pada waktu pengindraan sampai menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indra pendengaran yaitu telinga dan indra penglihatan yaitu mata Notoatmodjo (2012).

Menurut Notoatmojo (2012), pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.

2.3.2 Proses terjadinya Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2011) pengetahuan mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses sebagai berikut:

2.3.2.1 Kesadaran (*Awareness*)

Dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulasi (obyek).

2.3.2.2 Merasa (*Interest*)

Tertarik terhadap stimulasi atau obyek tersebut disini sikap obyek mulai timbul.

2.3.2.3 Menimbang-nimbang (*Evaluation*)

Terhadap baik dan tidaknya stimulasi tersebut bagi dirinya, hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

2.3.2.4 Mencoba (*Trial*)

Dimana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki.

2.3.2.4 Adaptasi

Dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikap terhadap stimulasi.

2.3.3 Tingkat Pengetahuan

Menurut Notoatmojo (2012) pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yaitu:

2.3.3.1 Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, pada tingkatan ini *reccal* (mengingat kembali) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsang yang diterima. Oleh sebab itu tingkatan ini adalah yang paling rendah.

2.3.3.2 Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar tentang objek yang dilakukan dengan menjelaskan, menyebutkan contoh dan lain-lain.

2.3.3.3 Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi dan kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam kontak atau situasi yang lain.

2.3.3.4 Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan suatu materi atau objek ke dalam komponen-komponen tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitan satu sama lain, kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

2.3.3.5 Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis ini suatu kemampuan untuk menyusun, dapat merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.

2.3.3.6 Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi atau objek penilaian-penilaian itu berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Dari teori tingkat pengetahuan diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan memiliki 6 tingkatan pengetahuan dimana tingkat pengetahuan tersebut diantaranya tingkat pertama tahu setelah mendapatkan pengetahuan, tingkat kedua memahami pengetahuan yang didapatkan, tingkat ketiga dapat mengaplikasikan pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari, tingkat keempat mampu menjabarkan suatu materi atau menganalisis, tingkat kelima dapat mensintesis atau menunjukkan kemampuan untuk meringkas suatu materi, dan tingkat pengetahuan yang keenam seseorang mempunyai kemampuan untuk melakukan penilaian terhadap suatu materi.

2.3.4 Jenis Pengetahuan

Pemahaman masyarakat mengenai pengetahuan dalam konteks kesehatan sangat beraneka ragam. Pengetahuan merupakan bagian perilaku kesehatan. Jenis pengetahuan diantaranya sebagai berikut:

2.3.4.1 Pengetahuan implisit

Pengetahuan implisit adalah pengetahuan yang masih tertanam dalam bentuk pengalaman seseorang dan berisi faktor-faktor yang tidak bersifat nyata, seperti keyakinan pribadi, perspektif, dan prinsip. Biasanya pengalaman seseorang sulit untuk ditransfer ke orang lain baik secara tertulis

ataupun lisan. Pengetahuan implisit sering kali berisi kebiasaan dan budaya bahkan bisa tidak disadari. Contoh seseorang mengetahui tentang bahaya merokok bagi kesehatan, namun ternyata ia merokok.

2.3.4.2 Pengetahuan eksplisit

Pengetahuan eksplisit adalah pengetahuan yang telah didokumentasikan atau tersimpan dalam wujud nyata, bisa dalam wujud perilaku kesehatan. Pengetahuan nyata dideskripsikan dalam tindakan-tindakan yang berhubungan dengan kesehatan.

2.3.5 Cara Memperoleh Pengetahuan

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya: media massa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Menurut Notoatmojo(2012) dari berbagai macam cara yang telah di gunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua yakni:

2.3.5.1 Cara tradisional atau non ilmiah

Cara tradisional terdiri dari empat cara yaitu :

➤ *Trial and Error*

Cara ini dipakai orang sebelum adanya kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Pada waktu itu bila seseorang menghadapi persoalan atau masalah, upaya yang dilakukan hanya dengan mencoba-coba saja. Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil maka di coba kemungkinan yang lain sampai berhasil. Oleh karena

itu cara ini disebut dengan metode *Trial* (coba) dan *Error* (gagal atau salah atau metode coba salah adalah coba-coba).

➤ **Kekuasaan atau otoritas**

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan dan tradisi yang dilakukan oleh orang, penalaran, dan tradisi-tradisi yang dilakukan itu baik atau tidak. Kebiasaan ini tidak hanya terjadi pada masyarakat tradisional saja, melainkan juga terjadi pada masyarakat modern. Kebiasaan-kebiasaan ini seolah-olah diterima dari sumbernya berbagai kebenaran yang mutlak.

Sumber pengetahuan ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal maupun informal, ahli agama, pemegang pemerintahan dan sebagainya.

➤ **Berdasarkan pengalaman pribadi**

Adapun pepatah mengatakan “Pengalaman adalah guru terbaik”. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

➤ **Jalan pikiran**

Sejalan perkembangan kebudayaan umat kebudayaan umat manusia cara berpikir umat manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menjalankan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi. Induksi dan deduksi pada dasarnya adalah cara melahirkan pemikiran secara tidak langsung melalui pertanyaan-pertanyaan yang dikemukakan.

2.3.5.1 Cara modern atau cara ilmiah

Cara baru memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah yang disebut metode ilmiah. Kemudian metode berfikir induktif bahwa dalam memperoleh kesimpulan dilakukan dengan mengadakan observasi langsung, membuat catatan terhadap semua fakta sehubungan dengan objek yang diamati. Notoatmojo (2012).

2.3.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, sebagai berikut:

2.3.6.1 Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan didalam dan diluar sekolah (baik formal maupun non formal), berlangsung seumur hidup. Pendidikan adalah sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok dan juga usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi, maka seseorang akan semakin cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat mengenai kesehatan. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan nonformal.

Pengetahuan seseorang tentang suatu objek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek inilah akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif

dari objek yang diketahui, maka akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut.

2.3.6.2 Informasi/media massa

Informasi adalah adalah suatu yang dapat diketahui, namun ada pula yang menekankan informasi sebagai transfer pengetahuan. Selain itu, informasi juga dapat didefinisikan sebagai suatu teknik untuk mengumpulkan, menyiapkan, menyimpan, memanipulasi, mengumumkan, menganalisis dan menyebarkan informasi dengan tujuan tertentu (Undang-Undang Teknologi Informasi). Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan.

Berkembangnya teknologi akan menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sehingga sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa juga membawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang.

Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

2.3.6.3 Pekerjaan

Seseorang yang bekerja di sektor formal memiliki akses yang lebih baik, terhadap berbagai informasi, termasuk kesehatan.

2.3.6.4 Sosial, budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang biasa dilakukan orang-orang tidak melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan.

Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

2.3.6.5 Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan kedalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

2.1.6.6 Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan akan memberikan pengetahuan dan keterampilan profesional, serta dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerja.

2.3.6.7 Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang.

Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia muda, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini. Dua sikap tradisional mengenai jalannya perkembangan selama hidup adalah sebagai berikut:

- Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuan.
 - Tidak dapat mengajarkan kepandaian baru kepada orang yang sudah tua karena telah mengalami kemunduran baik fisik maupun mental.
- Dapat diperkirakan IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain, seperti kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Agus, 2013).

2.3.7 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran dapat dilakukan dengan cara wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden. Dalam mengukur pengetahuan harus diperhatikan rumusan kalimat pertanyaan menurut tahapan pengetahuan (Wawan, 2011). Skala ini menggunakan data kuantitatif yang berbentuk angka-angka yang menggunakan alternatif jawaban serta menggunakan peningkatan yaitu kolom menunjukkan

letak ini maka sebagai konsekuensinya setiap centangan pada kolom jawaban menunjukkan nilai tertentu. Dengan demikian analisa data dilakukan dengan mencermati banyaknya centangan dalam setiap kolom yang berbeda nilainya lalu mengalihkan frekuensi pada masing-masing kolom yang bersangkutan. Disini peneliti hanya menggunakan 2 pilihan yaitu: "Benar" (B) dan "Salah" (S).

2.3.8 Penyuluhan Kesehatan

Penyuluhan kesehatan sebagai bagian atau cabang dari ilmu kesehatan, juga mempunyai dua sisi, yakni sisi ilmu dan seni. Dari sisi seni, yakni praktisi atau aplikasi promosi kesehatan, merupakan penunjang bagi program-program kesehatan lain. Artinya, setiap program kesehatan misalnya pemberantasan penyakit, perbaikan gizi masyarakat, sanitasi lingkungan, kesehatan ibu dan anak, program pelayanan kesehatan, dan sebagainya, perlu ditunjang atau dibantu oleh promosi kesehatan (Notoatmojo, 2012).

Promosi kesehatan (penyuluhan kesehatan) dalam arti pendidikan, secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan (Notoatmojo, 2012).

Penyuluhan kesehatan juga merupakan suatu kegiatan yang mempunyai masukan (input), proses dan keluaran (output). Kegiatan penyuluhan kesehatan guna mencapai tujuan yakni perubahan sikap, dipengaruhi oleh banyak faktor. Disamping faktor metode, faktor metode atau pesannya, petugas yang melakukannya juga alat-alat bantu/alat peraga atau media yang dipakai. Agar mencapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus bekerja

sama dengan harmonis. Hal ini berarti bahwa untuk masukan (sasaran) tertentu harus menggunakan cara tertentu pula. Materi juga harus disesuaikan dengan sasaran atau media. Untuk sasaran kelompok maka metodenya harus berbeda dengan sasaran massa dan sasaran individual. Untuk sasaran massa pun harus berbeda dengan sasaran individual dan kelompok (Notoatmojo, 2012).

2.3.8.1 Metode Penyuluhan

Metode dan media penyuluhan kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap penyuluhan kesehatan. Dengan kata lain, metode dan media penyuluhan kesehatan adalah dengan cara dan alat apa yang digunakan oleh pelaku penyuluh kesehatan untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan atau mentransformasikan perilaku kesehatan kepada sasaran atau masyarakat

➤ **Ceramah**

Ceramah adalah salah satu cara menerangkan atau menjelaskan suatu ide, pengertian atau pesan secara lisan kepada seseorang atau sekelompok pendengar yang disertai diskusi dan tanya jawab, serta dibantu oleh beberapa alat bantu peraga yang diperlukan.

➤ **Tanya Jawab Wawancara**

Merupakan salah satu metode promosi kesehatan dengan jalan tanya jawab yang diarahkan pada pencapaian tujuan yang telah ditentukan.

➤ **Demonstrasi**

Demonstrasi adalah suatu cara penyajian pengertian atau ide yang dipersiapkan dengan teliti untuk memperlihatkan bagaimana cara melaksanakan suatu tindakan, adegan atau menggunakan suatu prosedur.

Penyajian ini disertai penggunaan alat peraga dan tanya jawab

2.3.8.2 Media Penyuluhan Kesehatan

Beberapa alat peraga yang biasa digunakan dalam promosi kesehatan adalah:

- Papan tulis
- Over Head Proyektor (OHP)
- Kertas flipchart dengan standarnya
- Poster
- Flash card
- Flipchart
- Model
- Leaflet
- Kartu konsultasi
- Booklet

2.3.9 Pengaruh Edukasi tentang *Family Centered Care* terhadap Pengetahuan dan dukungan keluarga

Penerapan intervensi *supportive educative system berbasis family centered care*

dengan menggunakan media booklet pada keluarga menunjukkan bahwa ada peningkatan yang signifikan pada pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga

tersebut, Pemberian pengetahuan yang disampaikan melalui pendidikan

kesehatan secara langsung akan membawa dampak terjadinya peningkatan

pengetahuan dari yang tidak tahu menjadi tahu. Pengetahuan yang dimiliki

keluarga akan berpengaruh terhadap dukungan keluarga dalam melakukan

perawatan pada anggota keluarga yang sakityaitu dengan hasil rata – rata

pretest 74,6250 dan posttest 93,5833. Peningkatan dukungan keluarga secara

signifikan ini disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang mempengaruhi yaitu

pengetahuan yang didapat dari pemberian edukasi dan media edukasi yang

digunakan serta informasi yang ada di dalamnya (Setiyaningrum, 2019).

Pemberian edukasi kesehatan kepada keluarga dengan media booklet

merupakan informasi yang sangat efektif yang diperlukan oleh keluarga sebagai proses belajar mengajar mereka untuk dapat meningkatkan pengetahuan.

Pemberian informasi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan keluarga, sehingga keluarga mampu memberikan penanganan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit (Sirait dkk, 2013).

2.3.10 Pengaruh Konseling dan Edukasi Dengan Media Leaflet Terhadap

Self Efficacy

Pemberian konseling dan edukasi dengan media leaflet dapat membantu keluarga dan pasien dalam meningkatkan *self efficacy*. Konseling merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan pasien terkait penyakit dan masalah kesehatan, sehingga keluarga maupun pasien mempunyai *self efficacy* yang tinggi terhadap kepatuhan pemberian terapi yang diterimanya, dari hasil penelitian didapatkan hasil *self efficacy* rata-rata sebesar 19,24 sebelum diberikan konseling dan *self efficacy* meningkat menjadi 25,49 setelah diberikan konseling. Sedangkan kelompok yang tidak diberikan edukasi dengan leaflet sebesar 21,67 dan *self efficacy* meningkat menjadi 25,69 setelah dilakukan edukasi dengan leaflet. Adanya konseling dan edukasi memudahkan tenaga kesehatan mengidentifikasi masalah kesehatan dan menyelesaikan masalah kesehatan tersebut, sehingga pasien dapat patuh menjalankan terapi pengobatannya dengan aman dan benar. Selain konseling yang diberikan kepada keluarga dan pasien, pemberian edukasi dengan media leaflet juga dapat meningkatkan *self efficacy* keluarga, didapatkan

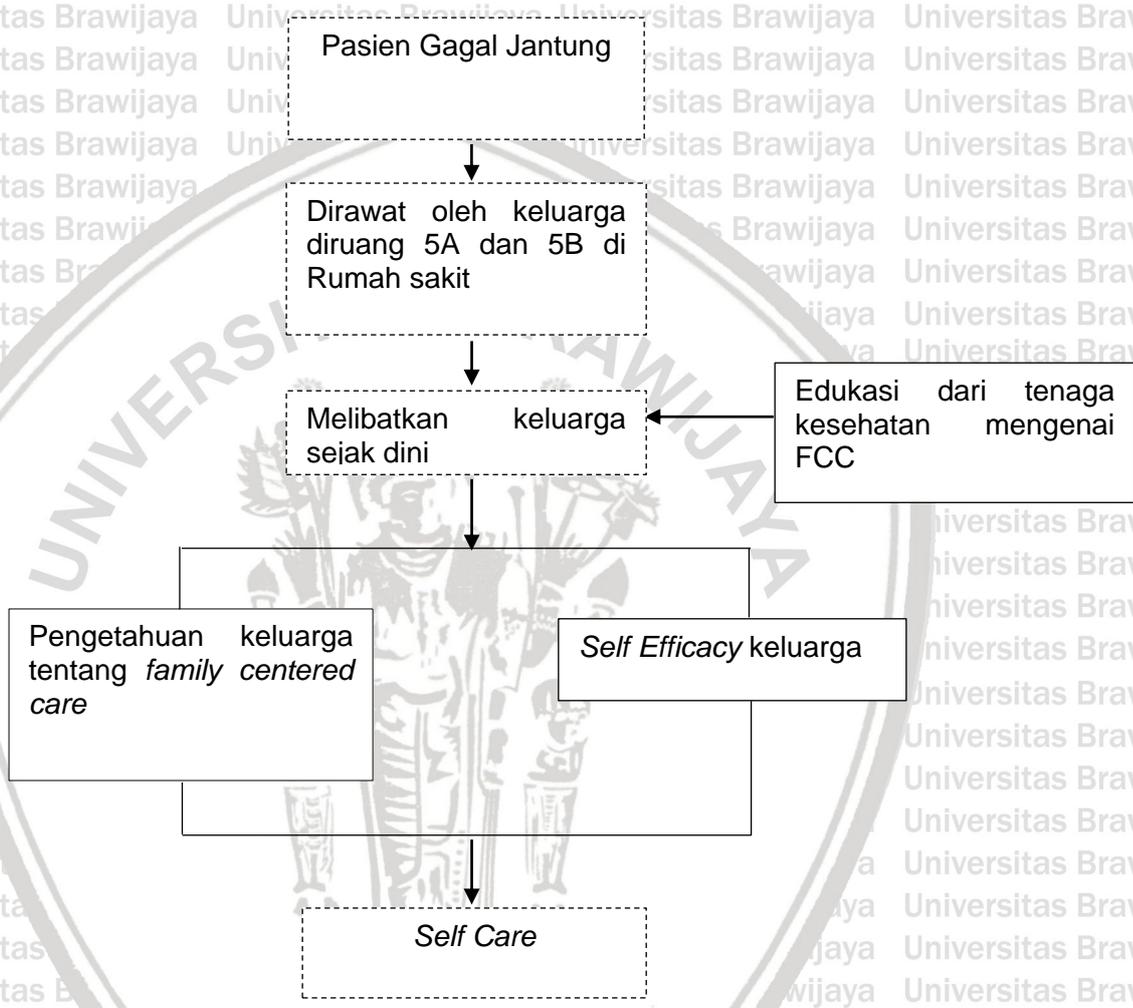
hasil rata-rata sebesar 21,67 sebelum pemberian edukasi dengan media leaflet dan meningkat menjadi 25,69 setelah diberikan edukasi (Dewanti dkk, 2015).



BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

[Solid Box] : Diteliti

[Dashed Box] : Tidak di teliti



3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Prinsip *family centered-care* meliputi martabat & kehormatan, berbagi informasi, partisipasi dan kolaborasi. Pada model *family centered care* keterlibatan keluarga diperlukan terkait dalam pengambilan keputusan untuk memberikan dukungan ke pasien. Dalam memberikan dukungan dan pengambilan keputusan tersebut dibutuhkan pengetahuan dan self efficacy oleh keluarga, Pengetahuan keluarga tentang *family centered care* bisa didapatkan melalui edukasi dari tenaga kesehatan yang sudah mendapatkan pengetahuan tentang *family centered care*. Tenaga kesehatan memberikan edukasi kepada keluarga yang terlibat langsung dalam perawatan pasien, sehingga dengan adanya edukasi tentang *family centered care* dari tenaga kesehatan akan memberikan tambahan informasi yang didapat oleh keluarga, dengan demikian edukasi yang diberikan oleh tenaga Kesehatan akan mempengaruhi pengetahuan keluarga dan self efficacy keluarga tersebut dalam mengambil keputusan, sikap dan dukungan keluarga terhadap perawatan pasien gagal jantung. Pengetahuan keluarga tersebut dipengaruhi oleh usia, pendidikan, informasi, pengalaman dan lingkungan, sedangkan factor yang mempengaruhi self efficacy antara lain keadaan emosi, pengalaman performansi, pengalaman vikarius dan persuasi sosial.

3.3 Hipotesis Penelitian

Edukasi mempengaruhi tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan self efficacy keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan 5B di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *True Ekperimental Design*. Dalam desain ini peneliti dapat mengontrol semua variable yang mempengaruhi jalannya eksperimen sehingga validitas internal (kualitas pelaksanaan rancangan penelitian) dapat menjadi tinggi. Penelitian ini menggunakan pendekatan *Posttest Only Control Design* yaitu ada dua kelompok yang dipilih, dimana satu kelompok sebagai kelompok kontrol dan kelompok kedua sebagai kelompok eksperimen. Kelompok eksperimen adalah kelompok yang diberikan perlakuan edukasi tentang *family centered care*, sedangkan kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan berupa edukasi. Setelah diberikan perlakuan dilakukan pengukuran terhadap kedua kelompok. Perbandingan hasil antara dua kelompok menunjukkan efek dari perlakuan berupa edukasi yang telah diberikan. Kelompok kontrol berfungsi sebagai pembandingan dari kelompok eksperimen yang sudah diberikan perlakuan berupa edukasi.

Table 4.1 Rancangan Penelitian

Kelompok	Perlakuan	Posttest
Eksperimen	X	O1
Kontrol		O2

Keterangan :

O1 : Posttest Kelompok Eksperimen.

O2 : Posttest Kelompok Kontrol.

X : Treatment, yaitu Perlakuan berupa edukasi tentang *family centered care* (FCC).

Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok control dan kelompok intervensi pada pasien gagal jantung di Ruang 5A dan Ruang 5B.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang menunggu dan merawat pasien di ruang 5A dan Ruang 5B di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Data keluarga pasien sesuai dengan jumlah pasien tiap bulan dalam 3 bulan terakhir bulan Agustus sampai Oktober di ruang 5A sejumlah 80 responden dan di ruang 5B sejumlah 70 responden.

4.2.2 Sampel

Besarnya sampel dalam penelitian ini harus *representative* bagi populasi. Peneliti menentukan sampel dengan menggunakan tehnik *random sampling* dimana peneliti mengambil sampel dengan secara acak. Tehnik ini dipakai karena populasi dalam penelitian ini bersifat heterogen. Besarnya sampel dalam penelitian ini adalah semua anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ruang 5A dan ruang 5B dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi.

4.2.3 Besar Sampel

Jumlah sampel dalam penelitian ini diambil pada bulan November 2019. Besaran sampel minimal untuk penelitian eksperimental ditentukan berdasarkan rumus:

$$(t-1)(n-1) \geq 15$$

Keterangan :

t = Banyaknya kelompok perlakuan.

n = Besaran sampel.

Berdasarkan rumus di atas, perhitungan besaran sampel pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$(t-1)(n-1) \geq 15$$

$$(1-1)(n-1) \geq 15$$

$$n-1 \geq 15/0$$

$$n \geq 16$$

dari perhitungan besaran sampel diatas, dibutuhkan minimal 16 responden pada setiap kelompok. Untuk menghindari responden yang *drop out*, maka perlu ditambahkan 10% dari jumlah sampel yang didapat.

$$n_2 = n_1 + (n_1 \times 10\%)$$

Keterangan :

n_2 : jumlah sampel minimal ditambah dengan substitusi 10% dari jumlah sampel minimal. Substitusi adalah jumlah subjek dalam persen yang mungkin dropout.

$$n_2 = 16 + (16 \times 10\%) = 17,6 = 18 \text{ keluarga}$$

Dari paparan rumus diatas maka dapat diperoleh kesimpulan bahwa jumlah sampel dalam penelitian ini harus lebih besar atau sama dengan 18 keluarga. Sedangkan peneliti mengambil sampel tiap kelompok eksperimen dan kelompok kontrol sejumlah 25 keluarga.

4.2.4 Metode pengambilan sampel (teknik *sampling*)

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan teknik *random sample* dengan pengambilan sampel secara acak, jarak pengambilan kelompok kontrol dan kelompok intervensi 1minggu, dan kesesuaian dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

4.2.4.1 Kriteria inklusi

- Keluarga yang menunggu dan merawat pasien.
- Keluarga yang usianya antara 17tahun – 65tahun.

4.2.4.2 Kriteria Eksklusi

- Keluarga yang ada hubungan darah tapi tidak tinggal serumah.

4.3 Variabel

4.3.1 Variabel Bebas (*independen*)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah edukasi.

4.3.2 Variabel Terikat (*dependen*)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tingkat pengetahuan keluarga dan *self efficacy* keluarga Pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan ruang 5B di RSSA Malang.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus sampai bulan Desember 2019 di Ruang 5A dan 5B di RSSA Malang.

4.5 Instrumen Penelitian

4.5.1 Lembar Kuesioner

Dalam penelitian ini menggunakan kuesioner yaitu kuesioner tingkat pengetahuan tentang *family centered care* dan kuesioner *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5a dan ruang 5B RSSA Malang.

4.5.1.1 Kuesioner tingkat pengetahuan

Kuesioner tentang pengetahuan tentang *family centered care* diperoleh dari penelitian sebelumnya yaitu Yugistiyowati & Santoso (2018) dengan judul penelitian “ Pengetahuan Perawat tentang *Family Centered Care* dengan Sikap dalam pemberian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Anak”. Kuesioner asli berbahasa Indonesia yang terdiri dari 10 pertanyaan yang sudah dimodifikasi.

Instrumen penelitian ini menggunakan daftar pernyataan yang berbentuk kuesioner, responden hanya diminta untuk memberikan tanda centang (✓) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan responden. Penilaian pada kuesioner ini menggunakan skala ukur Gutmann yaitu "benar dan salah". Selanjutnya dilakukan pada penilaian dimana setiap jawaban benar dari masing-masing pertanyaan diberi nilai "1" dan jika salah diberi nilai "0". Sehingga rentang skor adalah 0-10. Semakin tinggi skor yang didapat maka semakin tinggi tingkat pengetahuan responden tentang *family centered care*. Hasil ukur pengetahuan tentang *family centered care* dapat dikelompokkan menjadi 3 kategori yaitu: tinggi (76%-100%), sedang (56%-75%), dan tinggi (<=55%). Contoh: Kuesioner pengetahuan terdiri atas 10 Soal dengan ketentuan Benar nilai 1, dan Salah nilai 0. Maka untuk menentukan Hasil Ukur pengetahuan: Baik bila nilai 76-100%, Cukup 56-75%, dan Kurang bila <=55%, maka Hasil Ukur untuk Baik: $76\% \times 10 =$

7,6 (digenapkan 8) sampai 10; Cukup: $10 \times 56\% = 5,6$ (digenapkan 6) sampai 7; Kurang: $10 \times 55\% = 5,5$ (digenapkan jadi 6). jadi pengetahuan kurang jika nilai kurang dari 6. (Arikunto, 2013)

4.5.1.2 Kuesioner self efficacy

Kuesioner tentang *Self Efficacy*, peneliti menggunakan skala *General Self Efficacy* (GSE) pada kuisisioner. Pada skala *General Self Efficacy* (GSE) ini peneliti melakukan modifikasi . Hal tersebut dikarenakan skala GSE ini disusun oleh Matthias Jerusalem dan Ralf Schwarzer tersebut sudah mereka terjemahkan kedalam 32 bahasa, tetapi belum sesuai dengan responden ditempat penelitian, jadi kuisisioner tersebut dilakukan modifikasi.

4.5.2 Uji Validitas

Kuesioner penelitian pengetahuan tentang *Family Centered Care* dari peneliti sebelumnya Anafrin Yugistyowati yang diadaptasi, peneliti melakukan uji coba kuesioner terlebih dahulu yang dilakukan di ruang ICU. Pengambilan data untuk uji validitas diujikan pada keluarga pasien di ICU, dengan jumlah sampel sebanyak 20 keluarga pasien.

Kriteria pengukuran yaitu dengan membandingkan antara r hitung dengan r tabel. Pengukuran dinyatakan valid jika $r_{hitung} > r_{tabel}$ pada taraf signifikan 0,05%. Perhitungan uji validitas instrument ini memakai *produk moment pearson* dengan cara mengkorelasikan masing-masing skor item dengan skor total dengan menggunakan program SPSS 22 for windows.

Kuesioner penelitian sebelum digunakan dalam penelitian, peneliti melakukan uji coba kuesioner terlebih dahulu yang dilakukan di ruang ICU RSSA Malang. Pengambilan data untuk uji validitas diujikan pada keluarga pasien yang

menunggu di ICU dengan jumlah sampel sebanyak 20 keluarga yang mengisi kuisisioner tingkat pengetahuan tentang *family centered care* dan *self efficacy*.

a) Tingkat pengetahuan tentang *family centered care*

Berdasarkan hasil uji validitas diketahui bahwa nilai validitas untuk variabel tingkat pengetahuan nilai validitas terendah sebesar 0,459 dan nilai validitas tertinggi 0,761, oleh karena r -hitung $>$ r -tabel (0,444) pada $N=20$, dengan p -value 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05, maka dapat dikatakan bahwa instrument mengenai tingkat pengetahuan yang disebarakan tergolong valid, sehingga diketahui yang valid sebanyak 10 item. Pertanyaan yang valid yakni nomer 1 – 10, sehingga pertanyaan valid untuk disebarakan.

b) Self efficacy

Berdasarkan hasil uji validitas diketahui bahwa nilai validitas untuk variabel *self efficacy* nilai validitas terendah sebesar 0,467 dan nilai validitas tertinggi 0,674, oleh karena r -hitung $>$ r -tabel (0,444) pada $N=20$, dengan p -value 0,000 yang nilainya lebih kecil dari 0,05, maka dapat dikatakan bahwa instrument mengenai self efficacy yang disebarakan tergolong valid, sehingga diketahui yang valid sebanyak 10 item. Pertanyaan yang valid yakni nomer 1 – 10, sehingga pertanyaan valid untuk disebarakan.

4.5.3 Uji Reliabilitas

Uji reabilitas adalah suatu uji yang digunakan untuk menguji sejauh mana alat ukur relatif konsisten apabila pengukuran diulang dua kali atau lebih. Perhitungan uji reliabilitas instrumen ini dilakukan memakai *croncbah alfa* dengan menggunakan program SPSS 22for windows.

Kuesioner penelitian sebelum digunakan dalam penelitian, peneliti akan melakukan uji coba kuesioner terlebih dahulu yang dilakukan di ruang ICU

RSSA. Pengambilan data uji reliabilitas diujikan pada keluarga pasien yang menunggu di ICU dengan jumlah sampel sebanyak 20 keluarga. Hasil uji reabilitas variabel tingkat pengetahuan 0,763 dan variabel self efficacy sebesar 0,754. Hal ini berarti semua instrumen yang disebarkan reliabel karena nilai reabilitasnya lebih besar dari 0,444.



4.6 Definisi Operasional

Tabel. 2 Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Skala	Alat Ukur	Hasil Ukur (kategori)
Edukasi (<i>Independent</i>)	Pemberian informasi terhadap individu atau sekelompok orang dengan menggunakan media	Penyuluhan	Ordinal	modul	a) Tinggi = 76-100% (score 8-10) b) Sedang = 56-75% (score 6-7) c) Rendah = <55% (score <6)
Tingkat pengetahuan (<i>dependent</i>)	Segala sesuatu yang diketahui oleh keluarga tentang definisi, tujuan, element dan konsep dari family centered care Segala sesuatu yang bisa diperoleh melalui edukasi dan media penyuluhan keesehatan	Terdapat kuisisioner pernyataan sejumlah 19 tentang FCC, pernyataan tersebut berupa "benar" skor 1 dan "salah" skor 0	Ordinal	Kuisisioner tentang FCC dengan memakai skala Gutmann benar dan salah	d) Tinggi = 76-100% (score 8-10) e) Sedang = 56-75% (score 6-7) f) Rendah = <55% (score <6)
Self Efficacy (<i>dependent</i>)	Penilaian diri yang berupa keyakinan subyektif individu mengenai kemampuan dirinya dalam melaksanakan tugas dan dalam mengatasi masalah	Kuisisioner Self Efficacy yang terdiri dari 10 item	Ordinal	General Self Efficacy (GSE)	a) Tinggi = 76-100% (score 30-40) b) Sedang = 56-75% (score 22-29) c) Rendah = <55% (score <21)



4.7 Prosedure Penelitian

4.7.1 Pengumpulan data

Pengumpulan data pada kelompok kontrol, peneliti langsung memberikan kuisisioner tingkat pengetahuan tentang *family centered care* dan *self efficacy* pada responden. Pengumpulan data pada kelompok intervensi yang dilakukan edukasi, dimana sebelum memberikan edukasi ada persamaan persepsi tentang materi *family centered care* yang akan diberikan antara beberapa narasumber, materi yang diedukasikan ke responden sama antara narasumber satu dengan lainnya, ada 4 narasumber yang memberikan materi kepada responden. Pada saat menerima edukasi responden diberikan modul tentang *family centered care*. Data diambil dari keluarga yang menunggu pasien di 5A dan 5B Di RSSA Malang. Pengumpulan data dilakukan melalui 2 tahap yaitu tahapan persiapan dan tahapan pelaksanaan. Adapun prosedur dalam penelitian ini yaitu:

4.7.1.1 Tahap Pesiapan

- Peneliti mengurus surat pengambilan data awal di secretariat
- Peneliti meminta ijin kepada pihak bagian diklat RSSA Malang.
- Peneliti memilih rumah sakit yang dijadikan tempat uji kuesioner penelitian
- Peneliti melakukan uji coba kuesioner penelitian yang telah disusun di ruang ICU RSSA untuk melihat validitas dan reabilitas kuesioner penelitian yang akan digunakan.

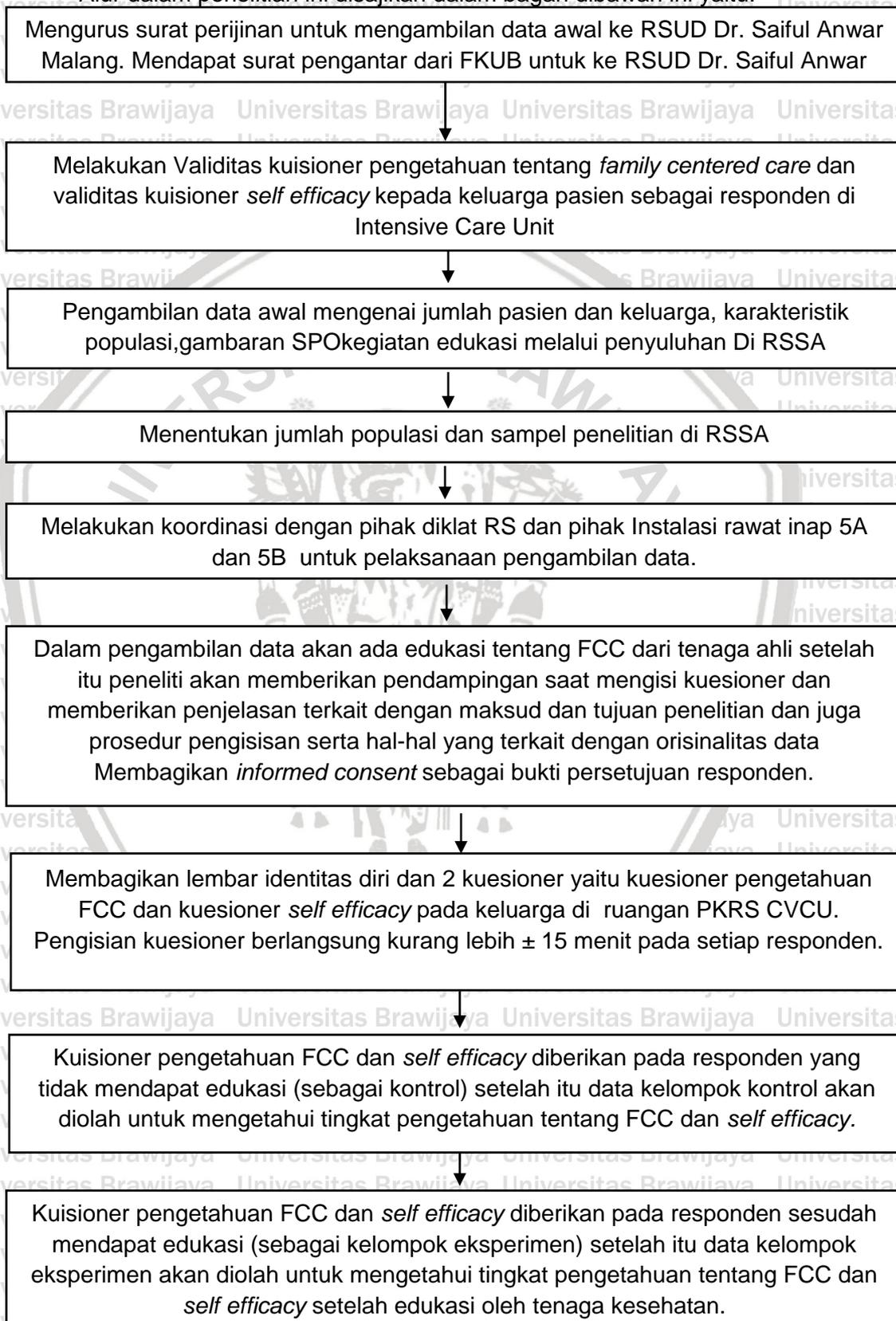
4.7.1.2 Tahap Pelaksanaan

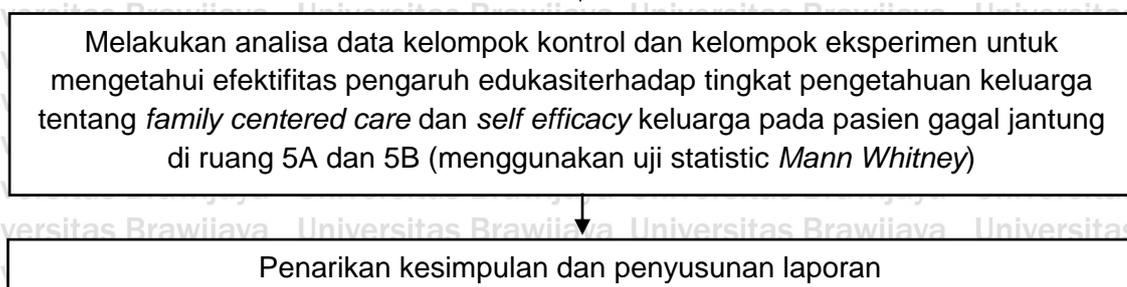
- Peneliti mengurus surat ijin penelitian dari Sekretariat Tugas Akhir Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

- Peneliti mengurus etik penelitian di Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Peneliti meminta ijin kepada pihak bagian diklat RSSA Malang untuk melakukan pengambilan data penelitian.
- Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
- Peneliti membagikan *informed consent* sebagai tanda persetujuan responden untuk mengikuti penelitian.
- Peneliti menjelaskan tata cara pengisian kuesioner kepada responden.
- Peneliti memandu responden dalam pengisian identitas diri dan kuesioner yang telah dibagikan. Pengisian kuesioner dengan cara memberi tanda centang (√) pada jawaban yang sesuai dengan kondisi responden.
- Peneliti akan menjawab pertanyaan apabila terdapat responden yang belum mengerti terhadap isi kuesioner.
- Setelah responden selesai mengisi kuesioner, peneliti memberikan *reward*.
- Setelah kuesioner terkumpul semua, peneliti melakukan pengolahan data.
- Peneliti menyusun laporan penelitian.

4.7.2 Alur Penelitian

Alur dalam penelitian ini disajikan dalam bagan dibawah ini yaitu:





Gambar 4.1 Alur penelitian Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* Keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan Ruang 5B.

4.8 Analisa Data

4.8.1 Pengumpulan data

4.8.2 Pre Analisa

Pengolahan data dilakukan melalui beberapa tahapan, yakni:

4.8.2.1 Editing

Proses editing dilakukan untuk meneliti kembali apakah isian lembar kuesioner sudah lengkap atau belum. Editing merupakan suatu kegiatan dimana peneliti memeriksa kelengkapan kuisisioner yang telah dibagikan kepada responden. Kelengkapan tersebut yaitu identitas dan item dari kuisisioner yang diisi serta jumlah kuisisioner yang dibagikan. Peneliti memeriksa kelengkapan isi jawaban pada lembar data demografi dan kuisisioner tingkat pengetahuan dan *self efficacy* untuk mengetahui sesuai petunjuk atau tidak dalam pengisian.

4.8.2.2 Coding

Coding merupakan usaha untuk mengklasifikasikan jawaban-jawaban atau hasil-hasil yang ada menurut macamnya. Klasifikasi dilakukan dengan menandai masing-masing jawaban dengan kode berupa angka, kemudian

dimasukan dalam lebaran tabel kerja guna mempermudah dalam membaca. Hal ini penting untuk dilakukan karena alat yang digunakan untuk analisa data dalam komputer yang memerlukan suatu kode tertentu. Coding pada penelitian ini menggunakan kode yang diproses dengan menggunakan program komputer.

Data umum

a.Responden

Kode: R1, R2, R3,R4,R5 . . . dan seterusnya sampai R10

b.Data Demografi

1). Jenis kelamin

- Laki-laki : kode 1
- Perempuan : kode 2

2). Usia

- 17 - 25 : kode 1
- 26 - 35 : kode 2
- 36 – 45 : kode 3
- <46 : kode 4

3). Pendidikan terakhir

- SD : kode 1
- SMU : kode 2
- D3 : kode 3
- S1 : kode 4

4). Lama Merawat

- 1 – 7 Hari : kode 1
- >7 Hari : kode 2

c. Tingkat pengetahuan

- Tinggi : kode 3

- Sedang : kode 2

- Rendah : kode 1

d. Self Efficacy

- Tinggi : kode 3

- Sedang : kode 2

- Rendah : kode 1

4.8.2.3 Sorting

Peneliti mensortir dengan memilih atau mengelompokan data menurut jenis yang dikehendaki ke dalam spss 22 (klarifikasi data).

4.8.2.4 Tabulating

Kegiatan memasukan data-data penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai kriteria sehingga didapatkan jumlah data sesuai dengan kuesioner. Peneliti melakukan pembersihan dan pengecekan kembali data yang sudah masuk.

Kegiatan ini perlu dilakukan untuk mengetahui apakah ada kesalahan ketika memasukkan data.

4.8.3 Analisa Univariate

Analisis *univariate* dilakukan pada tiap variabel dari hasil penelitian, yang manfaatnya dapat memberi gambaran karakteristik subjek penelitian dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsi tiap variabel. Pada penelitian ini analisa univariat yang dilakukan pada tiap-tiap variabel dan hasil peneltian yang meliputi karakteristik responden, tingkat pengetahuan dan *self efficacy* keluarga tentang *family centered care*.

4.8.4 Analisa *Bivariate*

Uji *bivariate* dilakukan melalui pengujian statistic dengan analisis asosiasi *wilcoxon*, hal ini dikarenakan penelitian yang digunakan adalah asosiatif dengan jenis scala pengukuran kategorik (ordinal-ordinal) sehingga uji statistic yang sesuai adalah analisis Mann Whitne. Analisis dilakukan dengan menggunakan program computer SPSS (Statistic Package for the Social Science) versi 22 for windows dengan tingkat signifikasi 0,05. Hasil dari uji *Mann Whitney* pada penelitian ini di dapatkan variable tingkat pengetahuan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan p value = 0,004 < 0,05, sedangkan pada variable *self efficacy* pada kelompok kontrol dan intervensi dengan p value = 0,004 < 0,05 yang berarti H_0 ditolak, H_1 diterima, yang artinya ada pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan dan *self efficacy* keluarga

4.9 Etika Penelitian

4.9.1 *Informed Consent* (lembar persetujuan menjadi responden setelah mendapat informasi dari peneliti)

Cara persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan atau *informed consent*. *Informed consent* ini diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberi lembar persetujuan untuk menjadi responden. Hal ini bertujuan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampak yang ditimbulkan.

4.9.2 Anonimity (tanpa nama)

Identitas responden tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, cukup menggunakan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

4.9.3 Confidentially (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi dari responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil penelitian.

4.9.4 Prespect for Persons (prinsip menghormati harkat dan martabat manusia)

Penelitian ini mengimplementasikan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia dalam bentuk memberikan hak subjek penelitian untuk mendapatkan penjelasan segala informasi penelitian, hak mendapatkan jawaban dari setiap pertanyaan, serta hak untuk mengundurkan diri kapan saja. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan prinsip tanpa nama (anonymity) pada lembar kuisioner dan akan diganti berupa kode, sehingga identitas akan tetap terjaga oleh peneliti

4.9.5 Beneficence (prinsip berbuat baik)

Pada penelitian ini, responden diberikan beberapa pertanyaan, edukasi *family centered care* pada keluarga yang termasuk kelompok intervensi.

Dengan mengikuti penelitian ini responden akan mengerti apakah ada pengaruh edukasi terhadap kepatuhan tingkat pengetahuan.

4.9.6 Nonmaleficence (prinsip tidak merugikan)

Penelitian ini tidak akan menimbulkan penderitaan atau terjadi risiko yang fatal pada responden karena tidak ada perlakuan atau tindakan tertentu.

Waktu yang dibutuhkan responden untuk mengikuti kegiatan edukasi sekitar 30 menit sehingga telah meminimalisir terganggunya aktifitas.

4.9.7 Justice (Prinsip Keadilan)

Jika peneliti memperlakukan antar responden secara tidak adil. Pada penelitian ini, peneliti bertindak adil pada responden yang bersedia menjadi objek penelitian yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah peneliti tetapkan.



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Penelitian dilaksanakan di Ruang Rawat Inap yaitu Ruang 5A dan Ruang 5B di Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar Malang. Pengambilan data penelitian dilaksanakan pada bulan November 2019 di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang dengan jumlah responden 50 orang. Penelitian ini dilakukan pada keluarga pasien yang menunggu dan merawat diruang 5A dan 5B. Peneliti mengambil data sejumlah 25 orang pada keluarga yang tidak diberikan edukasi tentang *family centered care* setiap hari sebagai kelompok kontrol. Peneliti juga mengambil data sejumlah 25 orang pada keluarga yang sudah diberi edukasi secara kelompok tentang *family centered care* sebagai kelompok eksperimen, responden kelompok eksperimen ini berbeda dengan kelompok kontrol.

5.1 Analisis Univariate

5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Jenis Kelamin

Kelompok	Kontrol		Intervensi	
	N	%	N	%
Karakteristik responden				
Jenis Kelamin				
a. Laki – Laki	6	24	7	28
b. Perempuan	19	76	18	72
Total	25	100	25	100

Table 5.1 menunjukkan bahwa responden berjenis kelamin perempuan paling besar pada kelompok kontrol yaitu berjumlah 19 orang (76%) responden, sedangkan sisanya pada responden laki-laki berjumlah 6 orang (24%) sedangkan jenis kelamin paling banyak pada kelompok intervensi adalah responden perempuan sebesar 18 orang (72%) dan responden laki-laki paling sedikit dengan jumlah 7 orang (28%).

5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Usia

Karakteristik responden	Kelompok Kontrol		Intervensi	
	N	%	N	%
Usia				
a. 17 - 25 Tahun	5	20	2	8
b. 26 - 35 Tahun	9	36	7	28
c. 36 - 45 Tahun	3	12	10	40
d. >46 Tahun	8	32	6	24
Total	25	100	25	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa usia responden dalam penelitian ini dibagi menjadi 4 macam yaitu remaja akhir (17-25Tahun), dewasa awal (26-35Tahun), dewasa akhir (36-45tahun), dan lansia (>46Tahun). Pada kelompok kontrol usia responden sebagian besar adalah dewasa awal sejumlah 9 orang (36%), dan yang paling kecil adalah usia dewasa akhir sejumlah 3 orang (12%). Sedangkan pada kelompok intervensi usia responden yang terbesar pada kelompok usia dewasa akhir yaitu sejumlah 10 orang (40%), dan yang paling kecil pada kelompok usia remaja akhir yaitu sejumlah 2 orang (8%).

5.1.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Karakteristik Pendidikan

Karakteristik responden	Kelompok Kontrol		Intervensi	
	N	%	N	%
Pendidikan				
a. SD	3	12	6	24
b. SMP	3	12	5	20
c. SMU	10	40	8	32
d. DIII	2	8	2	8
e. S1	7	28	4	16
Total	25	100	25	100

Tabel 5.3 menunjukkan hasil bahwa pada kelompok kontrol pendidikan responden terbesar adalah berpendidikan SMU yaitu sebesar 10 orang (40%) dan yang paling kecil adalah berpendidikan DIII yaitu sebesar 2 orang (8%). Sedangkan pada kelompok intervensi pendidikan responden yang paling besar adalah berpendidikan SMU sejumlah 8 orang (32%), dan pendidikan DIII merupakan pendidikan responden yang paling kecil jumlahnya pada kelompok intervensi yaitu sebesar 2 orang (8%).



5.1.4 Karakteristik Responden Berdasarkan lama merawat pasien

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan lama keluarga merawat pasien

Kelompok	Kontrol		intervensi	
	N	%	N	%
Lama Merawat				
a. 1 – 7 Hari	15	60	17	68
b. >7 Hari	10	40	8	32
Total	25	100	25	100

Tabel 5.4 menunjukkan hasil bahwa pada kelompok kontrol yang paling banyak jumlahnya lama keluarga merawat pasien adalah antara 1-7 Hari yaitu sejumlah 15 orang (60%), begitu juga pada kelompok intervensi yang paling banyak lama keluarga merawat anggota keluarga yang sakit adalah antara 1 – 7 Hari yaitu sebesar 17 orang (68%).

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok kontrol

Tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* pada kelompok kontrol tanpa dilakukan edukasi penyuluhan disajikan pada tabel dibawah ini.



Tabel 5.5 Hasil distribusi frekuensi kelompok kontrol tingkat pengetahuan dan *self efficacy*

Variabel Kategori	Tingkat Pengetahuan		Self Efficacy	
	n	%	n	%
Rendah	18	72	5	20
Sedang	5	20	17	68
Tinggi	2	8	3	12
Mean	1,36		1,92	
Total	25	100	25	100

Pada table 5.5 diatas menunjukkan hasil bahwa pada kelompok kontrol didapatkan hasil terbesar tingkat pengetahuan rendah dan *self efficacy* sedang, yaitu dengan rincian hasil, tingkat pengetahuan rendah sebesar 18 orang (72%), *self efficacy* sedang sebesar 17 orang (68%).

5.2.2 Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok intervensi

Tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* pada kelompok intervensi setelah dilakukan edukasi penyuluhan disajikan pada tabel 5.6

Tabel 5.6 Hasil distribusi frekuensi *post test* tingkat pengetahuan dan *self efficacy* pada kelompok intervensi

Variabel Kategori	Tingkat Pengetahuan		Self Efficacy	
	n	%	n	%
Rendah	8	32	2	8
Sedang	9	36	10	40
Tinggi	8	32	13	52
Mean	2,00		2,44	
Total	25	100	25	100

Pada table 5.6 diatas menunjukkan hasil *post test* setelah dilakukan edukasi pada kelompok intervensi bahwa jumlah terbesar tingkat pengetahuan sedang dan *self*



efficacy tinggi, yaitu dengan rincian hasil tingkat pengetahuan sedang sebesar 9 orang (36%) dan self efficacy tinggi sebesar 13 orang (52%).

5.2.3 Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang family centered care dan self efficacy Keluarga pada kelompok kontrol (tanpa edukasi penyuluhan) dan kelompok intervensi (dengan edukasi penyuluhan)

Perbedaan hasil tingkat pengetahuan dan self efficacy pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi post test setelah dilakukan edukasi penyuluhan dapat dilihat pada table 5.7

Tabel 5.7 Hasil Uji Beda dengan Man whitney

Variabel	Kelompok		P value
	Kontrol	Intervensi	
Tingkat Pengetahuan			
Mean Rank	20,06	30,94	0,004
Self Efficacy			
Mean Rank	20,18	30,82	0,004

Pada table 5.7 menunjukan hasil yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang family centered care dan self efficacy keluarga pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi yang dilakukan edukasi dengan hasil uji Man whitney yaitu p-value 0.004 pada tingkat pengetahuan, dan p-value 0.004 pada self efficacy.



BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini membahas hasil pengumpulan data yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang mengenai pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan ruang 5B di rumah sakit RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, dengan menyertakan hasil penelitian sebelumnya. Adapun pembahasannya meliputi: 1) Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok kontrol diruang 5A dan ruang 5B, 2) Pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok intervensi setelah dilakukan edukasi (post test) di ruang 5A dan ruang 5B di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang, 3) Perbedaan pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi setelah dilakukan edukasi (post test) diruang 5A dan ruang 5B di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

6.1 Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok kontrol

Hasil data yang didapatkan pada penelitian ini pada kelompok kontrol tanpa dilakukan edukasi dengan jumlah responden sebanyak 25 orang, bahwa tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* kategori rendah sejumlah 18 (72%) dengan *self efficacy* kategori sedang sebesar 17 (68%). Pengetahuan yang rendah tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga tersebut dipengaruhi juga oleh usia responden yang sebagian besar adalah usia lansia

(32%), secara psikologis dan kemampuan dalam berpikir mengalami penurunan dibandingkan dengan usia dewasa akhir yang hanya 12% responden.

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang dapat diperkirakan IQ akan menurun sejalan dengan bertambahnya usia, khususnya pada beberapa kemampuan yang lain, seperti kosa kata dan pengetahuan umum. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia (Agus, 2013). Pada kelompok kontrol ini tanpa diberikan edukasi berupa penyuluhan tentang *family centered care* dengan responden lansia yang banyak akan mempengaruhi penerimaan informasi yang didapat, sehingga dengan informasi yang kurang tersebut responden menjadi tidak tahu tentang konsep *family centered care*.

Pengetahuan dari responden yang rendah tentang *family centered care* akan berdampak terhadap *self efficacy* keluarga dalam berpartisipasi terhadap perawatan anggota keluarga yang sakit. Pada penelitian ini informasi yang tidak didapat oleh keluarga menjadi hal yang berpengaruh dalam menambah wawasan dan pengetahuan bagi keluarga. Menurut Notoatmojo (2012) edukasi penyuluhan merupakan upaya untuk memberikan informasi dan mempengaruhi seseorang baik sikap maupun pengetahuan.

Hasil penelitian ini sangat signifikan dengan hasil penelitian yang dilakukan Setyaningrum (2019) yaitu Penerapan intervensi *supportive educative system* berbasis *family centered care* dengan menggunakan media booklet pada keluarga, dimana kelompok kontrol tanpa diberikan edukasi dengan media booklet menunjukkan hasil rata – rata pretest sebesar 74,6250 hasil tersebut

berbeda jauh dibawah kelompok intervensi yang diberikan edukasi dengan media booklet.

Hasil penelitian diatas tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewanti, dkk (2015) bahwa hasil penelitian didapatkan *self efficacy* rata-rata sebesar 19,24 sebelum diberikan konseling, sedangkan kelompok yang tidak diberikan edukasi dengan leaflet menunjukkan hasil *self efficacy* sebesar 21,67, hasil tersebut masih dibawah dari kelompok intervensi yang diberikan edukasi dengan media booklet dan konseling.

6.2 Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok intervensi

Hasil data yang didapatkan pada penelitian ini pada kelompok intervensi dengan dilakukan edukasi dengan jumlah responden sebanyak 25 orang, bahwa hasil post test tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga setelah dilakukan edukasi pada kelompok intervensi bahwa jumlah terbesar tingkat pengetahuan sedang dan *self efficacy* tinggi, yaitu dengan rincian hasil tingkat pengetahuan sedang sebesar 9 (36%) dan *self efficacy* tinggi sebesar 13 (52%).

Pada kelompok intervensi yang diberikan edukasi penyuluhan ini mempunyai tingkat pengetahuan tentang *family centered care* sedang dan *self efficacy* tinggi, dimana pada kelompok kontrol tanpa diberikan edukasi mempunyai tingkat pengetahuan tentang *family centered care* yang rendah dengan *self effikasi* sedang. Meningkatnya pengetahuan responden pada kelompok intervensi ini dipengaruhi juga oleh usia responden pada kelompok intervensi ini yang sebagian besar adalah dewasa akhir (36-45Tahun), usia yang

semakin dewasa akan membentuk pola pikir seseorang dan mempengaruhi daya tangkap, semakin bertambahnya usia semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan akan diperolehnya semakin baik. Pada usai dewasa akhir, individu akan berperan aktif dimasyarakat dan kehidupan social, serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua.

Peningkatan tingkat pengetahuan tentang *family centered care* dan *self efficacy* pada kelompok intervensi setelah edukasi penyuluhan ini juga dipengaruhi oleh pendidikan responden yang sebagian besar SMU sebanyak 32% dan S1 sebanyak 4%, Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah orang tersebut menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi, maka seseorang akan semakin cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun melalui edukasi penyuluhan. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat mengenai kesehatan khususnya pengetahuan tentang *family centered care*.

Pengalaman lama merawat anggota keluarga yang sakit pada kelompok intervensi ini juga mempengaruhi tingkat pengetahuan keluarga dan *self efficacy* keluarga, hasil dari penelitian yang dilakukan pada kelompok intervensi ini sebanyak 68% (1-7Hari) dan 32% (>7Hari) lama merawat anggota keluarga yang sakit. Pengalaman merawat tersebut menjadi hal yang penting bagi responden untuk meningkatkan *self efficacy* yang didukung dari informasi terkait *family centered care* yang diberikan melalui edukasi penyuluhan oleh petugas kesehatan

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Setyaningrum (2019), dengan penelitiannya penerapan intervensi *supportive educative system* berbasis *family centered care* dengan menggunakan edukasi dengan media booklet pada keluarga menunjukkan bahwa ada peningkatan yang signifikan pada pengetahuan yang dimiliki oleh keluarga tersebut, Pemberian pengetahuan yang disampaikan melalui pendidikan kesehatan secara langsung akan membawa dampak terjadinya peningkatan pengetahuan dari yang tidak tahu menjadi tahu. Pengetahuan yang dimiliki keluarga akan berpengaruh terhadap dukungan keluarga dalam melakukan perawatan pada anggota keluarga yang sakit yaitu dengan hasil rata – rata pada kelompok kontrol 74,6250 dan pada kelompok intervensi yang diberikan edukasi dengan media booklet *posttest* naik sebesar 93,5833.

Hasil penelitian diatas juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewanti dkk. (2015) bahwa pemberian konseling dan edukasi dengan media leaflet dapat membantu keluarga dan pasien dalam meningkatkan *self efficacy*. Konseling merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan pasien terkait penyakit dan masalah kesehatan, sehingga keluarga maupun pasien mempunyai *self efficacy* yang tinggi terhadap kepatuhan pemberian terapi yang diterimanya, dari hasil penelitian didapatkan hasil *self efficacy* rata-rata sebesar 19,24 sebelum diberikan edukasi konseling dan *self efficacy* meningkat menjadi 25,49 setelah diberikan edukasi konseling. Sedangkan kelompok yang tidak diberikan edukasi dengan leaflet sebesar 21,67 dan *self efficacy* meningkat menjadi 25,69 setelah dilakukan edukasi dengan leaflet.

Penelitian pemberian edukasi dengan multimedia juga dilakukan oleh zarei et all (2014) dimana hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian diatas yang sudah dilakukan, hasil penelitian menunjukkan perbedaan responden pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi yang diberikan edukasi dengan multimedia yaitu tingkat pengetahuan kelompok kontrol hasil nilai rata rata 5,12 sedangkan *self efficacy* hasil rata rata 39,56 setelah dilakukan edukasi dengan multimedia pada kelompok intervensi menunjukkan hasil yang meningkat pada tingkat pengetahuan yaitu nilai rata rata 8,72 dan *self efficacy* nilai rata rata meningkat sebesar 52,68.

Pemberian edukasi kesehatan kepada keluarga dengan penyuluhan dan media booklet merupakan informasi yang sangat efektif yang diperlukan oleh keluarga sebagai proses belajar mengajar mereka untuk dapat meningkatkan pengetahuan. Pemberian pengetahuan yang disampaikan melalui pendidikan kesehatan secara langsung akan membawa dampak terjadinya peningkatan pengetahuan dari yang tidak tahu menjadi tahu. Pemberian informasi dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan *self efficacy* serta keterampilan keluarga, sehingga keluarga mampu memberikan penanganan yang tepat pada anggota keluarga yang sakit (Sirait dkk, 2013).

Adanya konseling dan edukasi memudahkan tenaga kesehatan mengidentifikasi masalah kesehatan dan menyelesaikan masalah kesehatan tersebut, edukasi dan konseling merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan pasien terkait penyakit dan masalah kesehatan, sehingga keluarga maupun pasien mempunyai tingkat pengetahuan dan *self efficacy* yang tinggi terhadap kepatuhan pemberian terapi yang diterimanya (Dewanti et al., 2015).

6.3 Pengaruh Edukasi terhadap Tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Perbedaan hasil tingkat pengetahuan dan *self efficacy* pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi post test setelah dilakukan edukasi menunjukkan hasil yang signifikan antara tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi yang dilakukan edukasi dengan hasil uji Man whitney yaitu p-value $0.004 < 0,05$ pada tingkat pengetahuan, dan p-value $0.004 < 0,05$ pada *self efficacy*. Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak, artinya ada pengaruh edukasi penyuluhan yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan dan *self efficacy* pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi setelah diberikan edukasi.

Hasil penelitian perbedaan tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah diberikan edukasi sejalan dengan penelitian setiyoningrum (2019) penerapan intervensi *supportive educative system* berbasis *family centered care* pada kelompok intervensi yaitu melibatkan keluarga dalam pemberian edukasi dengan tujuan dapat memandirikan keluarga dalam memberikan perawatan anggota keluarga ketika dirawat terutama dalam mengurangi kecemasan.

6.5 Implikasi Keperawatan

6.5.1 Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini bisa digunakan sebagai bahan pertimbangan atau referensi untuk disampaikan di bidang keperawatan medikal bedah bahwa

kegiatan edukasi berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga.

6.5.2 Penelitian Keperawatan

Penelitian tentang edukasi di Indonesia sudah banyak dilakukan. Namun, penelitian tentang pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga masih belum dilakukan.

Penelitian terakhir yang ada tentang penerapan intervensi *supportive educative system* berbasis *family centered care* dilakukan oleh setiyoningrum pada tahun 2019 terhadap dukungan keluarga merawat anggota keluarga dengan leukemia.

Oleh karena itu penelitian ini berguna untuk mengembangkan ilmu asuhan keperawatan khususnya dalam penerapan *family centered care* diruang intensive care

6.5.3 Praktik Keperawatan

Dalam praktik keperawatan, hasil penelitian ini bisa diterapkan untuk meningkatkan pengetahuan keluarga tentang *family centered care*. Sehingga bisa memberikan motivasi dan dukungan serta partisipasi keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

6.5.4 Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini mengenai kognitif responden dan pemahaman responden tentang edukasi yang diberikan tidak sama masih berbeda dalam pemahamannya, sehingga kurang maximal dalam pengaplikasian pada penelitian ini.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang pengaruh edukasi terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga pada pasien gagal jantung di ruang 5A dan 5B di Rumah Sakit Dr. Saiful anwar

Malang, pembahasan hasil dari penelitian dapat disimpulkan terdapat pengaruh edukasi penyuluhan yang signifikan terhadap tingkat pengetahuan keluarga tentang *family centered care* dan *self efficacy* keluarga, didapatkan hasil tingkat pengetahuan dengan p value 0,004 ($p < 0,05$) dan *self efficacy* dengan p value 0,004 ($p < 0,05$) pada analisis uji Man Whitney.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian, saran dari peneliti adalah sebagai berikut:

a. Bagi keluarga pasien

Peneliti berharap keluarga pasien gagal jantung aktif mendapatkan informasi melalui edukasi penyuluhan tentang *family centered care* supaya bisa saling bertukar informasi dan berpartisipasi dalam merawat pasien dan berkolaborasi dengan petugas kesehatan.

b. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti berharap pada peneliti selanjutnya setelah kegiatan edukasi penyuluhan perlu dilakukan *follow up* terhadap partisipasi keluarga terhadap pasien ketika berada di rumah sakit.

c. Bagi petugas kesehatan

Peneliti berharap petugas kesehatan dapat berkolaborasi dengan keluarga terkait penerapan *family centered care* pada pasien di rumah sakit, dengan berperan sebagai pemberi informasi tambahan untuk keluarga dalam berpartisipasi dalam perawatan berpusat pada keluarga. Perlu adanya SOP tentang penerapan *family centered care* di rumah sakit yang akan dilaksanakan oleh semua petugas kesehatan dalam memberikan edukasi kepada keluarga pasien, dan ada aplikasi yang nyata dalam penerapan pelayanan kesehatan dirumah sakit.



DAFTAR PUSTAKA

- AHA. (2018). *Heart Disease and Stroke Statistics*. 33(4), 130, 121.
- Alimul Hidayat, A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika. 2009.
- Alwisol. (2004). *Psikologi Kepribadian Malang*. Universitas Muhammadiyah Malang.
- Arango, P. (2011). *Perawatan yang Berpusat pada Keluarga* (p. volume 11 nomer 2). p. volume 11 nomer 2.
- Arikunto. (2013). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company. 1997.
- Bandura, A. (1998). *self efficacy*. (vbbgn), 1–12.
- Care, I. for P. F. centered. (2017). *Advancing the Practice of Patient-and Family-Centered Care in Hospitals*. 20814(January). Retrieved from www.ipfcc.org
- Dahlan, S. (2011). *Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan Edisi 5*.
- Dewanti, S. W., Andrajati, R., & Supardi, S. (2015). Pengaruh Konseling dan Leaflet terhadap Efikasi Diri, Kepatuhan Minum Obat, dan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Dua Puskesmas Kota Depok. *Jurnal Kefarmasian Indonesia*, 5(1), 33–40. <https://doi.org/10.22435/jki.v5i1.4088.33-40>
- Donna L, W. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pedriatik*. Cetakan pertama. Jakarta : EGC.
- Frete, T. (2012). *Hubungan family centered care terhadap efek hospitalisasi pada anak di Ruang Dahlia Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang*. (April), 2015.
- H.Johnson, B. & A. (2012). *Partnering with Patients, Residents, and Families: A Resource for Leaders of Hospitals, Ambulatory Care Settings, and Long-Term Care Communities*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care. 1–51.
- Hastono, S. P. (2007). *Modul Analisis Data*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2007.
- Holmes, A. V. (2018). *Rooming-In to Treat Neonatal Abstinence Syndrome: Improved Family-Centered Care at Lower Cost*. 137(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2929>
- Kade, (2016). *Penerapan Family Centered Care (FCC) Terhadap Keterampilan Orang Tua Dalam Perawatan Bayi Prematur*. (37).
- Kemendes. (2015). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2015*. In *Profil Kesehatan Indonesia 2014*.

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, *16*(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>

Mahmoudi, A. (2012). Effect of Self-Esteem and Self-Efficacy in Family Dynamics. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *46*, 53–56. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.066>

Notoatmodjo. (2011). *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmodjo 2012 (dalam Rahmawati, N. F. (2013). *Pengaruh Penyuluhan Perawatan Kesehatan Kuku Terhadap Pengetahuan, Sikap, Dan Praktik Perawatan Kuku Pada Siswa Kelas 5 Di Sd Negeri Kalikayen 02 Kecamatan Ungaran Timur*. 9–34. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Notoatmodjo, S. (2014). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Notoatmojo, S. (2012). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan* Notoatmojo, S. (2012) 'Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan'. Jakarta: PT. Rineka Cipta.n. 2012.

Pediatrics, A. A. (2003). Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, *103*(5), 1050–1052. <https://doi.org/10.1542/peds.112.3.691>

Pratama, D. (2017). Hubungan Pengetahuan Dengan Efficacy Diri Pada Caregiver Keluarga Pasien Gangguan Jiwa Di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi. *HUBUNGAN PENGETAHUAN DENGAN EFIKASI DIRI PADA CAREGIVER KELUARGA PASIEN GANGGUAN JIWA DI RSJD Dr. RM. SOEDJARWADI*, *10*(1), 223–226.

Prihatin, K., Nur, B. M., Jumaiyah, W., & Jakarta, U. M. (2017). *Self Efficacy dan Dukungan Keluarga Pada Kepatuhan*.

Prihatiningsih, D., & Sudyasih, T. (2018). Perawatan Diri Pada Pasien Gagal Jantung. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, *4*(2). <https://doi.org/10.17509/jpki.v4i2.13443>

Riskesdas. (2013). *Riskesdas. (2013). Riset Kesehatan Dasar Kementerian RI*. <https://doi.org/10.17509/jpki.v4i2.13443>

Rouse, L. (2012). Family-centred practice: Empowerment, self-efficacy, and challenges for practitioners in early childhood education and care. *Contemporary Issues in Early Childhood*, *13*(1), 17–26. <https://doi.org/10.2304/ciec.2012.13.1.17>

Rustika. (2012). self efficacy. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON. *The British Journal of Psychiatry*, *112*(483), 211–212. <https://doi.org/10.1192/bjp.112.483.211-a>

Setiyaningrum, T. (2019). *Supportive Educative System Intervention Based on Family Centered Care on Family Support in Caring for Children with Leukemia in Rsud Tangerang*. 131–138.

Sirait, N. A. J. (2013). Pemberian Informasi Meningkatkan Pengetahuan, Sikap dan Ketrampilan Orang tua Dalam Penanganan Demam Pada Anak. *Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 16 No.2, Juli 2013, Hal 101-106 PISSN 1410-4490, EISSN 2354-9203, 16(2), 101–106*.

Stromberg . (2014). Challenges for Heart Failure Patients' Self-Care Systems – Analysis of Patients' Needs. *Procedia Technology, 16, 1256–1264*.
<https://doi.org/10.1016/j.protcy.2014.10.141>

Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Afabeta.

Wawan, A. (2011). Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia. *Nuha Medika, Yogyakarta.*, 2011.

Yugistyowati, A., & Santoso, S. (2018). Pengetahuan Perawat Tentang Family Centered-Care Dengan Sikap Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Anak. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta, 5(Suppl 1), 39–44*.

Zakeri, A. (2015). Teachers' Self- and Collective Efficacy: The Case of Novice English Language Teachers. *Journal of Language Teaching and Research, 7(1), 158*. <https://doi.org/10.17507/jltr.0701.18>

Zamanzadeh, V. (2013). *A Supportive-Educational Intervention for Heart Failure Patients in Iran : The Effect on Self-Care Behaviours*. 2013.

Lampiran 1 **Pernyataan Persetujuan Berpartisipasi Dalam Penelitian**

PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK BERPARTISIPASI DALAM PENELITIAN(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan dijelaskan oleh peneliti.
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul “Pengaruh edukasi terhadap Tingkat Pengetahuan keluarga tentang *Family Centered Care* (Perawatan Berpusat pada Keluarga) dan *Self Efficacy* (Keyakinan Diri) Keluarga pada pasien Gagal Jantung di ruang 5A dan 5B”.

Malang,.....

Peneliti,

Yang membuat pernyataan

Yogie Afitnandri ()

NIM. 185070209111095

Saksi I

Saksi II

()

()



Lampiran 2 Kuesioner Penelitian Tingkat Pengetahuan tentang FCC

Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan keluarga Tentang *Family Centered Care* dan *Self Efficacy* Pada Pasien Gagal Jantung Di Ruang 5A dan 5B Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang

I. Data Diri Responden

1. Kode Responden : (Diisi oleh Peneliti)
2. Nama :
3. Umur :
4. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
5. Pendidikan terakhir : SD SMP SMU D3 S1
6. Tanggal pengisian :
7. Hubungan dengan pasien :
8. Lama merawat :

II. Petunjuk Pengisian

1. Kepada Bapak/Ibu/Saudara agar menjawab seluruh pertanyaan kuisisioner ini dengan jujur dan sesuai dengan pemikiran Bapak/Ibu/Saudara.
2. Berilah tanda Check List (V) pada kolom sisi sebelah kanan, pada kolom pilihan
3. Jika pertanyaan dianggap benar berikan tanda Chek List pada kolom disampingnya
4. Dalam memberikan jawaban semua jawaban disesuaikan dengan kehendak Bapak/Ibu/Saudara.

II. Kuisisioner Pengetahuan tentang *Family Centered Care*

1. Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) merupakan suatu pendekatan...
 - Pendekatan yang melibatkan Kerabat
 - Pendekatan yang melibatkan Pasien Dan Keluarga
 - Pendekatan yang sistematis

2. Pentingnya melibatkan keluarga dalam tindakan keperawatan agar...

- Keluarga merasa diperhatikan dan diperdulikan
- Keluarga merasa kehadiran mereka sangat dibutuhkan dalam penyembuhan pasien
- Keluarga memiliki tanggung jawab dalam proses penyembuhan pasien

3. Keuntungan penerapan Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) bagi keluarga

- Dapat terwujud dan terbina kerjasama yang baik antara perawat, Klien dan keluarga
- Keluarga menjadi percaya kepada perawat Karena melibatkan keluarga dalam tindakan keperawatan
- Keluarga dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan selama tindakan keperawatan

4. Didalam Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) terdapat martabat dan kehormatan yang artinya...

- Tenaga kesehatan mendengarkan dan menghormati hak hak pasien dalam memberikan kesempatan keluarga untuk menentukan pilihan atau keputusan
- Tenaga kesehatan menghormati budaya dan membela hak pasien dalam pemberian asuhan keperawatan
- Tenaga kesehatan menghormati dan menghargai suku, agama dan budaya yang dianut oleh pasien

5. Salah satu prinsip Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) yaitu information Sharing, pernyataan dibawah ini yang paling tepat adalah

- Keluarga dapat berkomunikasi dengan baik dengan Tenaga Kesehatan (Perawat) dan diberikan informasi yang dapat dipahami oleh keluarga
- Keluarga diberikan penjelasan oleh Tenaga kesehatan (Perawat) tentang penyakit pasien
- Keluarga diberikan penjelasan dan informasi oleh Tenaga kesehatan (Perawat) terkait kondisi yang berhubungan dengan pasien

6. Didalam prinsip Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) terdapat kolaborasi (kerjasama) yang artinya...

- Keluarga dan perawat bekerjasama dalam memberikan tindakan keperawatan sehingga tercipta hubungan saling percaya antara perawat dan keluarga pasien
- Keluarga dan perawat berkolaborasi dalam pemberian perawatan pada anggota keluarga yang lain agar tercapai hubungan yang harmonis antara perawat, pasien dan keluarga
- Keluarga dan tenaga kesehatan bersama-sama merencanakan pemberian tindakan keperawatan dalam perawatan anggota keluarga yang lain dan terjalin hubungan yang baik antara pemberi pelayanan dan keluarga

7. Peran keluarga dalam pelaksanaan Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) memberikan perawatan pada anggota keluarga meliputi...

- Membantu perawat memasang infus
- Memberikan makan, minum obat dan menyeka pada anggota keluarga yang sakit
- Memberikan perawatan personal hygiene sendiri pada anggota keluarga yang sakit

8. Pada prinsipnya peran keluarga dalam penerapan Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) adalah...

- Memberikan bantuan pada anggota keluarga yang sakit untuk mengurangi trauma selama proses perawatan
- Memberikan dukungan moril dan motivasi pada anggota keluarga guna mengurangi kecemasan selama proses perawatan
- Memberikan bantuan doa untuk kesembuhan anggota keluarga yang sakit

9. Dalam penerapan Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) dapat menguntungkan bagi rumah sakit diantaranya...

- Meningkatkan kemampuan perawat
- Meningkatkan kepuasan pasien dalam menerima pelayanan kesehatan
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Rumah Sakit

10. Keuntungan dalam Family Centered Care (Perawatan Berpusat Pada Keluarga) untuk keluarga dan pasien...

- Peningkatan status kesehatan pasien
- Penurunan kecemasan keluarga dan pasien
- Keluarga lebih tenang dengan kondisi pasien



Lampiran 3 Kuesioner Penelitian tentang Self Efficacy

Generalized Self Efficaci Scale (GSE) untuk Keluarga

I. Petunjuk Pengisian

1. Kuisisioner ini terdiri dari berbagai pernyataan yang mungkin sesuai dengan pengalaman Bapak/Ibu/Saudara dalam menghadapi situasi hidup sehari-hari. Terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

SS = Sangat Setuju (skor 4)

S = Setuju (skor 3)

TS = Tidak Setuju (skor 2)

STS = Sangat Tidak Setuju (skor 1)

2. Selanjutnya, Bapak/Ibu/Saudara diminta untuk menjawab dengan cara memberikan tanda silang (X) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Saudara.

3. Tidak ada jawaban yang benar ataupun salah, karena itu isilah sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Saudara yang sesungguhnya, yaitu berdasarkan jawaban pertama yang terlintas dalam pikiran Bapak/Ibu/Saudara.

II. Kuisisioner Self Efficacy

No.	Pernyataan	STS (1)	TS (2)	S (3)	SS (4)
1.	Penyelesaian masalah perawatan tentang gagal jantung yang sulit selalu berhasil bagi saya, kalau saya berusaha bekerjasama dengan tenaga kesehatan				
2.	Jika untuk mencapai tujuan saya dalam perawatan pada pasien gagal jantung ada				



	hambatan, saya akan mencari cara dan jalan untuk mencapai tujuan tersebut.			
3.	Saya tidak mempunyai kesulitan untuk melaksanakan niat dan tujuan saya dalam perawatan pasien gagal jantung			
4.	Dalam keadaan yang sulit saat perawatan pasien gagal jantung saya selalu tahu bagaimana saya harus mengambil keputusan			
5.	Kalau saya menemui hambatan dan kesulitan dalam perawatan pasien gagal jantung, saya tahu bagaimana saya dapat menanggulangnya			
6.	saya mempunyai solusi untuk setiap masalah dalam partisipasi perawatan pasien gagal jantung.			
7.	Saya dapat menghadapi kesulitan saat perawatan pasien gagal jantung dengan tenang, karena saya selalu dapat mengandalkan kemampuan saya			
8.	Kalau saya menghadapi kesulitan dalam perawatan pasien gagal jantung, biasanya saya mempunyai banyak ide untuk mengatasinya			
9.	saya dapat menanganinya dengan baik Jika ada kejadian yang tidak terduga (Sesak, Nyeri dada), saat saya berpartisipasi dalam perawatan pasien gagal jantung.			
10.	Hambatan dan kesulitan apapun yang terjadi saat berpartisipasi dalam perawatan pasien gagal jantung, saya akan siap menanganinya.			



```
RELIABILITY
/VARIABLES=x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9 x10 X
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.
```

Reliability

Notes

Output Created		25-NOV-2019 00:09:10
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	20
	File	
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=x1 x2 x3 x4 x5 x6 x7 x8 x9 x10 X /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:00,00
	Elapsed Time	00:00:00,01

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

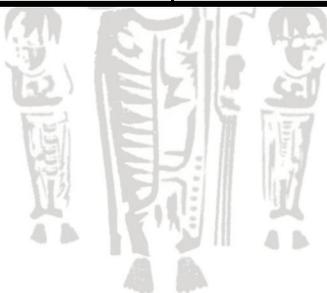
a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.763	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
x1	8.90	38.516	.459	.750
x2	9.05	37.208	.669	.738
x3	8.90	38.516	.459	.750
x4	9.00	36.737	.745	.733
x5	8.65	39.187	.504	.753
x6	9.20	37.747	.634	.742
x7	9.10	37.463	.636	.740
x8	9.20	37.326	.711	.738
x9	9.10	37.463	.636	.740
x10	9.15	36.871	.761	.734
X	4.75	10.408	1.000	.860



RELIABILITY

/VARIABLES=y1 y2 y3 y4 y5 y6 y7 y8 y9 y10 Y

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA

/SUMMARY=TOTAL.

Reliability

Notes

Output Created		25-NOV-2019 05:26:26
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	20
	File	
	Matrix Input	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
Syntax		RELIABILITY /VARIABLES=y1 y2 y3 y4 y5 y6 y7 y8 y9 y10 Y /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:00,02
	Elapsed Time	00:00:00,02

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

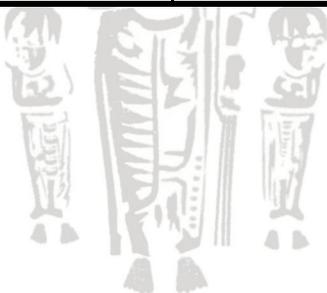


Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.754	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
y1	55.10	73.358	.486	.736
y2	54.85	74.661	.467	.740
y3	55.50	72.158	.590	.730
y4	55.55	73.208	.611	.733
y5	55.70	74.116	.542	.737
y6	55.65	73.608	.533	.736
y7	55.80	70.695	.674	.723
y8	55.70	75.063	.534	.740
y9	55.55	72.050	.638	.728
y10	55.40	72.358	.631	.729
Y	29.20	20.168	1.000	.824



Hasil Distribusi Frekuensi Demografi Kelompok Kontrol

Statistics

		Usia Responden	Jenis Kelamin	Pendidikan	Lama Merawat
N	Valid	25	25	25	25
	Missing	0	0	0	0

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	5	20.0	20.0	20.0
	26-35	9	36.0	36.0	56.0
	36-45	3	12.0	12.0	68.0
	>46	8	32.0	32.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	6	24.0	24.0	24.0
	Perempuan	19	76.0	76.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	3	12.0	12.0	12.0
	SMP	3	12.0	12.0	24.0
	SMU	10	40.0	40.0	64.0
	DIII	2	8.0	8.0	72.0
	S1	7	28.0	28.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Lama Merawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1hari-7hari	15	60.0	60.0	60.0
	>7hari	10	40.0	40.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Hasil Distribusi Frekuensi Demografi Kelompok Intervensi

Usia Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	2	8.0	8.0	8.0
	26-35	7	28.0	28.0	36.0
	36-45	10	40.0	40.0	76.0
	>46	6	24.0	24.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	7	28.0	28.0	28.0
	Perempuan	18	72.0	72.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	6	24.0	24.0	24.0
	SMP	5	20.0	20.0	44.0
	SMU	8	32.0	32.0	76.0
	DIII	2	8.0	8.0	84.0
	S1	4	16.0	16.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Lama Merawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1hari-7hari	17	68.0	68.0	68.0
	>7hari	8	32.0	32.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Hasil Distribusi Frekuensi Kelompok Kontrol

Statistics

		Self Efficacy	Tingkat Pengetahuan	Kelompok
N	Valid	25	25	25
	Missing	0	0	0
Mean		1.92	1.36	2.00
Median		2.00	1.00	2.00
Std. Deviation		.572	.638	.000

Self Efficacy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	5	20.0	20.0	20.0
	sedang	17	68.0	68.0	88.0
	tinggi	3	12.0	12.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

Tingkat Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	18	72.0	72.0	72.0
	sedang	5	20.0	20.0	92.0
	tinggi	2	8.0	8.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

Kelompok

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kontrol	25	100.0	100.0	100.0



Hasil Distribusi Frekuensi Kelompok Intervensi

Statistics

		Tingkat Pengetahuan	Self Efficacy
N	Valid	25	25
	Missing	0	0
Mean		2.00	2.44
Median		2.00	3.00
Std. Deviation		.816	.651

Tingkat Pengetahuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	8	32.0	32.0	32.0
	sedang	9	36.0	36.0	68.0
	tinggi	8	32.0	32.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

Self Efficacy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	rendah	2	8.0	8.0	8.0
	sedang	10	40.0	40.0	48.0
	tinggi	13	52.0	52.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	



Mann-Whitney Test

Ranks

	Kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Tingkat Pengetahuan	intervensi	25	30.94	773.50
	kontrol	25	20.06	501.50
	Total	50		
Self Efficacy	intervensi	25	30.82	770.50
	kontrol	25	20.18	504.50
	Total	50		

Test Statistics^a

	Tingkat Pengetahuan	Self Efficacy
Mann-Whitney U	176.500	179.500
Wilcoxon W	501.500	504.500
Z	-2.897	-2.872
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004	.004

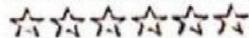
a. Grouping Variable: Kelompok



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR MALANG



Jl. Jaks Agung Suprpto No.2 Malang
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
TERAKREDITASI SNARS EDISI 1 INTERNASIONAL



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaks Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
PELAKSANAAN PENELITIAN**

("ETHICAL CLEARANCE")

No: 400/233/K.3/302/2019

**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG,
SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG
DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN**

**JUDUL : HUBUNGAN APLIKASI KONSEP PATIENT-FAMILY CENTERED CARE
DENGAN KEBERHASILAN PERAWATAN PASIEN GAGAL JANTUNG DI RUANG
INTENSIVE CARE RSUD Dr. SAIFUL ANWAR DAN RST SOEPRAOEN**

PENELITI UTAMA : ALFRINA HANY, S.Kp, M.Ng (AC)
PENELITI ANGGOTA : RATIH ARUM VATMASARI
ENI YULISTIANINGSIH
KHARISMA HADI
YOGIE AFITNANDRI
HERI LUKITO
ARIF JATI PURNANTO
PUTU YUSTIKA PRIMAYANI
RIDA AULIA BATUBARA
UNYATI

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN

RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

DINYATAKAN LAIK ETIK

MALANG, 04 NOVEMBER 2019
KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN

dr. HIDAYAT SUJUTI, PhD, Sp.M



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384
E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



NOTA DINAS

Kepada : Kepala Instalasi Terapi Intensif
Dari : Kepala Bidang Diklit
RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Tanggal : 13 NOV 2019
Nomor : 070/1735 /1.20/302/2019
Sifat : Biasa
Lampiran : --
Perihal : **Penghadapan Penelitian bagi Tenaga Pendidik dari Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang a.n Alfrina Hany, S.Kp, M.Ng (AC)**

Menindaklanjuti surat dari Direktur RSUD Dr. Saiful Anwar Malang No. 070/33391 /302/2019 tanggal 12 November 2019 perihal Izin Penelitian, bersama ini kami hadapkan Peneliti tersebut untuk melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin sesuai dengan judul proposal, atas nama:

No	Nama/NIK	Judul Proposal
1.	Alfrina Hany, S.Kp, M.Ng (AC) NIK : 197804042002122001	Hubungan Aplikasi Konsep <i>Patient – Family Centered Care</i> dengan Keberhasilan Perawatan Pasien Gagal Jantung di Ruang <i>Intensive Care</i> RSUD Dr. Saiful Anwar dan RST Soepraoen

Setelah yang bersangkutan selesai melaksanakan penelitian, mohon Saudara informasikan tertulis kepada kami bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin, sebagai dasar kami membuat Surat Keterangan Selesai Penelitian bagi yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama Saudara, diucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Pendidikan & Penelitian

SRI ENDAH NOVIANI, SH, M.Sc

Pembina Tingkat I

NIP. 19631103 199103 2 004



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214: 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

Nomor : 9094/UN10.F08/PP/2019
Hal : Permohonan Ijin Penelitian

27 SEP 2019

Yth. Direktur
RSUD Dr. Saiful Anwar
Malang

Sehubungan akan dilaksanakannya Penelitian oleh Tenaga pendidik dari Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dengan nama sebagai berikut:

Nama : Alfrina Hany, S.Kp, MNg (Ac)
NIK : 197804042002122001
Pangkat/Golongan : Penata Muda / IIIa
Jabatan : Asisten Ahli

Bersama ini kami mengajukan Surat Ijin untuk melaksanakan Penelitian pada Instansi yang Bpk/Ibu pimpin, dengan judul penelitian "Hubungan Konsep Family Centered Care terhadap Perawatan Mandiri Pasien Gagal Jantung di Ruang Intensive Care Kota Malang".

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

a.n Dekan,
Wakil Dekan Bidang Akademik


dr. Mohammad Saifur-Rohman, Sp.JP(K), Ph.D
NIP. 196810311997021001

- Tembusan :
- 1. Kajar Keperawatan FKUB
 - 2. Ka. Diklit RSUD dr. Saiful Anwar Malang



SURAT KETERANGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Sasmojo Widito Sp.JP (K)

Nip : 19670804 199803 1 008

Jabatan : Ka SMF / Departemen Jantung dan Pembuluh Darah RSUD Saiful Anwar
Malang / FKUB

Menyatakan bahwa tidak keberatan untuk di lakukan penelitian dengan kegiatan berupa wawancara kepada pasien dan mengisi kuisisioner HARS, SCHFI, sepanjang tidak membahayakan pasien, tidak mempengaruhi kelancaran layanan, dan sesuai dengan peraturan yang berlaku

Malang, 26 September 2019

dr. Sasmojo Widito Sp.JP (K)
Nip. 19670804 199803 1 008



DAFTAR RIWAYATHIDUP

CurriculumVittae

- 1. Nama : YOGIE AFITNANDRI
- 2. NIP/NBI : 198102012008011004
- 3. Pangkat/Golongan : PENGATUR MUDA TKI/IIIB
- 4. Tempat/TglLahir : MALANG,01 PEBRUARI 1981
- 5. Agama : ISLAM
- 6. Status Perkawinan : KAWIN
- 7. Pendidikan : DIII KEPERAWATAN
- 8. Instansi Bekerja : RSUD dr.SAIFUL ANWAR MALANG
- 9. Status Pekerjaan : PNSD
- 10. Alamat Instansi : JL.JAKSA AGUNG SUPRAPTO NO.2 MALANG
- NomorTelpon : 0341-362101



11. Riwayat Pendidikan :

No.	Nama Pendidikan	Lulus Tahun	Tempat Pendidikan	Ijazah/STTB		Keterangan
				Nomor	Tahun	
1	SDN Senggeng 01	1993	Senggeng	040Aoa0169157	1993	
2	SMPN4 Kapanjen	1996	Kapanjen	040Aob1169140	1996	
3	SMAN1 Kapanjen	1999	Kapanjen	04Mu1020187537	1999	
4	Akper Kab Malang	2002	Kapanjen	009413	2002	

12. Pengalaman Diklat/Pelatihan:

No.	Nama Diklat / Pelatihan	Lulus Tahun	Tempat Pendidikan	Ijazah/STTB		Ket
				Nomor	Tahun	
1	Basic trauma Life Support	2002	RSSA	02-05-21-IX	2002	
2	Basic Life Support	2014	RSSA	06-14-32-1084-RSSA-XI	2014	
3	Pelatihan ICU Dasar	2017	RSSA	073/13173/302/2017	2017	

13. Pengalaman Bekerja/Ketrampilan Khusus:

a. Th.2004-2016 Honorer Di R.15 Bedah RSSA Malang

b. Th.2008-sekarang, PNSD Di RSSA Malang

c. Th.2017-Sekarang PNSD Di Unit Instalasi therapy intensive (ITI)

d. Th.2008-2015, Koordinator pelaksana PKRS Di IRNA II Bedah

e. Th.2010-2014, Redaksi Pelaksana Buletin RSSA Malang

f. Th.2017-Sekarang, Anggota Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (HIPERCCI) Di RSSA Malang

Demikian daftar riwayat hidup ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat keterangan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dimuka pengadilan serta bersedia menerima segala tindakan yang diambil oleh pemerintah.

Malang, Desember 2018

Yang membuat
pernyataan

YOGIE AFITNANDRI,AMK

Nip.198102012008011004



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
http://www.fk.ub.ac.id e-mail : sekr.fk@ub.ac.id

SURAT KETERANGAN

Nomor 721 /UN10.F08.08/PP/2019

Yang bertanda tangan dibawah ini,

nama : Dr.Husnul Khotimah, S.Si., M.Kes
NIP : 197511252005012001
pangkat dan golongan : Penata Muda, III/a
jabatan : Ketua Badan Penerbitan Jurnal Fakultas Kedokteran

dengan ini menerangkan bahwa

nama : Yogie Afitnandri
nim : 185070209111095
program studi : Sarjana Keperawatan
judul : Pengaruh Edukasi Terhadap Tingkat Pengetahuan Keluarga
Tentang Family Centered Care Dan Self Efficacy Keluarga Pada
Pasien Gagal Jantung Di Ruang 5A dan 5B Di Rumah Sakit
dr. Saiful Anwar Malang
jenis artikel : Tugas Akhir
jumlah halaman : 6

berdasarkan pemindaian dengan perangkat lunak Turnitin, Badan Penerbitan Jurnal Fakultas
Kedokteran menyatakan bahwa Artikel Ilmiah tersebut diatas memiliki kemiripan 5 %

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

26 DEC 2019

Ketua Badan Penerbitan Jurnal,



Dr. Husnul Khotimah, S.Si, M.Kes
NIP 19751125 200501 2 001



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
TERAKREDITASI SNARS EDISI 1 INTERNASIONAL



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021

Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111

Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384

E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id

Website : www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
PELAKSANAAN PENELITIAN

("ETHICAL CLEARANCE")

No: 400/006/K.3/302/2020

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG,
SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG
DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : PENGARUH EDUKASI TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN KELUARGA
TENTANG FAMILY CENTERED CARE DAN SELF EFFICACY KELUARGA PADA
PASIEEN GAGAL JANTUNG DI RUANG 5A DAN 5B DI RSUD Dr. SAIFUL ANWAR
MALANG

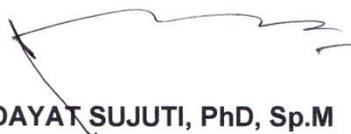
PENELITI UTAMA : YOGIE AFITNANDRI

UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN

RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

DINYATAKAN LAIK ETIK

MALANG, 3 JANUARI 2020
KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN


dr. HIDAYAT SUJUTI, PhD, Sp.M

KEGIATAN EDUKASI



