

## BAB 2

### TINJUAN PUSTAKA

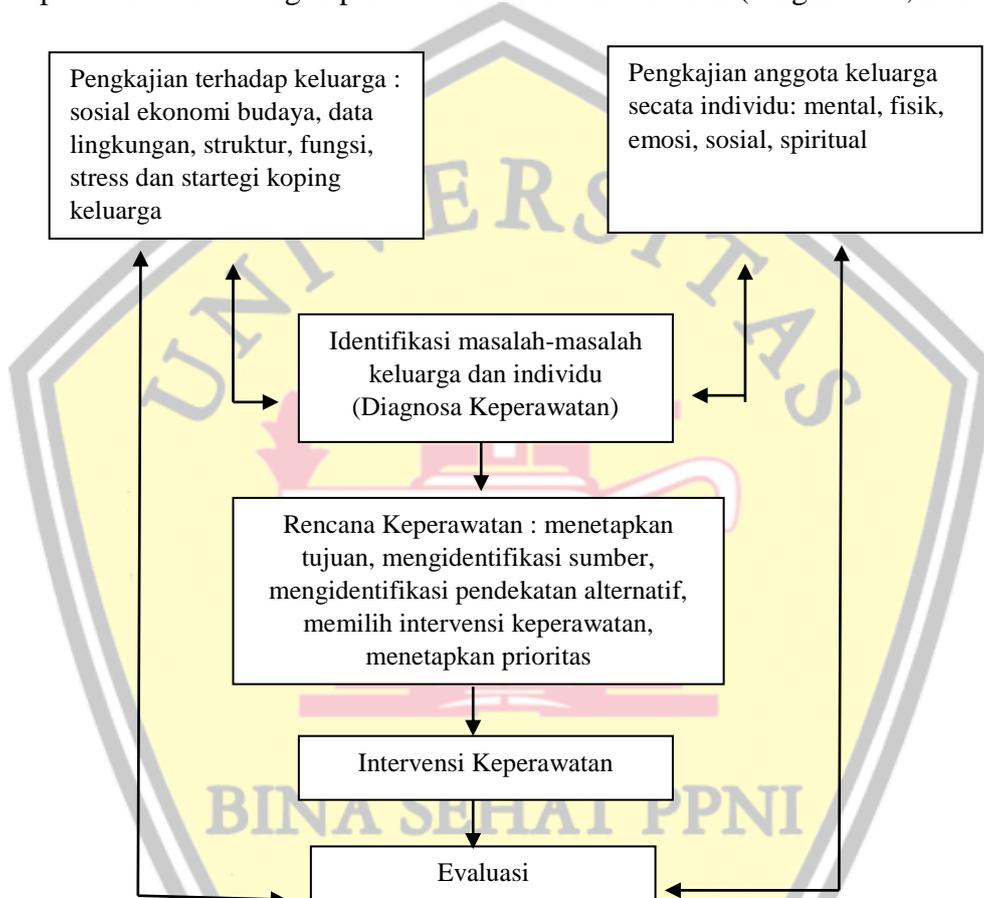
#### 2.1 Konsep *Family Centered Care*

##### 2.1.1 Definisi *Family Centered Care*

Perawat yang mempraktikkan keperawatan fokus keluarga dapat bekerja dengan pasien dan keluarga mereka untuk mencapai hasil kesehatan yang lebih baik dan mencegah penyakit lebih lanjut (Fabanjo and Loihala, 2017). Anak-anak yang dirawat di rumah sakit mendapat manfaat besar dari perawatan yang berpusat pada keluarga karena melibatkan semua anggota keluarga, bukan hanya orang tua (Vitria Erlinda, 2015). Teori Friedmen 2003 dalam (Nursalam, 2020), menunjukkan bagaimana ketidaksetaraan budaya, ras, lingkungan, dan sosial digambarkan oleh keluarga sebagai unit fundamental untuk perawatan individu dalam keluarga dan masyarakat secara keseluruhan sesuai dengan filosofi *Family Centered Care*. Pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi merupakan komponen proses keperawatan yang membentuk *Family Centered Care*.

Filosofi keperawatan anak dalam *Family Centered Care* antara lain; fokus pada martabat dan rasa hormat terhadap pasien / keluarga, perhatian yang nyata pada nilai pasien / keluarga, pengambilan keputusan bersama: melibatkan pasien dan keluarga dalam keputusan perawatan, memaksimalkan partisipasi keluarga dalam perawatan, sesuai dengan preferensi pasien (Wong, 2017). Fokus pada *Family Centered Care* adalah peran sentral keluarga dalam kehidupan anak dan memberikan partisipasi aktif keluarga untuk keputusan terkait kesehatan tentang

anak-anak mereka. Kestinambungan keluarga dalam kehidupan anak harus diakui, dan dimensi keluarga yang kuat dipupuk melalui aktivitas; inilah mengapa perawatan yang berpusat pada keluarga diterima secara luas sebagai filosofi perawatan dalam keperawatan anak. partisipasi keluarga dalam pengambilan keputusan terkait dengan perawatan dan kesehatan anak (Girgin *et al.*, 2015).



Gambar 2.1 Teori Friedmen 2003 (Nursalam, 2020) Konsep Teori *Family Centered Care*

### 2.1.2 Fungsi *Family Centered Care*

Anak adalah anggota penting dari unit keluarga, dalam artian lain orang tua sebagai ibu dan/atau ayah tetapi mengakui orang tua terdiri dari berbagai individu dan tidak meremehkan pentingnya peran orang tua atau struktur keluarga (Wong, 2017). Fungsi *Family Centered Care* adalah model yang meningkatkan persepsi kemandirian keluarga, kepuasan perawatan mereka dan mempengaruhi komitmen orang tua-anak dan perilaku orang tua-anak secara positif. Selain itu, model pengasuhan *Family Centered Care* yang meningkatkan keterampilan dan kepuasan pengasuhan keluarga, meningkatkan perasaan kebersamaan mereka dan mengurangi stres keluarga karena mereka memiliki tingkat pengetahuan yang cukup tentang status kesehatan anak-anak mereka (Girgin *et al.*, 2015).

### 2.1.3 Prinsip *Family Centered Care*

Mengaktifkan dan memberdayakan anggota keluarga adalah landasan perawatan yang berpusat pada keluarga. Untuk memenuhi kebutuhan anak dan keluarga dengan lebih baik, para profesional membantu memungkinkan semua anggota keluarga untuk mendemonstrasikan keterampilan mereka yang ada dan mempelajari yang baru. Perilaku membantu yang mendukung bakat, keterampilan, dan aktivitas keluarga digambarkan sebagai pemberdayaan ketika memungkinkan keluarga untuk menjaga atau mengembangkan rasa kendali atas kehidupan keluarga (Wong, 2017).

#### 2.1.4 Peran Perawat dalam *Family Centered Care*

Peran perawat dalam *Family Centered Care* (Girgin *et al.*, 2015) antara lain :

1. Perawat memainkan peran edukatif bagi keluarga tentang perawatan anak. Penting bahwa pendidikan dilanjutkan dari masuk rumah sakit sampai keluar dari rumah sakit.
2. Perawat harus memastikan tentang fakta bahwa keluarga telah memperoleh dan menggunakan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan tentang pengasuhan anak dengan benar. Mereka harus mempersiapkan keluarga untuk perawatan di rumah anak-anak dengan membuat keluarga berpartisipasi dalam perawatan di rumah sakit dan mengendalikan efektivitas pendidikan yang diberikan.
3. Perawat harus mendukung partisipasi orang tua dalam perawatan anak,
4. Perawat juga harus membantu mereka memahami diagnosis dan modalitas pengobatan yang diberikan kepada anak,
5. Perawat dalam *Family Nursing Care* boleh membiarkan mereka bertanya dan jujur dan jelas tentang status kesehatan dan prognosis kondisi kesehatan anak sesuai dengan peran advokat atas nama dari orang tua.
6. Perawat anak harus membuat pengaturan dalam rencana asuhan sedemikian rupa bagi ibu untuk memenuhi kebutuhan mereka sendiri karena mereka tidak dapat memenuhi kebutuhan mereka sendiri jika mereka sendiri yang melakukan semua perawatan fisik anak di rumah ataupun rumah sakit.

### 2.1.5 Aspek *Family Centered Care*

Aspek yang difokuskan dalam *Family Centered Care* adalah adanya *enabling* dan *empowering* yang berarti memungkinkan dan memberdayakan keluarga dalam suatu ketidakberdayaan pada anak (Wong, 2017) antara lain:

1. *Family support*

Keluarga mampu mendukung penuh perawatan pada anak yang rawat inap.

2. *Family role*

Aspek ini dapat ditinjau dari perilaku, karakteristik, dan aktivitas interpersonal keluarga yang berhubungan dengan kejadian *hospitalisasi* pada anak.

3. *Socioeconomic*

Faktor ini akan melihat seberapa berpengaruhnya sosial ekonomi yang berdampak bagi keluarga..

4. Etnis, ras, dan spiritual dalam cakupan budaya dan gaya hidup keluarga dalam mengasuh anak yang rawat inap..

5. *The role of parents*

Cakupan ini sepenuhnya memfokuskan pada pola asuh orang tua dalam keikutsertaan pencegahan *hospitalisasi* pada anak.

6. *Knowledge*

Faktor ini akan diukur dari tingkat pengetahuan dan tingkat pendidikan orang tua yang menjadi landasan pemahaman utama dalam pengendalian *hospitalisasi*.

### 7. *Access of health service*

Berfokus pada seberapa besar kemampuan keluarga dalam mencari informasi dan pelayanan kesehatan.

Selain itu aspek lain dalam teori *Family Centered Care* antara lain; tentang kesehatan dan praktik kesehatan mereka secara langsung mempengaruhi anak sejak lahir. Oleh karena itu, perawat harus menilai anak-anak dan keluarga mereka kepada siapa mereka akan memberikan perawatan secara holistik, harus menyadari titik lemah dan kuat keluarga, memeriksa metode coping mereka dan membantu keluarga mengatasi (Girgin *et al.*, 2015).

Menurut essential (Wong, 2017) ada 4 elemen penting dalam *Family Centered Care* antara lain :

1. Penting untuk menyadari bahwa keluarga anak adalah bagian yang stabil dan konsisten dari keberadaan mereka, dan untuk membangun kebijakan dan praktik yang mempertimbangkan hal ini.
2. Memfasilitasi kolaborasi keluarga-profesional di semua tingkat rumah sakit, rumah, dan perawatan masyarakat:
  - 1) Perawatan anak secara individu
  - 2) Pengembangan, implementasi, dan evaluasi program
  - 3) Pembentukan kebijakan
  - 4) Bertukar informasi yang lengkap dan tidak memihak antara anggota keluarga dan profesional dengan cara yang mendukung setiap saat

3. Kenali dan hargai perbedaan etnis, ras, spiritual, sosial, ekonomi, pendidikan, dan geografis di antara keluarga, serta kekuatan dan keunikan yang dihadirkan setiap keluarga.
4. Menerima dan mendorong berbagai strategi penanggulangan, dan membuat kebijakan dan program untuk membantu keluarga yang membutuhkan bantuan perkembangan, pendidikan, lingkungan, dan ekonomi.
5. Menumbuhkan dan memudahkan komunikasi dan dukungan antar keluarga
6. Menjamin bahwa pengaturan tempat tinggal, fasilitas medis, dan layanan berbasis komunitas dan jaringan dukungan yang melayani anak-anak dengan kebutuhan kesehatan dan perkembangan khusus serta keluarga mereka dapat disesuaikan, mudah diakses, dan komprehensif.

#### **2.1.6 Instrumen *Family Centered Care***

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner *Family Centered Care* dari (Fradika, 2020) yang mengembangkan teori Friedman dengan jumlah pertanyaan 56 item. Pertanyaan dalam kuesioner menggunakan 4 jawaban pilihan yaitu selalu, sering, jarang, dan tidak pernah. Kuesioner ini telah dikembangkan dan dilakukan uji validitas reabilitas oleh (Fradika, 2020). Hasilnya adalah validitas rentang 0,663 - 0,969 dengan  $r$  tabel = 0,444 dan nilai alpha Cronbach 0,959, sehingga instrumen pengembangan dan pelatihan dinyatakan valid dan reliabel.

## **2.2 Konsep Beban Kerja**

### **2.2.1 Pengertian Beban Kerja**

Beban kerja merupakan suatu perbedaan antara kapasitas pekerja dengan tuntutan pekerjaan yang harus dihadapi (Rohmia, 2019). Beban kerja diartikan sebagai kondisi pekerjaan yang disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi yang harus diselesaikan oleh perawat (Pundati, Tamtomo and Sulaeman, 2018). Beban kerja keperawatan adalah jumlah waktu dan perawatan yang dapat dicurahkan oleh perawat (secara langsung dan tidak langsung) untuk pasien, tempat kerja, dan pengembangan profesional (Alghamdi, 2016). Jumlah total tanggung jawab perawat selama bertugas di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya dikenal dengan beban kerja perawat.

### **2.2.2 Klasifikasi Beban Kerja**

Ada dua cara untuk menilai beban kerja: secara subyektif dan obyektif.

#### **1. Beban Kerja Subyektif**

Pendapat perawat tentang beban kerjanya adalah beban kerja subyektifnya. Beban kerja, emosi kewalahan, tekanan, dan kepuasan kerja semuanya dapat dievaluasi dengan menggunakan alat yang disebut "beban kerja subjektif" (Setiawan and Wulandari, 2016). Beban kerja subyektif antara lain meliputi:

#### **1) Beban Kerja Fisik**

Kesan perawat tentang beban fisik terdiri dari evaluasinya tentang jumlah dan kompleksitas tugas yang harus dia lakukan, lamanya shiftnya, dan kecukupan tingkat kepegawaiannya.

Tugas fisik yang dilakukan perawat antara lain mengangkat pasien, memasang infus, memeriksa tanda-tanda vital, dan memasukkan tangki oksigen (Yudi *et al.*, 2019).

## 2) Beban Kerja Sosial

Persepsi perawat tentang beban sosial adalah perkiraan jumlah waktu dan usaha yang harus mereka curahkan untuk merawat orang lain saat bekerja. Rekan kerja seseorang dianggap sebagai bagian dari orang tersebut. Stres interpersonal ini ditentukan oleh interaksi perawat dengan orang lain yang berhubungan dengan mereka di tempat kerja, termasuk pasien, anggota keluarga, rekan kerja, petugas, dan supervisor.

## 3) Beban Kerja Mental

Beban mental yang dirasakan oleh petugas kesehatan adalah perkiraan mereka tentang ketegangan emosional dan kognitif yang mereka alami di tempat kerja. Undang-undang, peraturan, dan praktik tempat kerja seseorang memiliki peran dalam membentuk pandangan ini. Beban mental seorang perawat adalah kesenjangan antara kompetensi dan kemauannya untuk menyelesaikan serangkaian tugas yang diberikan (Maulana, Surya Mediawati and Permana, 2020).

## 2. Beban Kerja Obyektif

Beban kerja secara obyektif adalah kondisi asli atau aktual di lapangan yang diukur dengan jumlah waktu yang dihabiskan untuk melakukan pekerjaan atau jumlah tugas yang diselesaikan (Romadhoni and Pudjirahardjo, 2018). Beban kerja obyektif adalah pengukuran terhadap beban kerja yang ada di lapangan yang

dinyatakan dalam bentuk proporsi penggunaan waktu kerja (Romadhoni and Pudjarahardjo, 2018).

### 2.2.3 Perhitungan Beban Kerja

Analisis beban kerja, atau penghitungan beban kerja secara sistematis, adalah pendekatan manajemen yang digunakan untuk memberikan wawasan tentang efisiensi tenaga kerja di dalam unit atau layanan organisasi tertentu. Dalam menentukan beban kerja perawat, hal-hal yang perlu dipertimbangkan yaitu (Nursalam, 2015):

1. Jumlah pasien yang dirawat setiap hari/bulan/tahun di unit tersebut
2. Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien
3. Rata-rata hari perawatan
4. Pengukuran keperawatan langsung, perawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan
5. Frekuensi tindakan perawatan yang dibutuhkan pasien
6. Rata-rata waktu perawatan langsung, tidak langsung dan pendidikan kesehatan.

Penghitungan beban kerja perawat di suatu unit pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan 3 cara (Nursalam, 2015), antara lain yaitu:

1. *Work Sampling*

Metode ini didirikan di industri untuk lebih memahami tuntutan yang ditempatkan pada pekerja individu di dalam sebuah perusahaan. Pendekatan pengambilan sampel kerja memungkinkan pengamatan berikut dilakukan sehubungan dengan pekerjaan:

- 1) Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja
- 2) Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja
- 3) Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif
- 4) Pola beban kerja personel dikaitkan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Langkah-langkah berikut harus digunakan saat melakukan survei pekerjaan karyawan untuk mendapatkan informasi ini:

- 1) Menentukan jenis personel yang akan disurvei.
- 2) Bila jumlah personel banyak perlu dilakukan pemilihan sampel sebagai subjek personel yang akan diamati dengan menggunakan metode *simple random sampling* untuk mendapatkan sampel yang representatif.
- 3) Membuat formulir kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif dan tidak produktif dapat juga dikategorikan sebagai kegiatan langsung dan tidak langsung.
- 4) Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*.
- 5) Pengamatan kegiatan personel dilakukan dengan interval 2–15 menit tergantung karakteristik pekerjaan yang dilakukan.

Metode *work sampling* melibatkan pengumpulan ribuan pengamatan aktivitas dari berbagai karyawan. Distribusi normal dari sampel pengamatan kegiatan penelitian dapat diharapkan dari sejumlah besar pengamatan yang

tersedia. Untuk melakukan analisis yang memadai dan menentukan jumlah observasi, data harus cukup besar dan terdistribusi.

## 2. *Time and Motion Study*

Dengan metode ini, kami mengawasi dengan ketat tindakan orang yang kami pantau. Dengan metode ini, kami dapat meningkatkan produktivitas tanpa menambah ukuran staf. Berikut adalah prosedur untuk melakukan metode ini:

- 1) Menentukan personel yang akan diamati untuk menjadi sampel dengan metode *purposive sampling*.
- 2) Membuat formulir daftar kegiatan yang dilakukan oleh setiap personel.
- 3) Daftar kegiatan tersebut kemudian diklasifikasikan seberapa banyak personel yang melakukan kegiatan tersebut secara baik dan rutin selama dilakukan pengamatan.
- 4) Membuat klasifikasi atas kegiatan yang telah dilakukan tersebut menjadi kegiatan medis, kegiatan keperawatan dan kegiatan administrasi.
- 5) Menghitung waktu objektif yang diperlukan oleh personel dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang dilakukan.

Metodologi ini telah digunakan dalam studi yang menilai kemandirian praktik standar dalam organisasi seperti rumah sakit, serta kemandirian pelatihan dan pendidikan terakreditasi. Hasil berikut akan diperoleh melalui teknik penelitian waktu dan gerak dan sampling kerja:

- 1) Tugas yang bersifat medis, keperawatan, atau administratif dirinci, bersama dengan waktu yang dialokasikan untuk mereka. Selanjutnya dapat dihitung

proporsi waktu yang dibutuhkan untuk masing-masing kegiatan selama jam kerja.

- 2) Tenaga kerja, demografi, dan faktor sosial yang memengaruhi rutinitas harian seseorang di tempat kerja.
- 3) Kompatibilitas beban kerja dengan faktor lain berdasarkan persyaratan penelitian. Usia tenaga kerja, tingkat pendidikan, jenis kelamin, dan faktor lainnya mungkin berperan dalam memikul beban hari itu.
- 4) Kualitas kerja adalah masalah lain yang menjadi perhatian ketika menggunakan metode ini, karena akan menentukan tingkat keterampilan atau pengetahuan yang dibutuhkan oleh pengamat.

### 3. *Daily Log*

Sampling kerja sederhana dapat dilakukan dengan daily log atau rekaman tindakan seseorang, di mana rekaman dilakukan oleh orang yang diawasi. Kegiatan yang dilakukan dan waktu yang dihabiskan untuk melakukannya dicatat. Integritas dan keterlibatan staf yang diamati diperlukan untuk aplikasi ini. Metode ini tidak terlalu rumit dan mahal dibandingkan yang lain. Biasanya, peneliti akan menyusun instruksi dan mengisi formulir yang dapat digunakan responden untuk melakukan penelitian mereka sendiri. Relawan penelitian diberi pengarahan tentang tujuan penelitian dan prosedur untuk mengisi formulir sebelum pencatatan dibuat. Meskipun peserta studi akan diidentifikasi, informasi pribadi mereka, termasuk nama dan detail kontak, akan dirahasiakan dan tidak akan dipublikasikan dalam laporan akhir. Kunci pengamatan yang efektif

menggunakan daily log adalah dengan menuliskan secara lengkap tugas dan waktu yang diperlukan.

#### **2.2.4 Instrumen Beban Kerja**

Variabel beban kerja perawat menggunakan kuesioner beban kerja oleh (Izzata, Nursalam and Fitryasari, 2021) dengan jumlah 13 pertanyaan yang sudah baku dan telah banyak digunakan untuk melakukan pengukuran terhadap penelitian yang sejenis. Beban kerja tersebut meliputi aspek fisik dan aspek psikologis. Dengan indikator jawaban 4: Tidak Menjadi Beban Kerja, 3: Beban Kerja Ringan, 2: Beban Kerja Sedang, 1: Beban Kerja Berat. Penilaian beban kerja perawat berat (jika total skor 13-26), sedang (jika total skor 27-39), dan ringan (jika total skor 40-52).

Kuesioner beban kerja telah diuji validitas dan realibitas oleh (Izzata, Nursalam and Fitryasari, 2021) (Izzata, Nursalam and Fitryasari, 2021). Hasil nilai  $r$  korelasi 0,870-0,982 dengan  $r$  tabel (0,632). Sehingga, ketiga kuesioner ini dinyatakan valid. Hasil uji reliabilitas dengan nilai *cronbach alpha* 0,785 diatas 0,70. Sehingga ketiga keuseiber juga dinyatakan realibel.

### **2.3 Konsep Caring**

#### **2.3.1 Pengertian Caring**

Aini (2018) menjelaskan bahwa menurut theory of human care Watson, kualitas hubungan antara perawat dan orang yang menerima perawatan sangat penting untuk keberhasilan upaya yang terakhir untuk membantu yang pertama sembuh.

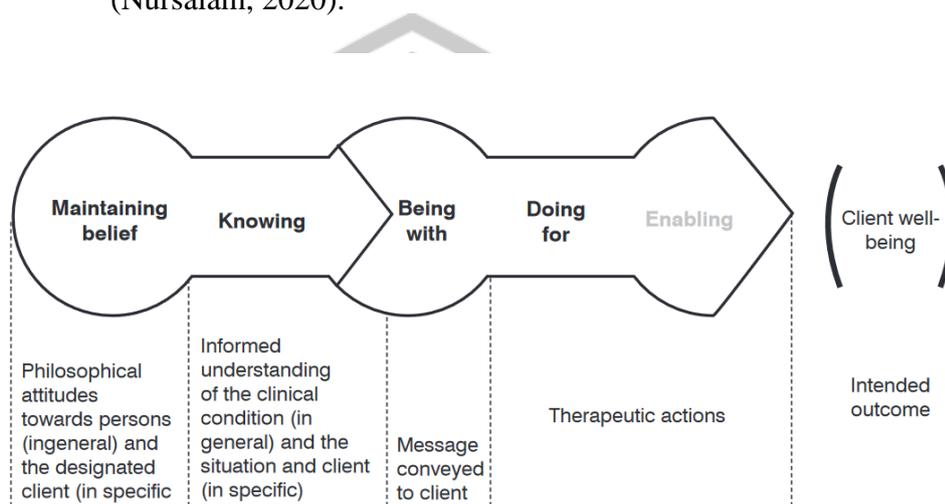
Khademian dan Vizesfar berdebat dalam Afaya et al. (2017) bahwa kapasitas perawat untuk merawat pasien mereka penting untuk profesi mereka. Selama perawatan rawat inap, perawat dan pasien terlibat dalam proses interaktif dan intersubjektif yang disebut "peduli", yang tujuannya adalah untuk meningkatkan kesejahteraan pasien (Wolf et al., 2017).

### 2.3.2 Komponen Caring

Swanson (dikutip dalam Watson, 2005) mengidentifikasi lima faktor yang berkontribusi pada perawatan yang tulus:

1. Memahami, merawat orang lain, dan komunikasi pasien-perawat semuanya membutuhkan upaya untuk mengetahuinya (Knowing).
2. Kehadiran (*Being With*) berarti menunjukkan perasaan Anda bersama orang lain. Perawat akan ada untuk membantu pasien dan memberikan dukungan emosional tanpa menambah stres lebih lanjut.
3. Antisipasi, kenyamanan, mendemonstrasikan pengetahuan dan keahlian, menjaga pasien, dan menghormati pasien adalah contoh-contoh Melakukan (*Doing for*), yang diartikan sebagai melakukan tindakan untuk orang lain atau mandiri dari pasien.
4. Memampukan (*Enabling*) yaitu Mempermudah pasien untuk menjalani perubahan dengan memperhatikan apa yang mereka butuhkan, menawarkan penjelasan dan bimbingan, hadir untuk mereka secara emosional, mengambil tindakan, dan memberi mereka umpan balik.

5. Mempertahankan kepercayaan (*Maintaining belief*), khususnya terus memiliki keyakinan pada kemampuan pasien, menghormati nilai-nilai mereka, bertindak dengan optimisme, dan secara konsisten siap membantu mereka dalam skenario apa pun. (Nursalam, 2020).



Gambar 2.2 Teori Caring Swanson, 1999 dalam (Nursalam, 2020)

Komponen caring menurut Watson disebut faktor karatif. 10 faktor karatif yaitu (Arrahmah, 2017):

1. Mengembangkan seperangkat nilai yang humanistik dan altruistik Cita-cita humanistik altruistik mulai berkembang dalam diri seseorang saat mereka masih sangat muda. Belajar dapat membantu cita-cita humanistik dan altruistik seseorang tumbuh saat mereka mendapatkan pengalaman dalam hidup. Menurut Potter dan Perry (2012), cita-cita humanistik-truistik perawat dapat ditunjukkan dalam interaksi mereka yang welas asih, peduli, dan terbuka dengan pasien. Saat memberikan asuhan keperawatan, dimulai dengan penilaian dan diakhiri dengan

evaluasi, perawat mungkin menggunakan sistem nilai humanistik altruistik. Manifestasi perilaku caring pada faktor ini yaitu menyebut nama pasien dengan nama yang disukai, merespon dengan baik saat dipanggil pasien, menjaga privasi, menghormati keputusan pasien serta mengakui sistem nilai pasien.

2. Menumbuhkan rasa optimisme dan keyakinan Dengan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, perawat dapat membangkitkan rasa percaya diri atau kepercayaan, klaim Potter dan Perry (2012). Perawat dapat meningkatkan hubungan yang 18 efektif dengan pasien melalui peningkatan rasa optimisme, harapan dan rasa percaya pasien. Kepercayaan dan pemberian motivasi sangat dibutuhkan dalam proses kreatif maupun kuratif. Menurut Alligood dan Tomey dalam Firmansyah dkk. (2019) keyakinan dan harapan menunjukkan peran perawat untuk meningkatkan hubungan yang efektif serta meningkatkan kesehatan pasien. Faktor ini adalah gabungan dari nilai humanistik altruistik untuk memberikan asuhan keperawatan secara holistik kepada pasien.
3. Mengembangkan kesadaran diri dan orang lain Dengan menjadi lebih sensitif, menjadi nyata, dan mengetahui apa itu sentimen, perawat tumbuh untuk memahami emosi pasien. Penerapan faktor karatif ini yaitu bersikap tenang, bersikap sabar, memenuhi kebutuhan pasien, melakukan pendampingan pada pasien, serta menawarkan bantuan. Menurut Alligood dan Tomey dalam Firmansyah, dkk., (2019) dengan

adanya rasa sensitivitas maka perawat harus dapat memahami tentang kebutuhan pasien baik psikologis maupun spiritual, serta mampu menunjukkan rasa peka yang lebih kepada pasien.

4. Membina hubungan saling percaya dan saling bantu (helping-trust)  
Hubungan saling percaya merupakan hubungan yang menerima perasaan positif maupun negatif antara pasien dan perawat. Manifestasi dari perilaku caring perawat berdasarkan hubungan saling percaya dan membantu dapat ditunjukkan dengan mengucap salam, memperkenalkan diri, menepati kontrak yang telah dibuat, berbicara dengan lembut, menatap pasien, memberi penjelasan dan informasi dengan jujur, bersikap empati, bersikap jujur, ramah serta mampu melakukan komunikasi terapeutik.
5. Sebelum menemui pasien, perawat harus siap menerima emosi pasien yang baik maupun yang negatif agar dapat meningkatkan dan menerima ungkapan sentimen baik positif maupun negatif. Selain itu perawat juga memahami ekspresi dan memberi kesempatan mengekspresikan perasaan, serta menjadi pendengar aktif.
6. Menggunakan teknik inovatif untuk pemecahan masalah Kreativitas keperawatan dapat ditunjukkan dengan cara yang sistematis dengan menyesuaikan perawatan pasien dengan masalah mereka, melibatkan pasien dan keluarga dalam prosesnya, menerapkan teori keperawatan yang tepat sesuai dengan keadaan pasien, dan melatih pemikiran kritis.

7. Meningkatkan proses belajar-mengajar transpersonal pada faktor karatif ini menjadi pembeda antara curing dan caring. Dalam memberikan pendidikan kesehatan perawat diharapkan mampu 20 memberikan situasi yang nyaman. Menurut Watson dalam Firmansyah (2019) perawat sebagai fasilitator dalam proses pembelajaran untuk perawat sebagai fasilitator dalam proses pembelajaran untuk peningkatan kemandirian pasien.
8. Menyediakan lingkungan yang mendukung, melindungi, dan memperbaiki mental, sosiokultural dan spiritual perilaku caring pada faktor dapat ditunjukkan dengan menyetujui keinginan serta memfasilitasi pasien bertemu tokoh agama, mengikuti pertemuan, membantu mencari atau menghubungi keluarga pasien, menyediakan tempat tidur yang bersih dan rapi, serta menjaga ketertiban ruang perawatan.
9. Menyediakan persyaratan biofisik, psikofisik, psikologis, dan interpersonal perawat sehingga mereka dapat merawat pasien mereka dengan lebih baik. Kesiadaan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan tulus, mengungkapkan perasaan bangga karena dapat membantu pasien, menghargai dan menghormati privasi pasien, serta menunjukkan kepada pasien bahwa pasien adalah orang yang berharga merupakan contoh perilaku caring berdasarkan pemenuhan kebutuhan dasar manusia dengan penuh. menghormati demi menjaga keutuhan dan martabat manusia. sangat dihormati dan dihargai.

10. Menurut Firmansyah dkk. (2019), yang membangun elemen kekuatan eksistensial-fenomenologis dan spiritual Hegel, fenomenologi adalah studi tentang pengetahuan yang dapat dilihat, atau deskripsi ilmiah tentang pemikiran, perasaan, dan pengetahuan seseorang saat ini. Perawat dapat membantu pasien dan keluarga mereka membangun ketahanan eksistensial-fenomenologis dan spiritual dengan membiarkan mereka terlibat dalam ritual, membantu mereka mengakses terapi alternatif jika mereka mau, mendorong mereka untuk berserah diri kepada Tuhan Yang Maha Esa, dan mempersiapkan mereka untuk kesedihan yang pasti akan mengikuti.

### **2.3.3 Faktor Mempengaruhi Caring**

Berikut ini adalah tiga faktor yang menurut Gibson, James, dan John (2000) mungkin mempengaruhi perilaku peduli:

- a. Faktor Pribadi Perilaku peduli dapat dipengaruhi oleh berbagai kualitas pribadi, seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, sejarah, dan kecerdasan emosional.
- b. Sikap, kepribadian, dan motivasi adalah semua aspek psikologis yang dapat memengaruhi perilaku peduli, dan pada gilirannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pengasuhan, status sosial ekonomi, dan demografi.
- c. Aspek Organisasi Sumber daya manusia, manajemen, pengakuan, kompensasi, dan kondisi kerja merupakan contoh faktor organisasi yang dapat mempengaruhi tindakan kepedulian.

### 2.3.4 Instrumen Caring

Penelitian ini menggunakan kuesioner caring behavior inventory (CBI-24) yang dikembangkan berdasarkan teori Watson oleh (Nursalam, 2020). Kuesioner ini telah diuji validitas dan reliabilitas, dengan hasil nilai person correlation  $<0,5$  yaitu 0,001 dan nilai *alpha Cronbach* 1,000  $>0,6$ . Sehingga, dapat disimpulkan kuesioner ini valid dan reliable.

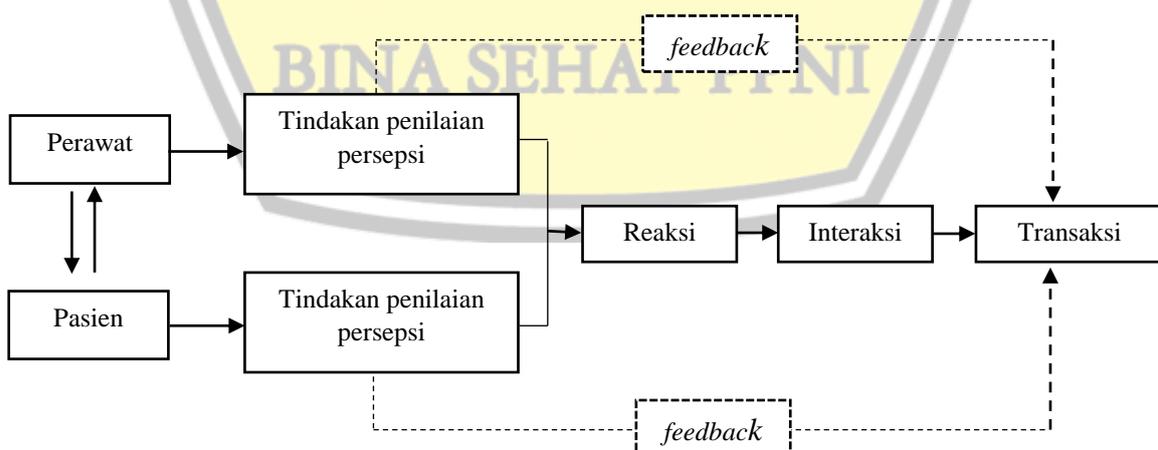
### 2.4 Teori Imogene M. King

King mengemukakan bahwasannya teorinya menitik beratkan pada sistem interaksi terbuka yaitu antara perawat dan pasien saling berinteraksi secara konstan dengan lingkungan dan relevan antara persepsi diri, pertumbuhan, perkembangan citra tubuh, dan waktu. Dengan adanya hal tersebut, King juga mengemukakan di dalam konsep modelnya terdapat suatu model konsep interaksi perawat dan pasien, (Alligood, 2017) yaitu:

1. Interaksi personal (persepsi diri, pertumbuhan dan perkembangan, citra tubuh, ruang, dan waktu).
2. Interaksi interpersonal (dapat dua atau lebih individu)
  - a. Komunikasi: baik aspek verbal dan non verbal
  - b. Transaksi: unik karena pengalaman seseorang akan berbeda-beda, sehingga menimbulkan transaksi hubungan yang berbeda pula
  - c. Peran: masing-masing perawat dan pasien memiliki peran yang saling membutuhkan
  - d. Stres: dalam hal ini bagaimana perawat dan pasien dapat mengatasinya dengan baik, sehingga tercapai keseimbangan

3. Sistem sosial (merupakan interaksi yang dinamis, yang mempengaruhi individu dan masyarakat dapat memahami konsep organisasi, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan )

Berdasarkan teori pencapaian tujuan menurut King diatas, bahwasannya tujuan dari adanya asuhan keperawatan yang profesional dengan menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, rencana asuhan keperawatan, implementasi, dan evaluasi adalah untuk kepuasan pasien (Alligood, 2017). Melihat skema teori king, bahwasanya kepuasan pasien sangat bergantung dengan adanya komunikasi yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien. Selain komunikasi perawat, kepuasan pasien juga dipengaruhi oleh tingkat kepercayaan pasien terhadap perawat, khususnya saat perawat memberikan *informed consent* yang bertujuan untuk menyusun tujuan bersama atas tindakan yang akan diberikan perawat terhadap pasien. Terdapat penjelasan teori Imogene M. King pada gambar dibawah ini;



Gambar 2.3 Theory Imogene M. King

## 2.5 Theoretical Mapping

*Theoretical mapping* merupakan pencarian literature dalam penelitian ini menggunakan empat database dengan kriteria kualitas tinggi dan sedang, yaitu *Scopus, Pubmed, Scient Direct* dan *Cinahl*.

### 2.5.1 Kata Kunci dan PICOS

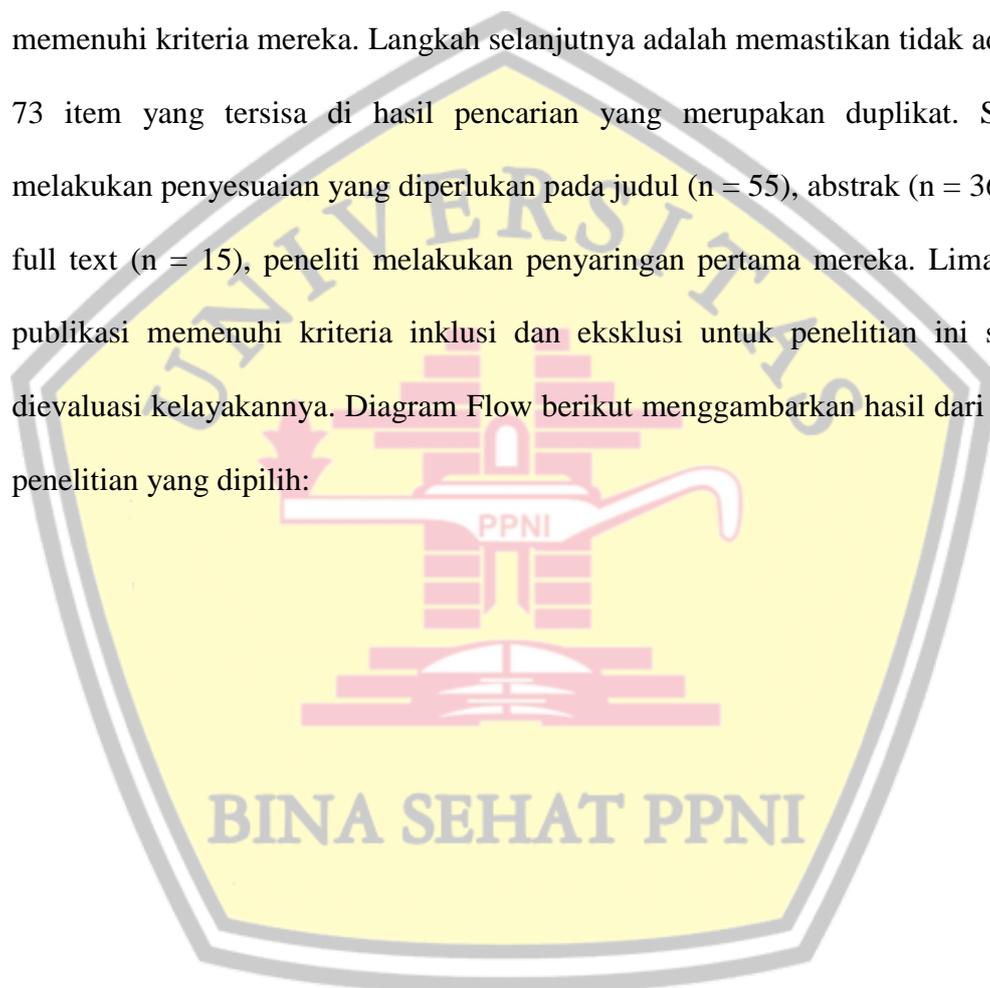
Pencarian artikel atau jurnal menggunakan keyword dan *boolean* operator (AND, OR NOT or AND NOT) yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci pada pencarian artikel ini disesuaikan dengan *Medical Subject Heading (MeSH)* dan Penulisan keaslian penelitian diawali dengan penetapan kata kunci yaitu: *family center care OR workload OR caring OR nurse pediatric*, dan kriteria inklusi dan eksklusi sesuai dengan format PICOS sebagai berikut:

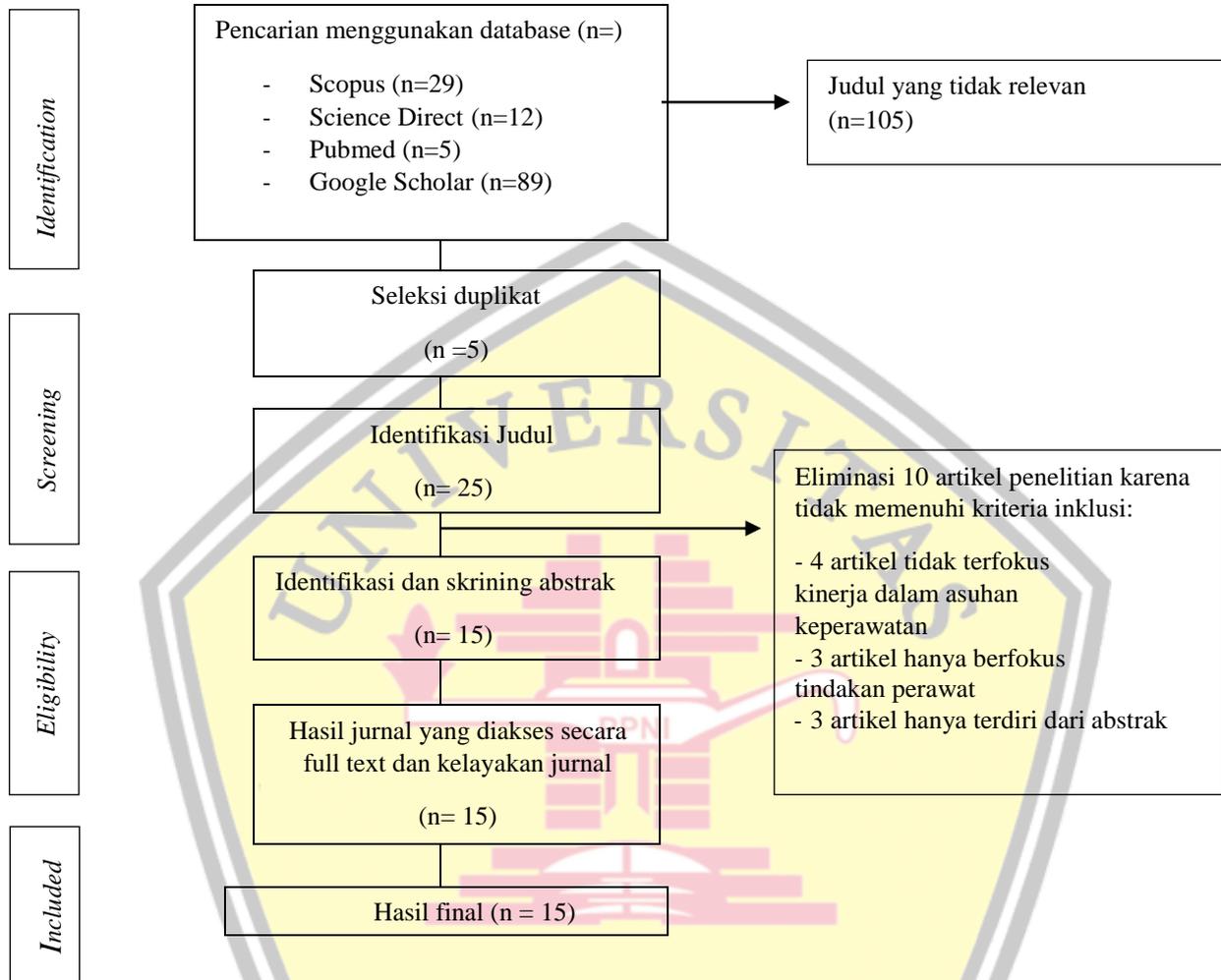
Tabel 2.1 PICOS Pencarian *Literature*

PICOS Framework	Kriteria inklusi	Kriteria eksklusi
<b>Population</b>	Perawat Pediatri	Perawat Umum selain pediatri
<b>Intervention</b>	Studi berfokus pada beban kerja dan caring	Selain beban kerja dan caring
<b>Comparators</b>	Penerapan <i>Family Centered Care</i>	Tidak membahas penerapan <i>Family Centered Care</i>
	Memahami dampak penerapan <i>Family Centered Care</i> pada kerja perawat anak	Luaran penelitian tidak berfokus pada dampak kerja <i>Family Centered Care</i>
<b>Outcomes</b>		
<b>Study design</b>	<i>Quasy experiment, cross-sectional study, case report, system review</i>	<i>Literature Review</i>
<b>Publication years</b>	2015-2022	Sebelum tahun 2015

### 2.5.2 Hasil Pencarian dan Diagram Flow

Setelah melakukan pencarian literatur di lima database dengan kata kunci yang dimodifikasi untuk MeSH, para peneliti menemukan 124 makalah yang memenuhi kriteria mereka. Langkah selanjutnya adalah memastikan tidak ada dari 73 item yang tersisa di hasil pencarian yang merupakan duplikat. Setelah melakukan penyesuaian yang diperlukan pada judul ( $n = 55$ ), abstrak ( $n = 36$ ), dan full text ( $n = 15$ ), peneliti melakukan penyaringan pertama mereka. Lima belas publikasi memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi untuk penelitian ini setelah dievaluasi kelayakannya. Diagram Flow berikut menggambarkan hasil dari artikel penelitian yang dipilih:



Gambar 2.4 Diagram Flow Pencarian *Literatur*

### ***THEORETICAL MAPPING***

Tabel 2.2 Hasil *Theoretical Mapping* Jurnal

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
1	Determination of the healthcare satisfaction of the parents staying in the hospital with their children diagnosed COVID-19 towards family-centered care  (BAYDIN <i>et al.</i> , 2022)	Cross-sectional study	Sampel: 64 keluarga	Perawatan yang Berpusat pada Keluarga dan Kualitas Hidup	Skala Perawatan yang Berpusat pada Keluarga dan Inventarisasi Kepuasan Perawatan Kesehatan Kualitas Hidup Anak	Nilai rata-rata orang tua dari Family-Centered Care Scale adalah $60,58 \pm 8,77$ , nilai rata-rata PedsQL Healthcare Satisfaction Inventory dari orang tua adalah $71,75 \pm 24,21$ . Korelasi tingkat positif dan sedang ditemukan antara Skala Perawatan yang Berpusat pada Keluarga dan Inventarisasi Kepuasan Perawatan Kesehatan PedsQL dan subskalanya. Ditemukan bahwa perawat membantu keluarga dan anak-anak merasa diperhatikan dengan baik; namun, mereka tidak mendapatkan pendapat dari keluarga pada tingkat yang memadai saat merencanakan perawatan
2	Discrepancies between nurses' current and perceived necessary practices of family-centred care for hospitalised children and their families: A cross-sectional study (Phiri <i>et al.</i> , 2022)	Cross sectional study	Sampel: 444 perawat	Perawatan yang Berpusat pada Keluarga	Kuesioner Perawatan yang Berpusat pada Keluarga-Revisi	Skor rata-rata total dari praktik perawat FCC saat ini ( $M = 34,78$ , $SD = 7,06$ ) secara signifikan lebih rendah daripada praktik perawat FCC yang dianggap perlu ( $M = 38,63$ , $SD = 5,60$ , $p < 0,001$ ). Perawat yang berusia lebih dari 40 tahun (koefisien regresi, $\beta = 9,162$ , $p = 0,014$ ), memiliki kualifikasi pascasarjana ( $\beta = 23,314$ , $p < 0,001$ ), berpisah atau janda ( $\beta = 9,661$ , $p = 0,029$ ), memiliki latar belakang budaya Tumbuka ( $\beta = 12,984$ , $p < 0,001$ ), adalah anggota Gereja Masehi Advent Hari Ketujuh ( $\beta = 8,863$ , $p = 0,026$ ), dan bekerja di rumah sakit misi ( $\beta = 16,401$ , $p = 0,021$ ) lebih mungkin menerapkan praktik FCC saat ini. Sebaliknya, perawat yang beragama Islam, Budha, atau Hindi ( $\beta = 6,587$ , $p = 0,040$ ), memiliki latar belakang budaya Tonga atau Ngonde ( $\beta = 6,625$ , $p = 0,046$ ), dan teknisi bidan perawat ( $\beta = -23,528$ , $p = 0,012$ ) lebih mungkin menerapkan

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
						praktik FCC yang mereka anggap perlu. Kesimpulan: Perbedaan yang signifikan antara praktik FCC saat ini dan yang dianggap perlu oleh perawat menunjukkan bahwa ada hambatan untuk menerapkan praktik FCC yang diperlukan. Latar belakang budaya dan agama perawat adalah prediktor praktik FCC saat ini, dan temuan ini dapat mengarahkan pengembangan dan pengujian intervensi FCC di Malawi di masa depan.
3	Factors Predicting the <i>Family Centered Care</i> Practice of Community Nurses (Durongritichai <i>et al.</i> , 2020)	predictive correlational design	Sampel termasuk 150 perawat komunitas di Thailand	praktik <i>Family Centered Care</i>	Skala praktik <i>Family Centered Care</i>	Subyek memiliki skor praktik <i>Family Centered Care</i> secara keseluruhan pada tingkat sedang. Skor tertinggi pada aspek pencapaian tujuan, spesialisasi, dan pendekatan holistik. Perawat ini memiliki praktik <i>Family Centered Care</i> pada tingkat sedang, terutama dalam domain praktik dan kebijakan pengaturan perawatan, sistem layanan dan dukungan komunitas, dan kemitraan keluarga/penyedia. Praktik <i>Family Centered Care</i> secara signifikan dapat menjelaskan 59% variabilitas dalam praktik FCC. praktik <i>Family Centered Care</i> . Komponen <i>Family Centered Care</i> yang paling efektif memprediksi praktik <i>Family Centered Care</i> adalah pendekatan proaktif, pendekatan holistik, dan kolaborasi.
4	Effect of Family-centered Care on Improving Parental Satisfaction and Reducing Readmission among Premature Infants: A Randomized Controlled Trial (Bastani, Abadi and Haghani, 2015)	RCT	Sampel: 91 Teknik Pengambilan Sampel : Pengambilan Sampel Acak Sederhana	kepuasan	Skala kepuasan	Pada kelompok FCC, skor rata-rata kepuasan meningkat setelah implementasi program (masing-masing 22,36 dan 59,28 sebelum dan sesudah program) ( $p < 0,001$ ). Namun, peningkatan pada kelompok kontrol ini tidak signifikan. Hasil yang diperoleh mengenai aspek kepuasan yang berbeda menunjukkan bahwa ibu pada kelompok FCC lebih puas dengan kehadiran ibu di unit perawatan intensif neonatal (NICU), dibandingkan dengan aspek informasi dan partisipasi. Selain itu, jumlah rawat inap

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
						neonatal lebih sedikit pada kelompok FCC dibandingkan dengan kelompok kontrol, dan durasi rata-rata rawat inap masing-masing adalah 6,96 dan 12,96 hari pada kelompok FCC dan kontrol ( $p < 0,001$ ).
5	Insights into Patient and Family-Centered Care Through the Hospital Experiences of Parents (Uhl <i>et al.</i> , 2013)	mixed-method descriptive design	Sampel: 134 keluarga	Survei Pengalaman Rawat Inap Anak Rumah Sakit Anak Boston (PIES)	Rumah Sakit Anak Boston	Tiga tema yang diidentifikasi dalam data kelompok fokus termasuk memahami realitas, menghadapi kesulitan, dan maju ke depan. Temuan survei diatur ke dalam delapan bidang konten: perawatan dari perawat, perawatan dari dokter, bekerja sama, pengalaman anak, lingkungan rumah sakit, pengobatan anak (keselamatan), tiba di dan meninggalkan rumah sakit, dan peringkat pengalaman secara keseluruhan. Kesimpulan: Temuan penelitian ini mendukung pentingnya evaluasi inisiatif PFCC yang berkelanjutan untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan. Saran untuk perbaikan dalam perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga disediakan.
6	Effects of family-centered care on the satisfaction of parents of children hospitalized in pediatric wards in a pediatric ward in Chaloos in 2012 (Rostami <i>et al.</i> , 2015)	Quasi-experimental	Sampel: 70 keluarga	kepuasan keluarga	kuesioner kepuasan keluarga	Pada kelompok FCC, rata-rata skor kepuasan orang tua anak adalah 20 dari 90 sebelum intervensi, tetapi setelah metode FCC digunakan meningkat menjadi 83,2 dari 90. Selain itu, ditemukan perbedaan yang signifikan antara skor kepuasan untuk kelompok kontrol dan eksperimen (hal
7	Actions and processes that patients, family members, and physicians associate with patient- and family-centered care (Hsu <i>et al.</i> , 2019)	Cross sectional	Sampel: 92 keluarga	Institut Perawatan yang Berpusat pada Pasien dan Keluarga	wawancara	Kami mengidentifikasi 14 domain dan 47 tindakan spesifik yang diasosiasikan pasien, anggota keluarga, dan dokter dengan PFCC. Selain menyediakan matriks terperinci dari domain dan tindakan ini, makalah ini merinci tindakan yang terkait dengan konsep “martabat dan rasa hormat”. Domain utama yang diidentifikasi di

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
						<p>bawah “martabat dan rasa hormat” meliputi: 1) membangun hubungan, 2) memberikan perawatan individual, dan 3) menghargai waktu pasien. Dalam domain ini kami mengidentifikasi tindakan spesifik yang memecah ide abstrak ini menjadi unit yang eksplisit dan terukur seperti meluangkan waktu, mendengarkan, termasuk keluarga, dan meminimalkan waktu tunggu. Kami mengidentifikasi 9, 6, dan 3 tindakan spesifik yang terkait, masing-masing, dengan membangun hubungan, memberikan perawatan individual, dan menghargai waktu pasien.</p>
8	<p>Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers (Lloyd, Elkins and Innes, 2018)</p>	Qualitative study	215 keluarga	<p>perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah: i) kendala staf dan berkurangnya tingkat pengalaman staf, ii) beban kerja staf yang tinggi dan tekanan waktu, iii) kendala sumber daya fisik dan lingkungan, dan iv) sikap staf yang tidak mendukung. Kunci utama dari perawatan yang berpusat pada</p>	wawancara	<p>Studi ini memberikan pemahaman tentang faktor-faktor yang membatasi dan meningkatkan perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga khusus untuk pengaturan rumah sakit perawatan akut Australia. Implementasi strategi yang ditargetkan pada faktor-faktor ini dapat membantu lokasi penelitian, dan kemungkinan rumah sakit lain di tempat yang serupa, untuk meningkatkan perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga. Pada gilirannya, hal ini dapat menyebabkan hasil yang lebih baik untuk pasien, keluarga, staf dan organisasi kesehatan.</p>

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
				pasien dan keluarga adalah: i) fokus kepemimpinan pada perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga, ii) kepuasan staf dan hubungan staf yang positif, iii) struktur dan proses formal untuk mendukung perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga, iv) keragaman budaya staf dan v) nilai-nilai profesional kesehatan dan ekspektasi peran		
9	Opinions of Intensive Care Nurses about Family-Centered Care in Turkey (Bozkurt, Düzkaya and Oren, 2022)	Descriptive study	233 perawat	Praktek perawatan yang berpusat pada keluarga	Praktik skala perawatan berpusat pada keluarga	Hampir setengah dari perawat melaporkan bahwa perawatan yang berpusat pada keluarga didukung (58,8%) dan keluarga diizinkan untuk berpartisipasi dalam perawatan (44,6%). Persentase yang berkolaborasi dengan keluarga dalam perencanaan dan pemberian asuhan (38,6%) tergolong rendah. Tujuh puluh empat

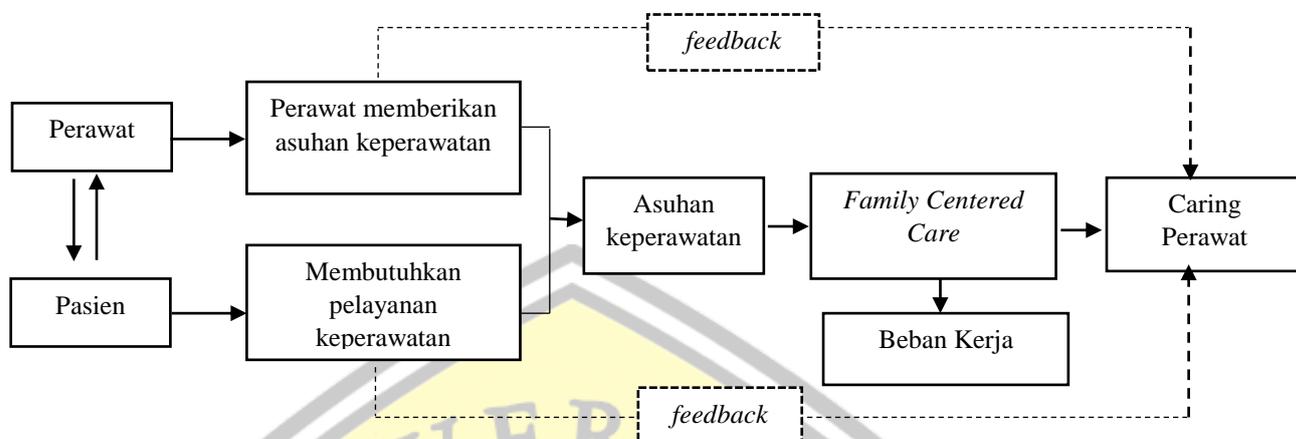
No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
						persen perawat mengatakan bahwa hari dan jam kunjungan terbatas di unit perawatan intensif, sementara 62,7% menemukan hari dan jam kunjungan di unit mereka memadai.
10	<i>Family center care Management for Outpatients in the New Era</i> (Pratiwi and Adi, 2022)	Pre-experimental design	45 pasien	perawatan pusat keluarga	modul penilaian perawatan pusat keluarga	Analisis data menggunakan uji Paired sample T-test dengan rata-rata skor pretes FCC sebesar 78,313 dan skor rata-rata postes FCC sebesar 79,980. Hasil uji menunjukkan p-value sebesar 0,004. Diindikasikan bahwa program FCC mempengaruhi pemulihan pasien.
11	Comparison of <i>Family Centered Care</i> with family integrated care and mobile technology (mFICare) on preterm infant and family outcomes: a multi-site quasi-experimental clinical trial protocol (Franck <i>et al.</i> , 2019)	Quasi experiment	175 orang tua	Perawatan yang Berpusat pada Keluarga	Skala <i>Family Centered Care</i>	Studi ini akan memberikan data baru tentang implementasi FICare dalam konteks AS dalam berbagai pengaturan rumah sakit dan mengidentifikasi hambatan penting, fasilitator, dan proses utama yang dapat berkontribusi pada efektivitas FICare. Ini juga akan menawarkan wawasan kepada dokter tentang kelayakan aplikasi seluler baru untuk mendukung penelitian yang berfokus pada orang tua dan mempromosikan integrasi orang tua ke dalam tim perawatan NICU di rumah sakit AS.
12	The Effects of the Family-centered Empowerment Model on Self-efficacy and Self-esteem among the Family Caregivers of Patients with Prosthetic Heart Valve: A Controlled Clinical Trial (Abedini, Zareiyan and Alhani, 2020)	Quasi experiment	40	pemberdayaan yang berpusat pada keluarga	Bagian pertama mencakup sepuluh item tentang ancaman yang dirasakan pengasuh keluarga tentang faktor risiko VHD seperti prosedur gigi dan invasif, hipertensi, latihan fisik berat, tanda	Sebelum intervensi, skor rata-rata efikasi diri pada kelompok kontrol dan intervensi adalah $26,68 \pm 4,79$ dan $26,79 \pm 5,49$ , sedangkan skor rata-rata harga diri pada kelompok ini masing-masing adalah $33,74 \pm 4,55$ dan $33,84 \pm 4,72$ . Tak satu pun dari perbedaan antara kelompok yang signifikan. Setelah intervensi, skor rata-rata efikasi diri dan harga diri pada kelompok intervensi secara signifikan lebih besar daripada kelompok kontrol ( $37,32 \pm 2,68$ versus $29,89 \pm 2,20$ dan $36,26 \pm 3,66$ versus $29,26 \pm 5,84$ ; $P < 0,05$ )

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
					dan gejala perdarahan, obat bebas, minum tablet warfarin atau digoksin, diet tidak sehat, dan bekerja dengan perangkat tajam.	
13	The Added Value of a family centered approval optimize infants sosial-emotional development: a quasi experiment (Reijneveld <i>et al.</i> , 2017)	Quasi experimental	5658 keluarga	Perawatan berpusat pada keluarga	Daftar Perilaku Anak (CBCL)	5658 orang tua (68%) setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Pada kelompok FCC-JointStart, risiko diidentifikasi lebih sering, meskipun perbedaannya kecil (24,7% versus 22,0%, rasio odds (95%-interval kepercayaan) disesuaikan dengan perancu: 1,44 (0,96; 2,18), Phi = 0,03). Risiko juga diidentifikasi sebelumnya (p = 0,008), dan perawatan tambahan diberikan untuk kasus yang lebih parah daripada di CAU. Ukuran efek r berkisar dari 0,17 (PSBC) hingga 0,22 (FAD). Skor CBCL pada 18 bulan tidak berbeda antar kelompok
14	How do parents deal with their children's chronic kidney disease? A qualitative study for identifying factors related to parent's adaptation (Khorsandi <i>et al.</i> , 2020)	Qualitative study	17 keluarga	Pusat perawatan keluarga	wawancara	Dua kategori utama yang diambil dari data adalah "fasilitator adaptasi" dan "penghalang adaptasi." Fasilitator adaptasi didukung oleh tiga sub-kategori: "dukungan sosial", "kemampuan keluarga" dan "keyakinan spiritual". Empat sub-kategori "hambatan adaptasi" terungkap sebagai: "hambatan terkait keluarga", "tekanan mental oleh orang lain", "sifat kronis penyakit", dan "kondisi perawatan yang tidak menguntungkan".
15	family-Centered Care Improves Clinical Outcomes of Very-Low-	Quasi experiment	319 keluarga	Family Centered Care	kuesioner	Berat bayi saat keluar lebih tinggi pada kelompok intervensi (2.654 g vs 2.325 g, p < 0,001). Hasil gizi meningkat secara signifikan: tingkat menyusui 139 vs 91,

No	Judul	Desain	Sampel	Variabel	Analisis	Hasil
	Birth-Weight Infants: A Quasi-Experimental Study (Lv <i>et al.</i> , 2019)					p <0,001; hari total nutrisi orang tua 25 hari vs. 32 hari, p <0,001; hari pemberian makan lambung 23 hari vs. 35 hari, p <0,001. Lama tinggal dan biaya rumah sakit tidak berbeda antara kedua kelompok. Komplikasi bayi yang membaik adalah displasia bronkopulmoner (32 vs. 51, p = 0.031), retinopati prematuritas (antara kelompok tidak ada/ringan dan sedang/berat, p = 0.003), necrotizing enterocolitis (6 vs. 18, p = 0.019), dan tingkat masuk kembali (21 vs 38, p = 0,023). Tidak ada perbedaan yang diamati pada perdarahan intraventrikular dan infeksi nosokomial.



## 2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.5 Kerangka Teori Penelitian dengan Grand Teori Interaksi dari Imogene m. King dalam (Nursalam, 2020)

Penjelasan :

Berdasarkan teori pencapaian tujuan menurut Imogene M. King seorang perawat dan pasien saling berinteraksi untuk mencapai tujuan yang sama. Perawat sesuai dengan tugasnya memberikan asuhan keperawatan yang profesional dengan menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data dan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, implementasi, dan evaluasi. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat kepada pasien diberikan secara keseluruhan (*holistic*) wajib terdokumentasikan pada catatan perkembangan pasien (*medical record*) dan untuk menjaga kualitas pelayanan. Perawat melakukan transaksi kepada pasien melalui asuhan keperawatan yang berkualitas dan terdokumentasikan, sehingga memberikan kepuasan pasien.

Teori Friedmen 2003 dalam (Nursalam, 2020), menjelaskan bahwa teori *Family Centered Care* didasari dari pandangan keluarga adalah unit dasar untuk

perawatan individu dari anggota keluarga dan masyarakat yang menggambarkan perbedaan budaya, rasial, lingkungan, dan sosial ekonomi. Untuk menawarkan asuhan keperawatan dengan cara yang memberdayakan pasien dan keluarga mereka untuk membuat keputusan tentang kesehatan dan kesejahteraan mereka sendiri adalah tujuan dari perawatan berfokus keluarga, juga disebut keperawatan berorientasi keluarga. Bersama-sama, proses keperawatan pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, dan implementasi serta evaluasi membentuk kerangka *Family Centered Care*. Penerapan *Family Centered Care* aspek asuhan keperawatan sehingga akan berdampak pada kinerja perawat.

Penerapan *Family Centered Care* masih terdapat orang tua pasien yang kurang kooperatif untuk diajak bekerjasama dalam melakukan perawatan terhadap anaknya yang menyebabkan lingkungan kerja yang tidak kondusif (Ratnasari, Arif and Khosidah, 2022). Lingkungan kerja yang tidak kondusif mengakibatkan stress kerja perawat tinggi yang mempengaruhi beban kerja dan caring perawat (Mukmim, Ihamsyah and Siringoringo, 2022). Perawat di rawat inap anak memiliki tanggung jawab kerja yang tinggi akibat peran kompleks dalam proses perawatan yang harus berfokus pada pasien anak dan orang tua (Ratnasari, Arif and Khosidah, 2022). Tingginya tanggung jawab kerja perawat menyebabkan perawat memiliki beban kerja semakin berat yang dapat menurunkan tingkat caring perawat (Indah Sari, Windyastuti and Widyaningsih, 2019).

*Expectancy-Disconfirmation Theory* menurut Woodruff and Gardial (2002) dalam (Nursalam, 2020) yang mendefinisikan adanya model kesenjangan antara harapan (standar kinerja yang seharusnya) dengan kinerja aktual yang diterima

perawat. Beban kerja tersebut merupakan aktivitas yang dirasakan oleh perawat selama bekerja di ruang anak, yang meliputi aspek fisik dan psikologis.

Teori Waston menjelaskan caring terbagi menjadi 10 komponen (Nursalam, 2020a). Nilai-nilai humanistik dan altruistik, menanamkan iman dan harapan, menumbuhkan kepekaan diri, mengembangkan hubungan saling membantu dan saling percaya, mengungkapkan perasaan, memecahkan masalah melalui proses kepedulian, mempromosikan pembelajaran pengejaran antarpribadi, menyediakan ruang yang aman, memenuhi kebutuhan manusia, dan memberdayakan pasien adalah bagian dari peran yang memungkinkan perawat.

