

TESIS

**EFEKTIFITAS DUKUNGAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN
SELF EFFICACY DAN PSIKOSOSIAL PASIEN CONGESTIVE HEART
FAILURE :
SISTEMATIK RIVIEW**

*Effectiveness of family support in increasing self-efficacy and
psychosocial CONGESTIVE HEART FAILURE patients: A
Systematic Review*



SUWARDHA YUNUS

RO12181038

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

**EFEKTIFITAS DUKUNGAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN
SELF EFFICACY DAN PSIKOSOSIAL PASIEN CONGESTIVE HEART FAILURE:
SISTEMATIK RIVIEW**

*Effectiveness of family support in increasing self-efficacy and psychosocial
CONGESTIVE HEART FAILURE patients: A Systematic Review*

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Fakultas keperawatan

Disusun dan Diajukan Oleh

(SUWARDHA YUNUS)

R012181038

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**EFEKTIFITAS DUKUNGAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN *SELF-EFFICACY* DAN PSIKOSOSIAL PASIEN *CONGESTIVE HEART FAILURE*:
*A SYSTEMATIC REVIEW***

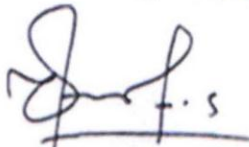
Disusun dan diajukan oleh

SUWARDHA YUNUS
R012181038

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tanggal 01 Februari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

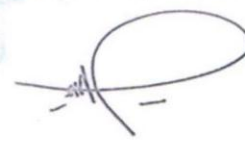
Menyetujui,

Pembimbing Utama,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

Pembimbing Pendamping,



Dr. Takdir Tahir, S. Kep., Ns., M. Kes
NIP. 19770421 200912 1 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si.
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bahwa ini :

Nama : Suwardha Yunus
NIM : R012181038
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul

Efektivitas Dukungan Keluarga Dalam Meningkatkan *Self efficacy* Dan Psikososial Pasien *Congestive Heart Failure: A Systematic Review*

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain, bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan Tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Januari 2021

Yang menyatakan,



Suwardha Yunus

ABSTRAK

Latar Belakang: Intervensi dukungan keluarga dapat mencegah kemungkinan kesehatan yang buruk pada pasien CHF. Namun, intervensi dukungan keluarga pada saat ini perlu ditelusuri bukti ilmiah berefek pada *self-efficacy* dan psikososial.

Tujuan: Mengidentifikasi dan menganalisis bukti ilmiah tentang efektifitas dukungan keluarga dapat meningkatkan *self-efficacy* dan psikososial pasien CHF.

Metode: Systematic review ini berdasarkan PRISMA checklist. Pencarian artikel melalui Pubmed, ProQuest, ScienceDirect, EbscoHost, dan Garuda menggunakan pertanyaan penelitian metode PICO dengan kata kunci pencarian di TitleAbstrak. Kemudian dianalisis menggunakan *Critical Apraisal* dan diklasifikasikan berdasarkan *levels of evidence*.

Hasil: Dari 5 artikel sesuai kriteria penelitian. Terdapat 4 desain RCT, dan 1 artikel dengan eksperimen. Penderita CHF mayoritas laki-laki 68 (80,9%), kelas NYHA II dan III (43,9%). Dukungan keluarga seperti dukungan emosional dan kesediaan waktu keluarga dengan durasi pemberian intervensi yang efektif selama 3 bulan menunjukkan perilaku peningkatan kesehatan dengan patuh pada pengobatan. Intervensi dilakukan oleh pendamping atau pasangan 22 (30,9%), dan 41,1% anak atau menantu pasien. Intervensi dengan aktif mendampingi pasien 80,4 (18,5%) menunjukkan *self efficacy* dengan kemampuan latihan diri, makanan (diet) 70,7 (8,3), dan dukungan emosional 76,3 (18,3).

Kesimpulan: Bentuk dukungan keluarga yang efektif adalah dukungan sosial yang diantaranya dukungan fisiologis dan kesediaan waktu yang diberikan anggota keluarga secara terus menerus. Komponen tersebut meningkatkan *self efficacy* dan psikososial diantaranya perilaku dan strategi mengatasi stress akan situasi, mendorong kemampuan diri mengelola kondisi mereka membuat keputusan untuk mempertahankan kesehatannya.

Kata Kunci : *congestive heart failure, heart failure, family support, psychosocial, and self-efficacy.*

KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, Alhamdulillah Robbil ‘Alaamin. Puji syukur kehadiran Allah SWT, penulis panjatkan karena atas limpahan berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis sistematik review yang berjudul “Efektifitas dukungan keluarga dalam meningkatkan self-efficacy dan psikososial pasien CHF”.

Proses penulisan tesis sistematik review ini telah melewati banyak kendala yang dihadapi oleh penulis. Namun, dengan adanya kerjasama dari berbagai pihak terutama dosen pembimbing sehingga penulis banyak mendapat petunjuk, bimbingan dan motivasi dan penyusunan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si, selaku pembimbing I dan Ibu Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, atas bimbingannya, yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan, masukan serta motivasi selama proses penyusunan tesis ini.
2. Bapak Dr. Takdir Tahir, S.Kep.Ns. M.Kes, selaku pembimbing II atas kesempatan waktunya dalam memberikan bimbingan, serta memberikan ilmunya kepada penulis selama proses bimbingan.
3. Dewan penguji Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes, Ibu Andi Masyita Irwan, S.Kep, Ns, MAN, Ph.D dan Ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep, Ns, M.Kes terima kasih atas saran dan masukannya.
4. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin terutama Ibu Damaris Pakatung, S.Sos yang banyak membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
5. Teman-teman seperjuangan angkatan 20181 Program Magister Ilmu Keperawatan yang selalu memberikan support, saling menguatkan selama proses perkuliahan, sampai proses penyusunan tesis.
6. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian hasil penelitian Sistematik Review yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu.

Teristimewa buat keluargaku terutama almarhum suami tercinta Ilhamtah Akmar yang mempunyai cita-cita saya melanjutkan sekolah namun pada kesempatan ini tidak sempat menyaksikannya tetapi ini adalah amanah almarhum suami tercinta sehingga saya melaksanakannya, doa selalu tercurahkan di setiap sujud-sujudku semoga Allah SWT menempatkan tempat yang indah disisi-Nya. Teruntuk anak-anakku yang tercinta telah bersabar dan mengerti akan kondisi selama menempuh pendidikan magister, kedua orang tua H. Muh. Yunus Said dan Hj. Rosmiaty Thahir atas doa dan harapan yang dititipkan selama menempuh studi. Serta saudaraku dan teman seangkatan juga rekan sejawat di RSUD Labuang Baji Makassar yang selalu memberikan motivasi selama studi.

Akhir kata, penulis ucapkan permohonan maaf sebesar-besarnya kepada semua pihak apabila ada salah-salah kata dan semoga tesis ini dapat bermanfaat dan menambah khazanah ilmu pengetahuan.

Makassar, Agustus 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR	
HALAMAN SAMPUL DALAM	
HALAMAN PENGESAHAN	
LEMBAR KEASLIAN PENELITIAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan	10
D. Pernyataan Originalitas Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Algoritma Pencarian	12
B. Tinjauan Literatur	
1. Konsep CHF	13
2. Dukungan Keluarga	20
3. Self efficacy dan Psikososial.....	24
4. Dukungan keluarga dan self efficacy, psikososial.....	28
C. Kerangka Teori	33
D. Tinjauan Sistematis Review.....	34
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	38
B. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	38
C. Strategi Pencarian	39

D. Proses Pengumpulan Data.....	43
E. Ekstraksi dan Manajemen Data.....	46
F. Analisis Data	46
G. Etika Penelitian	47

BAB IV HASIL PENELITIAN ARTIKEL

A. Seleksi Studi	49
B. Hasil Studi	51
C. Resiko Bias	63

BAB V DISKUSI

A. Ringkasan Bukti	73
B. Implikasi Dalam Keperawatan	76
C. Keterbatasan	77

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	79
B. Saran	79
C. Pendanaan	80

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel		Halaman
2.1	Formula PICOT Pencarian Tinjauan Literatur	12
3.1	Defenisi Operasional	44
4.1	Penelusuran Studi	50
4.2	<i>Critical Appraisal Skills Programe Randomized Control Triall</i> JBI Critical Appraisal Checklist	53
4.3	<i>Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies and</i> <i>Critical Appraisal, JBI Critical Appraisal Checklist</i>	54
4.4	Level Evidance and Qualiti Guides	55
4.5	Pengkajian kualitas studi yang diulas	56
4.6	Bentuk dukungan keluarga pada pasien CHF	58
4.7	Durasi pemberian dukungan keluarga pada pasien dengan CHF	59
4.8	Pendamping pasien dengan CHF	60
4.9	<i>Self efficacy</i> dan psikososial pasien dengan CHF	62
4.10	Ringkasan karakteristik dan hasil studi	71
4.11	Studi penilaian resiko bias	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar Teks	Halaman
2.1 Flowchart Pemilihan Studi Tinjauan Literatur	13
2.2 Konsep <i>self efficacy</i>	26
2.3 Kerangka Teori	33
4.1 Flowchart Pemilihan Studi Hasil Penelusuran Artikel ...	47

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

CHF	Congestive Heart Failure
PICOT	Population, Intervention, Comparison, Outcome, Time
PRISMA	Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses
RCT	Randomized Controlled Trial
SD	Standar Deviasi

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Tools Penilaian Kualitas Artikel CASP RCT

Lampiran 2. Tools Penilaian Kualitas Artikel JBI Quasy Eksperimental Study

Lampiran 3. Tools Penilaian Kualitas Artikel CASP Of A Cross-Sectional
Study (Survey)

Lampiran 4. Tools Penilaian Risiko Bias

Lampiran 5. Prisma Checklist

Lampiran 6. Etik Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit jantung *Congestive Heart Failure (CHF)* merupakan salah satu penyakit serius dalam pelayanan kesehatan dan salah satu penyakit terbanyak di dunia serta penyebab utama kematian (Lundberg, Bossone, & Mehta, 2019). *American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association (ACCF/AHA)* menyatakan CHF setiap tahunnya mengalami peningkatan dan 50% pada kematian (Yancy et al., 2013). Di Eropa sekitar 72% penderita (Maggioni, 2015). Sedangkan di Jerman, tahun 2017 \pm 6.0% (Holstiege, Akmatov, Störk, Steffen, & Batzing, 2019) dimungkinkan kasus baru penderita CHF 505.000 kasus (Lundberg et al., 2019). Di China tahun 2015 penderita CHF sekitar 4.5 juta orang (Zhu, Sun, & Dong, 2016). Sementara itu, di Indonesia dimulai tahun 2015 menunjukkan 25.208 kasus rentang usia 45-64 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Pada tahun 2018 berkisar 4.7% - 15% pada usia 75 tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Prevalensi tersebut menunjukkan pentingnya manajemen pencegahan prognosis buruk melalui penanganan, pengobatan dan utamanya perawatan dalam jangka panjang (Lin, Liu, Hsu, & Tsai, 2017). Dikarenakan CHF memiliki banyak kumpulan masalah klinis dan kompleks (Krum, Jelinek, Stewart, Sindone, & Atherton, 2011). Dapat mengancam jiwa jika tidak ditangani dengan baik (Zhu et al., 2016), dan terdapat masalah manajemen yang lebih kompleks serta sangat rentan terhadap hasil klinis yang buruk sehingga membutuhkan pendamping dan dukungan dalam perawatan klinis mereka (A. M. Rosland, Piette, Choi, & Heisler, 2011).

Hasil klinis yang buruk merupakan salah satu dampak yang terjadi pada penderita CHF akibat kurangnya pengontrolan diri terhadap kondisi mereka yakni *self efficacy* dan psikososial pasien yang tidak yakin terhadap perawatan diri dan kemampuannya dalam memulai serta beraktifitas secara mandiri (Du, Everett, Newton, Salamonson, & Davidson, 2012). Keyakinan pasien terhadap kemampuannya dikenal sebagai efikasi diri atau *self efficacy* dan psikososial

yang dimiliki seseorang mempengaruhi keyakinan diri dalam mengambil keputusan terhadap perawatan diri untuk mengubah atau menilai perilaku kesehatan yang dihadapinya (A. M. H. Chen et al., 2014). Untuk itu perlu diberi dukungan agar termotivasi melakukan perawatan dan pengobatan jangka panjang, sebagaimana diketahui bahwa intervensi dukungan keluarga sudah diterapkan sejak beberapa tahun silam (Coyne, O'Neill, Murphy, Costello, & O'Shea, 2011). Dukungan keluarga juga merupakan faktor yang berpengaruh terhadap seseorang dalam berperilaku, mempengaruhi manajemen diri dan merupakan bagian atau wadah promosi kesehatan pada berbagai penyakit terutama pada penyakit kronis (Hartmann, 2010).

Dukungan didapatkan dari kelompok sosial individu yang sangat berperan dalam perawatan pasien mempengaruhi kesehatan dan gaya hidup (Ratnawati, Wahyudi, & Zetira, 2019). Diharapkan dapat mempertahankan kehidupan pasien dan tidak terjadi perubahan klinis yang buruk (Fang et al., 2015). Dukungan keluarga yang diberikan dalam bentuk ketersediaan waktu merawat pasien dan pemenuhan keuangan perawatan pasien, agar mampu memenuhi kesulitan yang dihadapi dalam meningkatkan kesehatannya (Pressler et al., 2013). Sebagaimana dilaporkan penelitian pada 75% responden dengan dukungan keluarga efektif membantu perawatan pasien (A. Rosland, Heisler, & Choi, 2015), dan meningkatkan kepatuhan pengobatan (Kazemi, 2019).

Beberapa penelitian tentang intervensi dukungan keluarga menemukan hasil diantaranya sebagai unit dasar pasien kondisi kronis untuk mencapai kondisi sehat (Beitin & Aprahamian, 2014). Keluarga dapat memantau gejala penyakit dan memudahkan pemahaman interpersonal tentang CHF (Buck et al., 2014). Mempermudah pasien memperoleh kesehatan yang optimal dan manajemen perawatan pasien terpenuhi untuk kelangsungan hidup sehari-hari, kemampuan fisik, nutrisi dan status mental (Miura et al., 2014). Penelitian lainnya juga menemukan hasil yang beragam diantaranya dengan dukungan keluarga dapat meningkatkan kepatuhan perawatan diri (Deek & Care, 2015), dan membantu mengatasi masalah beban penyakit (Davis et al., 2012). Serta keluarga sebagai sarana komunikasi dan media pembangun kepercayaan

antara keluarga pasien pada tim kesehatan terhadap perawatan pasien (Thompson-Brazill, Tierney, Brien, Wininger, & Williams, 2020).

Studi Hartmann, (2010) melaporkan bahwa dukungan keluarga dapat meningkatkan kesehatan fisik pasien, kesehatan mental, dan kesehatan anggota keluarga. Laporan studi Riegel, Dickson, & Faulkner, (2016) bahwa kunci keberhasilan perawatan pasien ada pada keyakinan atau *self-efficacy* yang bersumber dari dukungan keluarga yang mengarahkan kemampuan pasien seperti kemampuan mempersepsikan gejala, kemampuan pemeliharaan diri. Selain itu dukungan keluarga seperti dukungan psikologis dan sosial pada keadaan klinis mempengaruhi *self-efficacy* pasien dengan hasil pasien meningkatkan kemampuannya akan perawatan diri (Alto & Smithkline, 2013). Penelitian Gu et al., (2017) di Cina melaporkan bahwa dukungan sosial yang diterima oleh seorang pasien dari lingkungan di sekitarnya dapat mengurangi respon stres psikologis, menghilangkan stress mental dan meningkatkan kemampuan adaptasi sosial.

Sedangkan studi Mau et al., (2017) melaporkan bahwa intervensi dukungan keluarga penting sebagai media pembelajaran dan mengelolah aspek terkait kondisi pasien (seperti; pengobatan, pengurangan natrium dalam makanan, dan mengurangi edema) yang merupakan sistem pendukung manajemen kompleks pasien CHF untuk meningkatkan kesehatan. Serta perbaikan kognitif individu terhadap *self efficacy* dan psikososial yang ternilai seiring perjalanan penyakit atau pengalaman dengan kondisinya (Walczak et al., 2017). Selanjutnya dukungan keluarga untuk *self efficacy* masih disandingkan dengan intervensi lain, yaitu edukasi manajemen gejala yang hasilnya menunjukkan *self efficacy* pada pemantauan gejala penyakit seperti gejala sesak, berat badan, dan kontrol manajemen diuretic untuk meningkatkan kualitas hidup (Baker et al., 2011).

Dari beberapa studi tersebut diatas lebih banyak membahas dukungan keluarga pada hasil kemampuan perawatan diri, pemenuhan kebutuhan hidup dan kualitas hidup. Review studi dukungan keluarga untuk hasil *Self efficacy* dan psikososial pasien masih terbatas pada analisis teori dan pengaruh usia serta faktor penentu sosial kesehatan pada perawatan diri CHF (Spaling,

Currie, Strachan, Harkness, & Clark, 2015). Selain itu, studi terkait perawatan dukungan keluarga pasien CHF masih sangat kurang pada hasil *self efficacy* dan psikososial. Untuk itu, pada kajian sistematis ini bertujuan mengidentifikasi dan menganalisis bukti ilmiah yang tersedia tentang intervensi dukungan keluarga dengan melihat bentuk dukungan yang diberikan, durasi intervensi dukungan yang diberikan dan siapa saja yang mendampingi pasien atau memberikan dukungan dalam perawatannya. Apakah efektif dukungan keluarga terhadap *self efficacy* dan psikososial pasien CHF. Oleh karena itu, penelitian ini akan menelaah sistematis intervensi dukungan keluarga dapat meningkatkan *self efficacy* dan psikososial pasien CHF.

B. Rumusan Masalah

Pada kondisi penyakit kronis CHF, untuk mencegah kejadian mortalitas dan morbiditas perlu mempertahankan kesehatan melalui intervensi dukungan keluarga yang dijelaskan pada beberapa studi. Seperti yang dilaporkan studi Modanloo, Tazikeh-Lemeski, & Kolagari, (2020) bahwa dukungan keluarga dapat menguatkan *self efficacy* pasien dengan kondisi kronis. Dan Studi Hanna et al., (2020) juga melaporkan dukungan keluarga sebagai faktor eksternal pendorong *self efficacy* pasien yang menghasilkan pengorganisasian diri dalam bentuk kepatuhan menjaga kesehatannya. Adapun salah satu bentuk dukungan keluarga dengan komunikasi terbuka oleh pengasuh pasien secara signifikan memperbaiki ketegangan, sehingga *self efficacy* pasien menunjukkan kemampuan mengendalikan gejala penyakit CHF (Burke et al., 2016).

Kemampuan akan *Self efficacy* dan psikososial pasien dalam mengendalikan gejala penyakit, diperlukan pendekatan dukungan keluarga untuk menghasilkan nilai pasien yang valid (Dek & Care, 2015). Juga dilaporkan pada studi lain dengan dukungan keluarga menunjukkan perbaikan indikator kesehatan seperti berkurangnya kelelahan, kualitas tidur yang baik, tidak mengalami depresi dan juga menunjukkan perilaku patuh pada pengobatan (Lorig, Ritter, Pifer, & Werner, 2014). Akan tetapi kesehatan

klinis yang buruk yaitu gejala sesak napas, kelelahan dan edema masih sering dialami pasien CHF (Malik, Gysels, & Higginson, 2013).

Apabila dukungan keluarga kurang, menjadi hambatan utama perawatan yang adekuat pada CHF (Chung, Lennie, & Moser, 2014), begitupula bila dukungan psikososial dari keluarga tidak didapatkan oleh pasien dapat menimbulkan risiko tinggi kematian pasien dengan CHF disebabkan beban mental akan penyakit yang dialaminya (Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, & Hanratty, 2016). Sehingga intervensi dukungan keluarga masih diperlukan untuk mempengaruhi dan mengelola masalah kesehatan pasien. Untuk itu perlu ada kajian sistematis terkait pentingnya *self efficacy* sebagai motivasi diri pasien berperilaku mempertahankan kesehatannya secara mandiri yang dipengaruhi oleh dukungan keluarga. Oleh karena itu penelitian sistematis ini mengulas apakah intervensi dukungan keluarga pasien mempengaruhi *self-efficacy* dan psikososial terhadap penyakitnya.

C. Tujuan Systematic Review

1. Tujuan umum

Adapun tujuan sistematis review ini untuk mengidentifikasi dan menganalisis secara sistematis bukti ilmiah dukungan keluarga dapat meningkatkan *self-efficacy* dan psikososial pasien CHF.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi dan menganalisis bukti ilmiah yang tersedia tentang bentuk dukungan.
- b. Mengidentifikasi dan menganalisis bukti ilmiah yang tersedia tentang durasi intervensi dukungan yang diberikan.
- c. Mengidentifikasi dan menganalisis bukti ilmiah yang tersedia tentang siapa saja yang mendampingi pasien atau memberikan dukungan dalam perawatannya.

D. Originalitas Systematic Review

Beberapa penelitian mengenai dukungan keluarga terbukti mempengaruhi hasil pada kemampuan mengendalikan gejala dan latihan fisik (Selzler et al.,

2020). Serta *self efficacy* pasien yang menunjukkan mampu memenuhi kehidupannya (Votelen, Konradsen, & Qstergaard, 2018). Tetapi studi Fivecoat, Sayers, & Riegel, (2018) menyatakan bahwa dukungan keluarga dalam hal dukungan emosional terkait perawatan pasien CHF, individu menerima dukungan tersebut menunjukkan hasil tidak signifikan terhadap perilaku menjaga kesehatannya. Studi review oleh Valtorta, Kanaan, Gilbody, Ronzi, & Hanratty, (2016) melaporkan apabila tidak ada dukungan psikososial dari keluarga dapat menimbulkan risiko tinggi kematian pasien dengan CHF. Namun, sejauh ini belum ada studi yang mengkaji keefektifan intervensi dukungan keluarga mempengaruhi *self efficacy* dan psikososial pasien CHF, dengan menggunakan desain penelitian *systematic review*. Oleh karena itu originilitas dari penelitian ini adalah kajian *systematic* terhadap studi-studi terkait efektivitas intervensi dukungan keluarga dalam meningkatkan *Self efficacy* dan psikososial pasien CHF.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Algoritma Pencarian

Tinjauan literatur ini melalui pencarian hasil publikasi ilmiah dengan rentang tahun 2010-2020 menggunakan database *PubMed*, *Science Direct*, *Proquest*, *Ebsco Host*, *Cochrane Database*. Pencarian artikel dimulai pada Januari – Mei 2020. Adapun PICOT yang digunakan dalam pencarian literatur untuk jurnal dalam bahasa inggris didasarkan pada *All File* adalah:

P : ‘*Congestive heart failure*’

I : ‘*family support*’

C : -

O : ‘*self efficacy*’ dan ‘*psychosocial*’

T : -

Hasil pencarian di *PubMed* berjumlah 109 artikel, *Science Direct* 3.133 artikel, *Ebsco Host* 4 artikel, *Proquest* 108.852 artikel, *Cochrane* 74 artikel, *Wiley* 14.201 artikel, sehingga totalnya adalah 126.373 artikel. Hasil eksklusi publikasi 10 tahun terakhir 7.085, bukan bahasa inggris didapatkan 6.205 artikel, judul dan abstrak tidak sesuai dengan pertanyaan penelitian .781 artikel. Kemudian hasil eksklusi yang tidak full text 5.926, bergabung dengan intervensi lain 2.345, artikel ganda 2.630 sehingga tersisa 95. 401 artikel. Setelah itu, dilakukan eksklusi yang tidak sesuai dengan hasil penelitian ditemukan 38 artikel sehingga tinjauan literatur ini menggunakan 75 artikel.

B. Tinjauan Literatur

1. Konsep CHF

a. Defenisi

Gagal jantung kronis atau *Congestive Heart Failure* (CHF) menurut *National Heart Foundation / Cardiac Society of Australia* dan Selandia Baru mendefinisikan CHF adalah kumpulan gejala klinis kompleks dengan gejala khas dispnea, kelelahan yang dapat terjadi saat istirahat maupun beraktivitas, dan ditandai dengan bukti obyektif dari kelainan struktural yang mendasari atau disfungsi jantung mengganggu kemampuan ventrikel untuk mengisi atau mengeluarkan darah (terutama selama aktivitas fisik) (Krum et al., 2011). CHF merupakan kelainan struktur jantung atau fungsi menyebabkan kegagalan jantung untuk mengirimkan oksigen ke jaringan untuk kebutuhan metabolisme. Disebut juga sebagai sindrom di mana pasien memiliki gejala khas (misalnya sesak napas, pembengkakan pergelangan kaki, dan kelelahan) dan tanda tekanan vena jugularis yang meningkat, paru-paru krek, dan denyut apeks yang hilang akibat kelainan struktur atau fungsi jantung (McMurray et al., 2012).

CHF adalah sindrom klinis gagal jantung terjadi akibat kelainan perikardium, miokardium, endokardium, katup jantung, pembuluh darah besar atau dari kelainan metabolisme tertentu, dan dikaitkan dengan spektrum luas kelainan fungsional LV, dikarenakan pengisian ventrikel atau pengeluaran darah, dengan tanda dispnea dan kelelahan, dan toleransi aktivitas, retensi cairan sehingga menyebabkan kongesti paru dan oedema (Yancy et al., 2013). Pasien lanjut usia terkena CHF berisiko tinggi terhadap kematian karena status fungsional serta kognitif mengalami penurunan (Bartz, Kizer, Ms, Chaudhry, & Gottdiener, 2015). Temuan Gheorghide M et al. 2005, Rosamond W et al. 2007, dalam Maggioni, (2015) menyatakan bahwa CHF adalah sindrom klinis gagal jantung yang kompleks dan heterogen, sering mengancam jiwa dan membutuhkan terapi segera, serta sangat berisiko akut berulang dan kematian (Maggioni, 2015).

b. Etiologi dan Faktor Risiko

Penyebab paling umum dari penurunan fungsi jantung menurut McDonagh et al. 1997, Wang et al. 2003 dalam (Agren, 2010) adalah

kerusakan atau kehilangan otot jantung, iskemia akut atau kronis, disfungsi katup, peningkatan resistensi pembuluh darah dengan hipertensi, atau perkembangan takiaritmia seperti fibrilasi atrium. Penyakit jantung koroner sejauh ini merupakan penyebab paling umum dari penyakit miokard, menjadi penyebab awal pada lebih dari 70% pasien dengan gagal jantung. Pada kelompok usia yang lebih muda CHF lebih sering terjadi pada pria karena penyebab paling umum, penyakit jantung koroner, terjadi lebih awal pada pria. (Agren, 2010). Gejala klinis sebelumnya yang khas CHF adalah apnea dan kelelahan, pasien dengan kelainan jantung fungsional atau struktural tertentu CHF mungkin muncul tanpa gejala, yang dapat memperburuk diagnosis dan memperburuk prognosis jangka panjang (Zhu et al., 2016).

Beberapa faktor risiko penyebab CHF tetapi dapat diubah dan menurunkan kemungkinan terjadinya CHF dengan gaya hidup sehat, faktor risiko tersebut adalah tekanan darah tinggi, konsumsi alcohol, keadaan hiperglikemia maupun hipoglikemia, penyalahgunaan obat-obatan, obesitas, merokok, infeksi virus, serta riwayat keluarga (Tanai & Frantz, 2016).

Study Yancy et al., (2013) Komorbiditas dikaitkan dengan peningkatan kecenderungan penyakit jantung structural, faktor risiko pasien dengan CHF terdiri atas Hipertensi, Diabetes Melitus, Sindrom Metabolik, dan Penyakit Aterosklerotik. Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko yang paling penting kejadian CHF dengan tekanan darah yang tinggi disertai usia yang lebih tua, dan durasi hipertensi yang lebih lama, tetapi pengobatan jangka panjang mengurangi risiko gagal jantung. Untuk itu strategi untuk mengendalikan hipertensi adalah bagian penting dari setiap upaya kesehatan masyarakat untuk mencegah gagal jantung. Faktor berikutnya adalah Diabetes Mellitus (DM) dengan Obesitas dan resistensi insulin juga faktor risiko kejadian CHF, DM secara klinis meningkatkan kemungkinan pengembangan gagal jantung pada pasien tanpa penyakit jantung

struktural dan berdampak buruk. Faktor risiko berikutnya adalah Sindrom Metabolik seperti: adipositas abdomen, hipertrigliseridemia, lipoprotein densitas tinggi rendah, hipertensi, dan hiperglikemia puasa. Pengobatan hipertensi, diabetes mellitus, dan dislipidemia yang tepat dapat secara signifikan mengurangi perkembangan gagal jantung. Penyakit Atherosklerotik Pasien dengan penyakit aterosklerotik diketahui seperti Pembuluh darah koroner, otak, atau perifer cenderung mengembangkan CHF.

c. Patofisiologi

CHF terjadi akibat kelainan struktur atau fungsi jantung yang menimbulkan efek secara klinis, sebagai kumpulan gejala yang berpotensi disebabkan oleh aritmia jantung, seperti palpitasi, kelelahan, memburuknya dispnea, atau dekompensasi bertahap yang konsisten dengan denyut prematur, takikardia ventrikel atau supraventrikular jangka pendek, dan fibrilasi atrium. Sehingga khas dikeluhkn pasien sesak napas, pembengkakan pergelangan kaki, dan kelelahan serta tanda-tanda tekanan vena jugularis yang meningkat, paru-paru kresak, dan denyut apeks yang hilang (McMurray et al., 2012). Penyebab paling umum CHF adalah gagal jantung iskemik, penyebab utamanya adalah infark miokard (MI). MI, yang merupakan penyebab utama kematian kardiovaskular dan gagal jantung, selanjutnya mengarah ke ventrikel kiri (LV) kelainan gerak dinding sekunder akibat remodeling ventrikel. (Y. Chen & Tan, 2020)

Study McMurray et al., (2012) penyebab CHF bervariasi di berbagai belahan dunia, setengah dari pasien CHF memiliki EF yang rendah yaitu HF-REF. HF-REF adalah jenis CHF yang paling dipahami dalam hal patofisiologi dan pengobatan, juga merupakan satu pedoman. Penyebab lainnya adalah penyakit arteri koroner (CAD) sekitar dua pertiga dari kasus gagal jantung sistolik, hipertensi dan diabetes juga merupakan faktor yang berkontribusi dalam kasus. Penyebab CHF sistolik lainnya meliputi infeksi virus, penyalahgunaan alkohol, kemoterapi (misalnya dengan doksorubisin

atau trastuzumab), dan kardiomiopati dilatasi yang masih 'idiopatik' (tidak diketahui, beberapa kasus ini mungkin memiliki dasar genetik). CHF-PEF memiliki epidemiologi dan etiologi yang berbeda, pasien dengan HF-PEF lebih tua dan lebih sering wanita dan obesitas. Mereka cenderung memiliki penyakit jantung koroner dan lebih cenderung memiliki hipertensi dan atrial fibrilasi (AF). Pasien dengan HF-PEF memiliki prognosis yang lebih baik daripada mereka dengan HF-REF. Pada pasien dengan disfungsi sistolik LV, perubahan maladaptif yang terjadi pada miosit yang bertahan dan matriks ekstraseluler setelah cedera miokard menyebabkan patologi ventrikel dengan dilatasi dan gangguan kontraktilitas, salah satu ukurannya adalah berkurangnya EF. Apa yang menjadi ciri disfungsi sistolik yang tidak diobati adalah perubahan ke perburukan progresif seiring waktu, dengan peningkatan pembesaran ventrikel kiri dan penurunan EF, meskipun pasien mungkin tanpa gejala pada awalnya. Dua mekanisme dianggap bertanggung jawab atas perkembangan ini, yaitu kejadian lebih lanjut menyebabkan kematian miosit tambahan Infark miokard berulang. Yang lainnya adalah respons sistemik yang disebabkan oleh penurunan fungsi sistolik, khususnya aktivasi neurohumoral. (McMurray et al., 2012)

Dua sistem neurohumoral kunci yang diaktifkan dalam HF adalah sistem renin-angiotensin-aldosteron dan sistem saraf simpatis. Selain menyebabkan cedera miokard lebih lanjut, respons sistemik ini memiliki efek merugikan pada pembuluh darah, ginjal, otot, sumsum tulang, paru-paru, dan hati, dengan patofisiologi yang bertanggung jawab atas banyak klinis akan sindrom HF, termasuk ketidakstabilan listrik miokard. Gangguan dari dua proses utama ini adalah dasar dari banyak perawatan efektif HF. Secara klinis, perubahan yang disebutkan di atas berhubungan dengan perkembangan gejala dan perburukan ini dari waktu ke waktu, yang mengarah pada penurunan kualitas hidup, menurunnya kapasitas fungsional, episode dekomposisi mengarah ke perawatan di rumah sakit (yang sering

berulang dan mahal untuk pelayanan kesehatan), dan kematian dini, biasanya karena kegagalan pompa atau aritmia ventrikel. Cadangan jantung terbatas pada pasien tersebut juga tergantung pada kontraksi atrium, kontraksi tersinkronisasi dari ventrikel kiri, dan interaksi normal antara ventrikel kanan dan kiri. Peristiwa antar waktu yang mempengaruhi pengembangan AF atau kelainan konduksi, seperti blok bundle cabang kiri (LBBB) atau memaksakan beban hemodinamik tambahan pada jantung yang gagal seperti anemia dapat menyebabkan dekomposisi akut. (McMurray et al., 2012)

d. Klasifikasi CHF

Gejala HF yang paling umum adalah sesak napas, kelelahan, intoleransi olahraga dan oedema perifer. Untuk menyatakan derajat status fungsional dan gejala pada HF, Klasifikasi Fungsional NYHA (New York Heart Association) adalah prediksi independen mortalitas (Agren, 2010), sebagai berikut:

NYHA I	Tidak ada batasan, latihan fisik biasa tidak menyebabkan kelelahan, dyspnoea, atau jantung berdebar
NYHA II	Keterbatasan sedikit dalam aktivitas fisik, nyaman saat istirahat tetapi aktivitas biasa menghasilkan kelelahan, dyspnoea, atau palpitasi
NYHA III	Keterbatasan aktivitas fisik, nyaman saat istirahat tetapi kurang dari aktivitas biasa menyebabkan kelelahan, dyspnoea, atau jantung berdebar
NYHA IV	Tidak dapat melakukan aktivitas fisik tanpa rasa tidak nyaman. Gejala gagal jantung hadir bahkan saat istirahat dengan peningkatan ketidaknyamanan selama aktivitas fisik apa pun

Klasifikasi fungsional NYHA merupakan informasi yang tentang keberadaan dan tingkat keparahan CHF. Kelas NYHA fokus pada kapasitas latihan dan status gejala penyakit. Tahap progresif seorang pasien pindah ke tahap yang lebih tinggi, intervensi terapeutik pada setiap tahap yang bertujuan memodifikasi faktor risiko (tahap A),

mengobati penyakit jantung struktural (tahap B), dan mengurangi morbiditas dan mortalitas (tahap C dan D). Klasifikasi fungsional NYHA mengukur keparahan gejala pada mereka dengan penyakit jantung struktural, terutama stadium C dan D. Klasifikasi fungsional NYHA adalah prediktor independen mortalitas. (Yancy et al., 2013)

e. Tanda dan gejala

Gejala yang ada pada pasien adalah sesak napas, kelelahan dan oedema menyebabkan hasil kesehatan yang buruk (Malik et al., 2013), adanya tanda retensi cairan seperti pembengkakan paru atau pembengkakan pergelangan kaki dan secara obyektif dari kelainan struktur atau fungsi jantung saat istirahat (Agren, 2010), sehingga mengganggu kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, keluhan sesak dengan konsumsi oksigen, dan kondisi lebih lanjut pada komorbiditas (Shu et al., 2019).

Gejala dan tanda-tanda yang dihasilkan dari retensi natrium dan air seperti oedema perifer dapat sembuh dengan terapi diuretic, tetapi gejala dan tanda mungkin sangat sulit untuk diidentifikasi pada orang gemuk, pada lansia, dan pada pasien dengan penyakit paru-paru kronis untuk itu penting pengkajian riwayat medis pasien (McMurray et al., 2012). CHF merupakan penyakit yang prognosnya buruk atau pada kejadian mortalitas sehingga pasien cenderung mengalami gejala depresi (H. Fan et al., 2014).

Menurut Tanai & Frantz, (2016) kegagalan pada fungsi jantung terjadi pada ventrikel kanan dan ventrikel kiri. Bila ventrikel kiri terjadi kegagalan maka muncul tanda dyspnea, ortophnea, batuk, rales pulmonal, takipnea, takikardia, kelemahan dan saturasi oksigen rendah, bunyi jantung tambahan S3 maupun S4 gallop terdengar dengan stetoskop. Pada kegagalan jantung ventrikel kanan maka akan muncul manifestasi klinis edema tungkai bawah, hepatomegaly dan distensi vena jugularis.

f. Penatalaksanaan Perawatan Pasien

Prinsip perawatan pasien dengan kondisi kronis adalah perawatan dengan keterlibatan keluarga atau intervensi dengan pemberdayaan pendekatan keluarga. Utamanya pada penduduk Negara bagian Timur intervensi pemberdayaan keluarga dalam bentuk dukungan dari keluarga bertujuan merubah atau membentuk perilaku (Beitin & Aprahamian, 2014). Study yang melaporkan bahwa kemanjuran intervensi keluarga yang spesifik terhadap budaya yang sangat kontroversi dimana mereka yang memiliki nilai-nilai tradisional yang tinggi menyuarakan apresiasi yang lebih baik dan kemauan yang lebih besar terhadap intervensi daripada berfokus pada individu pasien (Deek & Care, 2015). Dukungan keluarga berupa support sosial menunjukkan hasil yang lebih baik dan peningkatan kelangsungan hidup pada beberapa penyakit kronis, termasuk kanker dan penyakit ginjal tahap akhir. Meskipun mekanisme efek yang bermanfaat tidak diketahui, tetapi terbukti dalam pencapaian kepatuhan, akses yang lebih mudah ke fasilitas perawatan kesehatan, peningkatan status psikososial, gizi dan fungsi kekebalan tubuh, serta penurunan tingkat stres (Quest, Commons, & Plus, 2015).

2. Dukungan Keluarga

Keluarga merupakan faktor risiko yang mempengaruhi seseorang dalam berperilaku, mempengaruhi manajemen diri dan merupakan bagian atau wadah promosi kesehatan pada berbagai penyakit terutama pada penyakit kronis, keluarga efektif meningkatkan kesehatan fisik dan mengurangi masalah kesehatan lebih dari 72-84% dari pada perawatan biasa (Hartmann, 2010). Perawatan yang berpusat pada keluarga merupakan adopsi dari konsep keperawatan anak sakit (Coyne et al., 2011), dimana keluarga merupakan ikatan sosial dan tanggung jawab yang bertahan lama terutama dalam hal satu atau lebih anggota dimana didalam keluarga ada ketergantungan seseorang pada orang lain untuk dukungan dan kekeluargaan (Beitin & Aprahamian, 2014).

Pada kondisi kesehatan yang kronis peran keluarga sangatlah dibutuhkan untuk perilaku seperti makan sehat atau kegiatan minum obat, kemudian mengarah pada hasil klinis (Hartmann, 2010). Sama halnya pada penelitian Capistrant, Robin Moon, Berkman, & Maria Glymour, (2012) fungsi *care giver* melaporkan bahwa pasien sebagai penerima perawatan akan bantuan dalam pemenuhan kegiatan sehari-hari seperti aktivitas melintasi ruangan, berpakaian, mandi, makan, masuk dan keluar dari tempat tidur, penggunaan toilet, dan pengaturan minum obat. Perhatian penuh secara informal meningkatkan kualitas hidup yang lebih tinggi, kepuasan hidup, pengalaman berarti, dan tekanan psikologis yang lebih rendah (Kogler et al., 2014).

Pemenuhan perawatan pasien dengan kondisi kronis memerlukan peran keluarga yang peduli akan keadaan pasien, seperti penjelasan studi Malik et al., (2013) bahwa pasien dan keluarga memiliki kekhawatiran untuk keluhan seperti sesak nafas dan keparahan pasien kelemahan atau kekurangan energy. Sehingga membutuhkan dukungan serta pengalaman dari keluarga dalam perawatan pasien, disamping itu perlu pula diketahui *self-rated health* (SRH) keluarga dimungkinkan akan meningkatkan komorbiditas medis, fungsi fisik keluarga yang rendah berpengaruh positif ke pasien dan beresiko terhadap praktik klinis pasien juga berefek pada kebutuhan akan evaluasi kesehatan pasien (Von Kanel et al., 2019).

Perawatan berpusat pada keluarga dianjurkan dalam literatur untuk meningkatkan hasil pasien dan pemahaman pasien yang lebih baik tentang penyakit tergantung pada karakter individu (Foster, Whitehead, & Maybee, 2010). Oleh karena itu perlu mengatasi kondisi pasien dengan kepatuhan yang lebih tinggi terhadap instruksi perawatan diri, sehingga strategi yang dilaporkan termasuk terlibat dalam rangkaian perawatan diri yang lebih luas sambil juga membina kemandirian pasien, pemberian dukungan dan informasi serta membantu pasien mengintegrasikan perawatan diri ke dalam praktik sehari-hari (Deek & Care, 2015). Dalam hal ini kepercayaan pasien terhadap keluarga baik pasangannya sendiri, memiliki efek tersendiri dalam meningkatkan kesehatannya diwaktu yang

lama dengan kondisi kronis, seperti kemampuan harus mengubah gaya hidup mereka untuk menghindari komplikasi penyakit, melibatkan anggota keluarga ditemukan untuk membagi beban di antara anggota keluarga sehingga kesulitan yang dialami jauh lebih sedikit (Buck et al., 2014).

Keluarga merupakan penerapan intervensi akan dukungan terhadap kesehatan dan stabilitas pasien dengan penyakit kronik dengan nilai-nilai dan tradisi mereka (Beitin & Aprahamian, 2014). Adapun bentuk dukungan keluarga pada studi Rosland et al., (2015) diantaranya adalah dukungan pemenuhan kebutuhan fisiologis yaitu domain makan sehat, olahraga, manajemen diri, obat-obatan dan bentuk dukungan dengan komunikasi dalam bentuk informasi untuk mensaranai keputusan umum. Studi menggunakan kuesioner yang terdiri atas pertanyaan seberapa sering mereka menerima dukungan dari anggota keluarga; untuk makan sehat 'responden ditanya seberapa sering anggota keluarga membantu memahami label nutrisi atau memutuskan apa yang harus dimakan di restoran'. Responden kemudian melaporkan seberapa sering anggota keluarga mencoba membantu mereka dengan setiap domain secara keseluruhan dan merespons dengan memilih dari tidak pernah, jarang, beberapa hari, hampir setiap hari. Dukungan keluarga pada uji coba 74% pasien CHF dan 68% pasien diabetes melaporkan anggota keluarga paling sering membantu responden dengan makan sehat dan dengan tes klinis mandiri, dilakukan oleh pendamping pasien dominan signifikan pada pendamping berjenis kelamin laki-laki untuk perawatan diri pasien, hal tersebut dikarenakan responden keluarga perempuan lebih banyak aktivitas lainnya dalam keluarga. Dalam analisis multivariat, pengetahuan kesehatan yang rendah, status menikah / bersama dan fungsi keluarga secara independen terkait erat hubungannya dengan manajemen diri, namun hasil menunjukkan untuk jenis kelamin dan usia tidak terkait secara independen dengan dukungan keluarga. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa dukungan keluarga signifikan pada perawatan diri

pasien dengan penyakit kronis, mampu mengatasi hambatan dengan dukungan yang positif dan efektif.

Diketahui, pada analisis multivariat bahwa dukungan keluarga terdiri dari empat dimensi: instrumental, informasi, emosional dan penilaian. Keempat dimensi ini dimiliki keluarga pasien dengan penyakit kronis secara positif mempengaruhi kualitas hidup pasien dengan dengan hasil penelitian ditemukan bahwa 1/3 atau 35.9% pasien dengan dukungan keluarga yang baik sedangkan sisanya 2/3 masih dengan dukungan keluarga yang buruk, dimana interpretasinya adalah saat sesuatu yang tidak diinginkan terjadi seperti kondisi pasien tiba-tiba menurun / tidak sadar, kelemahan, dan atau karena kadar gula menurun, keluarga yang menyertai pasien dapat memantau kondisi pasien segera, meminimalkan kemungkinan efek emosional, dan memiliki hak untuk membuat keputusan untuk tindakan perbaikan yang lebih baik. (Saputri, Sitorus, & Zulkarnain, 2018)

Salah satu pendekatan yang yang berpusat pada keluarga diperkenalkan dari Negara Selandia Baru sejak tahun 1989 yaitu model 'Konferensi Kelompok Keluarga' atau *Family Group Conferences* (FGC) yang awalnya berfungsi sebagai proses pengambilan keputusan digunakan dalam kasus-kasus pelecehan anak, di mana para profesional mengembangkannya dan berpendapat bahwa pendekatan FGC adalah dukungan keluarga mencapai hasil melalui kontribusi keluarga. Keuntungan FGC keluarga merupakan sumber daya yang sudah ada dalam masyarakat, keluarga lebih mampu menemukan solusi yang bisa diterapkan konsisten dengan budaya, gaya hidup, dan sejarah mereka sendiri daripada para professional. Dengan kesehariannya terjalin pertemuan terstruktur di mana orang merasa saling membutuhkan sebagai jaringan sosial mereka mencapai tujuan sehubungan dalam kegiatan sehari-hari. Secara terstruktur; pertama menyusun rencana aksi dengan keterlibatan jaringan yang lebih luas dalam kekeluargaan, kedua menggunakan pemimpin mereka yang independen berkolaborasi dengan anggota keluarga lainnya, dan yang ketiga meluangkan waktu untuk

mengembangkan rencana. (Hillebregt, Scholten, Ketelaar, Post, & Visser-meily, 2018)

Studi oleh Thompson-Brazill, Tierney, Brien, Winger, & Williams, (2020) yang membahas *family-centered care* (FCC) di Amerika Serikat melaporkan bahwa perawatan pasien yang berfokus pada keluarga tidak hanya sebagai bentuk dukungan dalam komunikasi tetapi juga sebagai media membangun kepercayaan antara keluarga dan tim perawatan kesehatan. Kehadiran keluarga selama perawatan pasien penting untuk menyeimbangkan kebutuhan dan keinginan pasien dan keluarga dengan keharusan menjaga kondisi sehat maupun dimasa pemulihan setelah perawatan inap.

3. Self Efficacy dan Psikososial

Self-efficacy bersumber dari empat pilar utama pada diri yaitu pencapaian kerja/ penguasaan pengalaman, pengalaman, persuasi verbal dan keadaan fisiologis pasien. Diperkuat dengan temuan-temuan dari analisis-analisis mikro dari cara-cara perawatan secara enaktif, perwakilan, dan emotif yang mendukung hubungan hipotesa pada persepsi *self-efficacy* dan perubahan perilaku. Semakin banyak pengalaman seseorang, semakin besar pula perubahan dalam *self-efficacy* yang dirasakan dan dipengaruhi faktor yang telah diidentifikasi mempengaruhi proses kognitif dari informasi kemandirian yang timbul dari sumber-sumber enaktif, perwakilan, penasehat, dan emosi. (Fiedler, 2018). Aspek lain dari *self-efficacy* tidak berpengaruh oleh intervensi komunikasi, tetapi akan ternilai seiring perjalanan penyakit pasien/ pengalaman seseorang (Walczak et al., 2017). Penjelasan sumber *self efficacy* oleh (Bandura, 1997) :

- a. *Mastery Experience* (penguasaan pengalaman) : Keyakinan seseorang tentang kemampuannya dapat dipengaruhi oleh pengalaman (*experience*) pribadinya. Seseorang yang berpengalaman tentang sesuatu memiliki kepercayaan dan keyakinan diri untuk bertindak dan cenderung berpeluang untuk berhasil dalam tugasnya.

Setelah seseorang memiliki keyakinan (*Self Efficacy*), maka dia tahu apa yang diperlukan untuk mencapai keberhasilan melalui ketekunan dalam menghadapi kesulitan dan cepat kembali dari keterpurukan (tidak mudah menyerah). Sebaliknya, kegagalan karena kurangnya pengalaman akan membuat keyakinan dirinya hilang. Keberhasilan seseorang sangat ditentukan oleh penguasaan pengalaman dalam mengatasi hambatan dengan usaha yang gigih.

- b. *Role Modelling* (teladan/ panutan) : untuk mengembangkan *Self Efficacy* adalah pengalaman orang lain melalui contoh sosial (teladan sosial). Role model untuk *self-efficacy* sangat dipengaruhi oleh persepsi kesamaan dengan model. Semakin besar kesamaan dengan model (teladan) maka semakin besar pula kemungkinan seseorang mencapai keberhasilan atau kegagalan. Seseorang cenderung untuk mencari model atau teladan yang sama dengan dirinya. Keberhasilan orang lain dalam mencapai tujuannya yang memiliki kondisi yang sama dengan dirinya akan menjadi teladan. Melihat orang lain berhasil dengan upaya berkelanjutan menimbulkan keyakinan diri. Dengan kata lain pengalaman akan keberhasilan orang lain dapat menjadi motivasi bagi orang yang melihat untuk dapat meniru (duplicate). Dengan cara yang sama, ketika melihat kegagalan orang lain untuk mencapai sesuatu yang sama dengan dirinya maka hal tersebut juga akan mempengaruhi keyakinan diri seseorang.
- c. *Verbal persuasion* (persuasi verbal) : merupakan untuk memperkuat *Self Efficacy* seseorang. Bandura berpendapat bahwa ketika ada dukungan dari seseorang secara verbal meyakinkan untuk melakukan tugas kepada orang lain, maka orang yang didukung merasa lebih percaya bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk menyelesaikannya. Umpan balik konstruktif (*Constructive feedback*) sangat penting untuk menjaga keyakinan diri (*sense of efficacy*) yang membantu menghilangkan keraguan dalam dirinya.

- d. *Physiological arousal* (semangat fisiologis) : merupakan hal yang sangat mempengaruhi kekuatan *self efficacy* adalah gairah fisiologis. Bandura membagi *Physiological arousal* menjadi dua, yaitu gairah fisik (*physical arousal*) dan gairah emosional (*emotional arousal*). Kekuatan, stamina seseorang menentukan kemampuannya dalam mencapai tujuan, misalnya orang dengan keluhan lelah (*fatigue*) cenderung malas dan tidak cukup energi untuk beraktifitas. Mood, cemas, takut, stress, dan depresi menjadi bagian yang membuat seseorang tidak memiliki kemampuan dan keyakinan yang tinggi.

Ketika seseorang pada tahap awal terdiagnosis penyakit kronis seperti CHF, akan menemukan keadaan diri dengan pengontrolan yang kurang terhadap kondisi diri disebabkan menyimpulkan tidak yakin tentang kemampuan memulai dan mengawali kembali aktivitasnya secara mandiri seperti biasanya (Du et al., 2012). Pembelajaran dari Bandura, (1977) seseorang pada situasi tidak seperti biasanya, perlu mengembangkan strategi manajemen diri melalui meyakinkan diri pada kemampuannya dan keterampilan diri untuk membantu keadaannya, sebagaimana mekanisme perilaku manusia diperoleh dan diatur serta dirumuskan pada proses kognitif. Untuk perubahan psikologis dengan mengikuti prosedur berbasis kinerja. Sehingga, kinerja yang sukses menghasilkan pengalaman yang mengarahkan pada perubahan. (Fiedler, 2018) pada kondisi terdiagnosis kronis perlu intervensi yang efektif untuk mengarahkan pada kegiatan fisik yang menghasilkan perubahan perilaku, dengan konsep yang berkaitan dengan self-efficacy relevan pada praktik klinis dalam intervensi aktivitas fisik menghasilkan kesadaran diri akan kepatuhan sepanjang hidupnya. Efikasi adalah kepercayaan individu dalam kemampuannya untuk melakukan aspek-aspek unsur dari suatu tugas, untuk itu perlu memahami faktor-faktor dalam meningkatkan perubahan perilaku (Du et al., 2012)

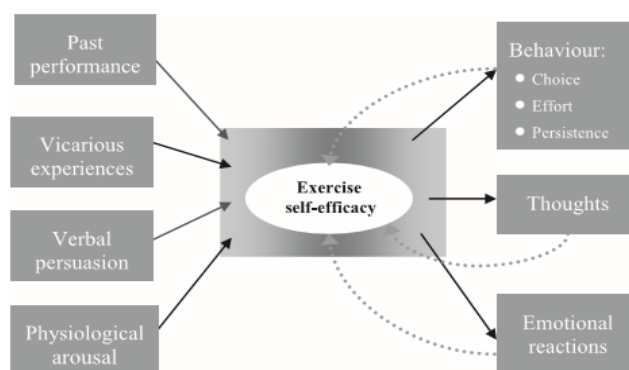


Figure 1 Concept of exercise self-efficacy (Bandura 1997). Hatched lines denote the reflexive relationship between behaviour, thoughts and emotional reactions.

2.2. Konsep *self efficacy*

Self Efficacy adalah factor yang sangat penting untuk perawatan diri, semakin tinggi *Self Efficacy* individu menghasilkan perawatan diri yang baik (Bandura, 1997). *Self efficacy* diperlukan pada perawatan diri dalam meningkatkan kesehatan seseorang dengan penyakit kronis (Okatiranti, Irawan, & Amelia, 2017).

Study di Cina bersumber pembelajaran *self-efficacy* dengan pengelolaan penyakit kronis, menggunakan skala *Self-efficacy* penyakit kronis untuk menilai *Self-efficacy for Managing Chronic Disease* (SECD) pada penderita CHF. Cakupannya terdiri atas *self efficacy* dalam mencegah kelelahan, ketidaknyamanan fisik atau rasa sakit, tekanan emosional, dan gejala lain atau masalah kesehatan yang dirasakan mengganggu kegiatan yang diinginkan atau saat melakukan kegiatan. *Self efficacy* disini secara umum bertujuan untuk menilai kepercayaan global dan kestabilan seseorang terhadap kemampuan mereka untuk menghadapi situasi yang menantang atau stres secara efektif dan mencerminkan kemampuan pemecahan masalahnya. Hasil study skor rata-rata total berkisar dari satu (sama sekali tidak percaya diri) hingga 10 (benar-benar percaya diri), dan skor total berasal dari rata-rata keenam item, Cronbach alpha 0.90. GSES memiliki 10 item yang dinilai pada skala Likert empat poin. Setiap item dinilai dari satu (sama sekali tidak benar) menjadi empat (sepenuhnya benar). skor berkisar antara 10-40, dan skor yang lebih tinggi menunjukkan efikasi diri umum yang lebih besar. Skala

tersebut telah menunjukkan validitas dan reliabilitas lintas budaya, alpha Cronbach adalah 0.88. (X. Fan & Lv, 2014) General Self-Efficacy Scale menurut R., Schwarzer & M., (1995) secara umum berkorelasi dengan emosi, optimisme, kepuasan kerja. Koefisien negatif ditemukan untuk depresi, stres, keluhan kesehatan, kelelahan, dan kecemasan. General *Self-Efficacy Scale* dapat diandalkan dan merupakan instrumen yang valid penggunaannya secara ekonomis dari efisiensi diri dalam studi multivariat dan untuk menyaring tujuan (Kurzform, Skala, Selbstwirksamkeit, & Romppel, 2013)

Pencapaian peningkatan kesehatan dan pengurangan biaya perawatan kesehatan pasien dengan penyakit kronis penting untuk mengukur efikasi diri melalui program pendidikan *Self-efficacy* dengan materi yang terkait dengan karakteristik perilaku pasien, sehingga pasien mampu beradaptasi terhadap penyakit kronis yang dialaminya dengan memprediksi tingkat motivasi, pendapat, suasana hati, reaksi emosional dan sikap (Vilela et al., 2019).

Studi Barello, Castiglioni, Bonanomi, & Graffigna, (2019) kebutuhan psiko-sosial juga menjadi kebutuhan adaptasi pasien maupun keluarga, menghasilkan keterkaitan antara pasien dan keluarga dalam pemenuhan kesehatan dengan kata lain keterlibatan dalam perawatan pada kondisi penyakit untuk pemantauan aspek fungsi pengasuhan. Peningkatan pelayanan kesehatan mental pasien dan sebagai sarana pendidikan akan kesehatan pasien berdasarkan dukungan keluarga yang dapat dilihat dari hasil kilinis pasien. Salah satu kesehatan mental pasien dengan masalah CHF adalah kesehatan psikososial yang dapat didapatkan dari keluarga, apabila kurangnya dukungan sosial pasien akan merasa kesepian dan hal tersebut adalah faktor kematian kardiovaskular (Stringhini et al., 2012). Selain itu ketiadaan dukungan sosial baik secara obyektif maupun subjektif dapat menimbulkan *efficacy* diri yang rendah sehingga risiko terkena penyakit kardiovaskular dan risiko kematianpun kemungkinan terjadi (Valtorta et al., 2016).

Studi Huffman et al., (2016) melaporkan dengan psikologis yang positif: mengatasi *efficacy* diri dan proses kognitif yang dapat mengatasi kemungkinan kejadian kematian pada pasien dengan masalah jantung. Salah satu bentuk peningkatan psikologis pasien adalah dengan kesehatan perilaku; seperti aktivitas fisik berdasarkan konstruksi psikologis positif terkait dengan perilaku. Teknik perilaku kesehatan seperti pemberian motivasi, yang dapat meningkatkan motivasi, dan meningkatkan *efficacy* diri. Sebaliknya dengan psikologis yang negative menimbulkan depresi, kegelisahan, energi, konsentrasi, tidur, dan kurangnya motivasi hal tersebut dapat memicu kematian pasien dengan masalah jantung.

4. Dukungan Keluarga dan Self-efficacy serta Psikososial

Studi meta analisis oleh Massimi et al., (2017) menyimpulkan bahwa perawatan pasien dengan masalah jantung merupakan masalah primer seluruh dunia dan semakin menunjukkan banyak kebutuhan perawatan. Untuk mencegah lonjaknya kebutuhan perawatan pasien di pelayanan rumah sakit dibutuhkan intervensi dengan dukungan keluarga, dengan penyediaan sistem perawatan melalui dukungan keluarga merupakan salah satu yang dapat mengurangi penggunaan ataupun kunjungan rumah sakit. Intervensi tersebut juga mengatasi masalah kesehatan masyarakat dan merupakan strategi pelayanan keperawatan, karena pasien mendapatkan perhatian khusus dari keluarganya sehingga dukungan keluarga mempengaruhi manajemen diri pasien yang juga meningkatkan efikasi diri pasien sehingga pasien berperilaku meningkatkan status fungsional kesehatannya.

Studi RCT yang dilakukan oleh tim Liljeroos, Ågren, Jaarsma, Årestedt, & Strömberg, (2015) berpendapat bahwa intervensi dukungan keluarga yang bersifat psikososial disertai dengan pendidikan tidak cukup untuk memenuhi semua kebutuhan pasien dengan masalah kronis jantung. Untuk meningkatkan hasil, intervensi individual dengan komponen mental, mungkin dibutuhkan. Tetapi pendidikan dan informasi kesehatan pasien memfasilitasi pasien dan pasangan untuk meningkatkan kontrol kesehatan. Partisipasi keluarga yang aktif untuk kontrol kesehatan pasien

meningkatkan perilaku perawatan diri dan meningkatkan keamanan. Saat gejala penyakit muncul, tempat pasien berkonsultasi ada pada keluarga dan keluarga yang mendukung kepatuhan pengobatan medis. Keluarga memahami bagaimana mendukung perubahan gaya hidup, mengikuti manajemen diri dan aktivitas yang mungkin dilakukan pasien. Psikososial individu adalah kelompok sosial dalam ikatan perkawinan yang mempengaruhi gaya hidup dan lingkungan. Kelompok sosial individu adalah keluarganya yang memberi dukungan dan mempengaruhi keyakinan kesehatan serta pelaksanaan perawatan pasien (Ratnawati et al., 2019). Intervensi dukungan keluarga untuk hasil psikososial pasien terbatas dan diperlukan lebih banyak penelitian, karena kemungkinan pendekatan pasien memilih anggota keluarga yang berpartisipasi lebih banyak pada dirinya. Dan individu yang tinggal bersama tidak selalu menjadi orang yang saling mendukung, jika pasien memilih anggota keluarga yang dia inginkan untuk diikutsertakan, memiliki hasil yang lebih baik pada efficacy diri dan psikososial untuk peningkatan kesehatannya (Liljeroos, Ågren, Jaarsma, Årestedt, & Strömberg, 2015)

Intervensi yang berpusat pada dukungan keluarga berkualitas baik jika tersedia sumber daya yang memadai, pendidikan yang tepat, dukungan untuk menjadi leader dan mendapatkan dukungan dari disiplin kesehatan lainnya (Coyne et al., 2011). Keterlibatan keluarga dianggap penting untuk *self-efficacy* pasien dalam keberhasilannya mencapai kemampuan perawatan diri pasien dengan penyakit kronis. Dan dapat dinilai pada beberapa tindakan psikometrik yang juga membantu mengukur aspek-aspek yang berdampak pada manajemen perawatan-diri, seperti sebagai efikasi diri, beban gejala dan kepatuhan minum obat (Alto & Smithkline, 2013). Adaptasi menjadi tambahan yang disarankan untuk meningkatkan dampak intervensi (Kirk et al., 2019).

Laporan study keterlibatan keluarga dalam hal ini pendamping atau pasangan pasien sebagai pemberi support pada pasien, melaporkan pendamping laki-laki merasakan banyak gangguan, kritik, dan perdebatan yang berhubungan dengan penyakit, sedangkan pendamping perempuan

melaporkan bahwa ketika mereka kontak dengan perdebatan akan kesehatan dari penyakit yang dialami, mereka mengabaikannya. Ketika ditanya tentang konsekuensi dari keterlibatan kontak mereka, mayoritas responden merasa senang (79%) atau lebih percaya diri tentang perawatan mereka (61%), dibandingkan dengan perasaan frustrasi, bersalah, atau merasa bingung (semuanya kurang dari 25%). (A. Rosland et al., 2015). Untuk itu perlu dipertimbangkan kesulitan yang dirasakan pasien jika perawatan yang berpusat pada keluarga mereka, memungkinkan untuk memasukkan keduanya yaitu pasien dan keluarga dalam perawatan kesehatan primer, perlu juga profesional perawatan kesehatan untuk pengawasan selama intervensi (Zakrisson et al, 2018).

Study Amtmann et al., (2019) dengan statistik deskriptif menghasilkan gambaran sampel dan memeriksa skor pada variabel dependen (*self-efficacy*) dan independen, mengidentifikasi faktor-faktor yang terkait dengan *self-efficacy*, model regresi linier multivariat diselesaikan dan model ini mencakup variabel independen berikut: jenis kelamin, status perkawinan, usia, pendidikan, pendapatan rumah tangga, diagnosis, fungsi fisik, kelelahan, sakit, kepuasan dengan partisipasi dalam peran sosial, depresi, dukungan sosial, ketahanan. Bentuk laporan pengukuran melalui koefisien korelasi *Pearson's* yang dinilai dihitung dan dibandingkan untuk memeriksa hubungan antara STAI (negara dan kecemasan sifat), *self-efficacy* (GSE) dan karakteristik sosial-demografi keluarga. Model regresi berganda mengeksplorasi karakteristik sosiodemografi yang mana *self-efficacy* adalah prediktor terkuat dari keadaan dan kecemasan. Kelompok terdiri dari 38 pria dan 69 wanita (usia rata-rata 20-80 tahun). Karakteristik sosiodemografi keluarga dengan Skor rata-rata dari kecemasan dan efikasi diri masing-masing adalah 51.55 (10.46), 43.54 (7.85) dan 32.09 (4.65). Mengenai perbandingan antara skor STAI dan karakteristik kategori keluarga, nampak bahwa signifikan berarti perbedaan kecemasan negara ditemukan antara jenis kelamin ($P = 0.009$), hidup bersama ($P = 0.002$) dan hubungan dengan pasien ($P = 0.004$). Skor kecemasan sifat hanya secara signifikan terkait dengan hidup bersama ($P = 0.005$) sementara tren

ditemukan dalam perbandingan dengan jenis kelamin ($P = 0.077$), dan hubungan dengan pasien ($P = 0.07$). (Mystakidou, Parpa, Panagiotou, Tsilika, & Galanos, 2012)

CHF merupakan kondisi kesehatan dengan lintasan kesehatan yang semakin menurun dan hasil klinis yang buruk, karena banyak tantangan kompleks bagi pemegang kepentingan pasien termasuk pasien sendiri keluarga, dokter, dan sistem perawatan kesehatan (Fang et al., 2015) dengan laporan study temuan kelangsungan hidup yang dinyatakan rendah pada pasien yang control kesehatannya pada professional jantung dibandingkan dengan professional berbasis keluarga, meskipun kedua perkiraan lebih rendah dari perkiraan model yang dihitung, menggunakan alat pendukung untuk memastikan penggunaan model prediksi prognostik meningkatkan penilaian risiko pada populasi pasien yang rentan dan, pada akhirnya, mengurangi rawat inap, meningkatkan kualitas hidup pasien, meningkatkan kelangsungan hidup, dan memastikan penggunaan optimal sumber daya perawatan kesehatan dengan hasil klinis Laboratory: Hemoglobin (g/dl) 134.8 ± 19.7 , Lymphocyte percentage (%) 22.4 ± 9.1 , Creatinine (mmol/L) 107.5 (84.7, 153.3), Uric acid (meq/L) 430 (359, 553), Sodium (meq/L) 138 (136, 139), Total cholesterol (meq/L) 4.1 (3.2, 4.8), BNP (pg/mL) 301 (95, 810). (Buchan et al., 2020)

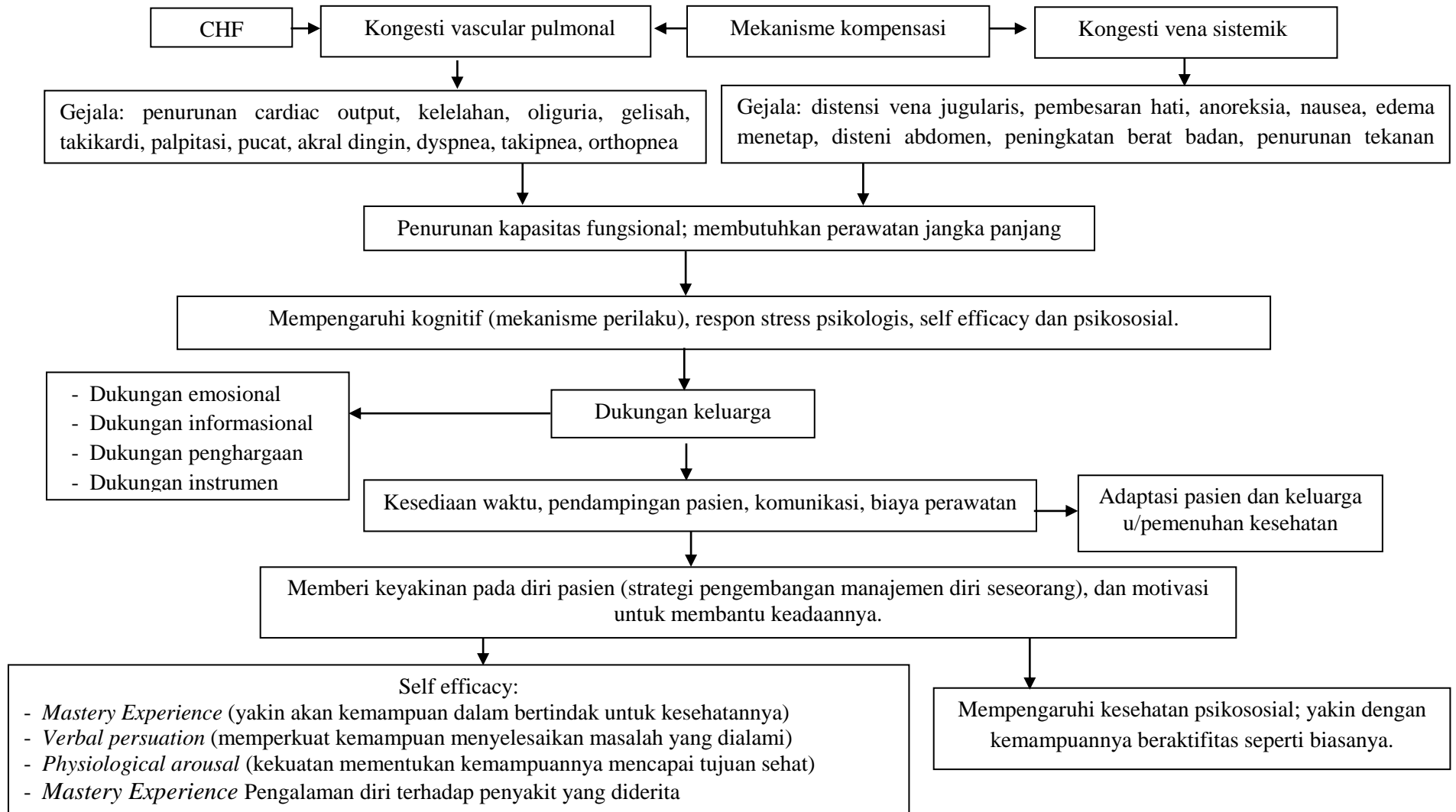
Managemen kesehatan pasien dengan CHF secara terstruktur bertujuan untuk meningkatkan hasil klinis pasien melalui pemberian pengetahuan tentang kepatuhan pengobatan, pemantauan diri dengan hasil-hasil klinis (McMurray et al., 2012), untuk itu pengembangan saat ini dengan pendekatan perawatan diri yang bertujuan sebagai kunci keberhasilan meningkatkan hasil klinis pasien (Riegel et al., 2016).

Penelitian (Srisuk, Cameron, Ski, & Thompson, 2014) di Thailand menyelidiki manfaat dari program pendidikan berbasis keluarga pada hasil kesehatan pasien dan perawat CHF. Aspek belajar untuk hidup bersama dan menyesuaikan diri dengan CHF, dengan pembelajaran tentang 1) Apa itu CHF?, 2) Bagaimana perasaan anda dengan CHF?, 3) jika dirasakan nyeri dada, apa yang harus Anda lakukan?, 4) Bagaimana Anda membuat

perasaan anda lebih nyaman dengan CHF?, 5) sebutkan obat-obat Anda?, 6) bagaimana dengan catatan kesehatan Anda?, 7) apakah rencana tindakan CHF Anda?, 8) apa yang dilakukan keluarga dan teman Anda?. Bukti dari keterlibatan keluarga dikonfirmasi oleh dokter yang merawat dengan ketentuan riwayat tanda dan gejala khas pada pemeriksaan fisik, disertai bukti objektif disfungsi jantung melalui ekokardiogram. Metode keterlibatan keluarga dilakukan pada anggota keluarga yang tinggal bersama dengan pasien, memandu pelaksanaan program pendidikan yang terdiri dari lima proses termasuk: desain, pelatihan, pengiriman, penerimaan, dan pemberlakuan. Jika pasangan dalam pasien akan menerima edukasi pengasuh pasien individual. Sesi pendidikan akan dilakukan di ruang pengajaran klinik rawat jalan. Kemudian dievaluasi untuk mengingat, menyampaikan pesan, mendorong, dan memeriksa pemahaman, dengan cara peserta diminta untuk mengulang informasi yang telah diberikan kepada mereka. Secara khusus, pada pasien dengan CHF, metode pengajaran dengan keterlibatan keluarga menjadi pendekatan yang efektif digunakan dalam mengevaluasi dan mendidik kemampuan perawatan diri pasien. tindak lanjut rutin, pemeriksaan fisik dan laboratorium, dan pengobatan.

C. Kerangka Teori

Sumber : (Yancy et al., 2013; McMurray et al., 2012; Hartmann, 2010; Beitin & Aprahamian, 2014; Kogler et al., 2014; Deek & Care, 2015; Kirk et al., 2019; Buchan et al., 2020; (Fiedler, 2018); (Hillebregt et al., 2018); (Huffman et al., 2016); Stringhini et al., 2012).



D. Sistematik Review

1. Defenisi

Sistematik review adalah tinjauan yang menyelidiki efektifitas atau kualitas suatu intervensi melalui pembelajaran secara terstruktur menggunakan uji coba secara terkontrol melebihi 50 peserta intervensi mengukur kognitif maupun perilaku yang terperinci pada analisis, desain, dan implementasi (Uman et al., 2010). Sistematik review merupakan tinjauan yang mensintesis temuan pada studi intervensi, dengan level tertinggi dari review artikel lainnya (Melynck & Overholt, 2015).

Sistematik review memiliki beberapa kesamaan dengan literature review lainnya tetapi sistematik review berfokus pada pertanyaan penelitian untuk pembuktian yang relevan. Untuk itu peninjauan study pada penyakit kronis paling umum dan merupakan study yang mahal diseluruh dunia (Pieper, Schröer, & Eilerts, 2019), sehingga perlu mengenal study berimplikasi sistematik review dengan cara study RCT tertera pada judul dan abstrak, data berbasis data eletronik, kelompok intervensi secara acak dan jelas (Uman et al., 2010).

Sistematik review bertujuan memungkinkan minimalnya sifat subjektif dengan mengembangkan teori baru dari teori sebelumnya sehingga dapat digunakan dan dikembangkan oleh penelti berikutnya, menyimpulkan serta membuat ringkasan dari beberapa study (Siddaway, Wood, & Hedges, 2019). Sintesis sistematik review bersifat menyeluruh dan tidak bias dari berbagai penelitian yang relevan dalam satu ulasan (Aromataris & Pearson, 2014). Sistematik review juga diartikan sebagai sintesis primer dari beberapa studi dengan topic ulasan menggunakan pertanyaan klinis dan psesifik, metode pencarian yang eksplisit untuk memilih studi dan kritis saat ditelaah menguraikan hasil sintesisnya (Green, 2005). Karakteristik dari sistematik review sebagai berikut (Aromataris & Pearson, 2014) :

- a. Pertanyaan dan tujuan penelitian terurai dengan jelas.
- b. Kelayakan artikel dengan ketentuan kriteria inklusi dan eksklusi.

- c. Mengidentifikasi semua studi yang relevan dengan pencarian secara komprehensif.
- d. Penilaian kualitas studi berdasarkan kualitas dari pelaporan validitas dari setiap hasil penelitian dan pelaporan artikel.
- e. Analisis data diambil dari penelitian yang disertakan.
- f. Presentasi dan sintesis dari temuan diekstraksi.
- g. Pelaporan menggunakan metodologi yang digunakan untuk melakukan tinjauan.

2. Tujuan

Tujuan dari systematic untuk mengurangi bias karena mensintesis semua study menggunakan meta-analisis dengan statistic untuk menyaring data yang hasilnya menjadi sumber informasi akan efek suatu intervensi (Birnie et al., 2014). Dan juga untuk meringkas literatur membantu para profesional perawatan kesehatan tetap memiliki informasi terbaru berdasarkan bukti terbaru (Munn, Tufanaru, & Aromataris, 2014). Karena artikel penelitian yang telah dilakukan ulasan terutama penelitian intervensi sudah terbukti kebenarannya berdasarkan evidence based (Melynk & Overholt, 2015). Penulisan sistematik review bertujuan untuk menjawab pertanyaan secara spesifik, relevan dan terfokus. Sistematik review juga mencari hasil riset, mensintesis hasil, dan mengidentifikasi gab serta riset (Torgerson, 2003). Sehingga artikel yang sudah dilakukan tinjauan dapat menjadi informasi atau referensi terbaru dan menjadi perbandingan pada beberapa artikel penelitian sebelumnya.

3. Langkah-Langkah Penulisan Sistematik Review

Langkah-langkah membuat sistematik review sebagai berikut (Munn et al., 2018):

- a. Membuat pertanyaan penelitian yang terstruktur
 Peneliti atau penulis membuat daftar PICO yaitu P: population adalah apa yang ingin direview, I: intervention apa yang akan diberikan dalam review, C: comparatif atau intervensi pembanding yang akan direview dan O: outcome atau hasil dari artikel yang diulas (Eriksen & Frandsen, 2018; Santos, Pimenta, & Nobre, 2007).

- b. Menetapkan kriteria inklusi
Peninjauan studi yang memenuhi kriteria inklusi, penyaringan atau intisari data dengan meninjau penulis, jumlah peserta, rentang usia, dan penetapan kriteria inklusi termasuk jenis methodology kuantitatif atau riset kualitatif (Wilt & Fink, 2007).
- c. Mencari artikel yang akan direview
Pencarian artikel ditetapkan tahun terbit dan rentang waktunya. Penggunaan jenis bahasa *English* atau *non English*. Jenis artikel yang ditetapkan apakah hanya berupa jurnal ataukah termasuk *conference proceeding*, opini ataupun laporan proyek. Strategi pencarian artikel telah ditetapkan sebelum melakukan sistematik review apakah secara elektronik, *search* dengan *database* dan *websites* atau pencarian secara manual dengan memasukkan kata kunci yang telah ditetapkan. Dan kriteria intervensi untuk mendapatkan beberapa studi yang layak (Pieper et al., 2019).
- d. Membuat critical appraisal
Menganalisa suatu artikel dengan menggunakan pendekatan *Randomized Control Trial* (RCT) dengan cara Critical Appraisal Skill Program (CASP). CASP merupakan proses evaluasi secara cermat dan sistematis terhadap suatu artikel penelitian untuk menentukan validitas, releabilitas dan penerapan hasil penelitian dalam praktik klinis (Abdullah & Firmansyah, 2012).
- e. Analisa data
Salah satu cara yang paling penting tinjauan sistematis review adalah analisa data dilakukan dengan proses mengekstraksi, mensintesis, dan menggabungkan data dari berbagai penelitian, tahapan ini proses kritis mengulas secara luas melampaui karakteristik pelaporan narasi secara subyektif dari tinjauan literatur tradisional. Data yang disintesis dalam tinjauan sistematis adalah hasil yang diekstraksi dari studi penelitian individu yang relevan dengan pertanyaan tinjauan sistematis, sehingga analisa sintesis membentuk bagian hasil tinjauan (Munn et al., 2014).

Hasil analisis ini disebut *evidence sintesis* karena telah mengelompokkan temuan *agregation*/pengelompokan.

f. Memaparkan temuan

Tahapan selanjutnya adalah pemaparan hasil atau temuan dari beberapa artikel, biasanya disebut dengan diskusi. Diskusi yang dimaksud yaitu penetapan hasil atau temuan dari pengelompokan yang telah dilaksanakan untuk dibuat kesimpulan konteks/hasil review. Hasil studi memaparkan pengetahuan yang mendasari asuhan keperawatan telah berubah dengan cepat (Aromataris & Pearson, 2014).

4. Beberapa Kelebihan Sistematis Review

Kelebihan sistematis review menurut Green, (2005) diantaranya:

- a. Memberikan pembuktian bagi praktisi klinis dan penulis dalam membuat keputusan yang tidak memiliki waktu cukup untuk mencari dan menelaah bukti primer berjumlah banyak.
- b. Mengatasi bias terkait ukuran sampel yang kecil, kekuatan statistik yang tidak cukup kuat dalam mengatasi variasi karena peluang efek yang dikaji tidak begitu besar.
- c. Meningkatkan kemampuan generalisasi dengan menggabungkan beberapa hasil penelitian dengan populasi yang bervariasi dibandingkan dengan hanya sebuah studi penelitian primer dengan sampel kecil dan berasal dari satu populasi.
- d. Dapat diperbaharui apabila terdapat penelitian primer terbaru yang dipublikasikan serta membantu mengidentifikasi bagian-bagian tertentu yang masih membutuhkan penelitian lebih lanjut.