



**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
PERAWATAN INTENSIF DI RSUD DR. ABDOER RAHEM  
SITUBONDO**

**SKRIPSI**

oleh

**Devi Humairah Irawan  
NIM 152310101006**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**



**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
PERAWATAN INTENSIF DI RSUD DR. ABDOER RAHEM  
SITUBONDO**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

oleh

**Devi Humairah Irawan  
NIM 152310101006**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2019**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan kepada:

1. Ibunda Salama, Ayahanda Musyahwan dan (Almh) adek Nafiza Dwi Irawan yang telah mencurahkan segenap keikhlasan do'a, kasih sayang dan cinta tanpa batas;
2. Almamater RA-MI An-Najah Ellak Laok Lenteng Sumenep, SMPN 1 Sumenep, SMAN 1 Sumenep, Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dewan guru serta dosen yang telah membimbing dan mendidik peneliti selama di bangku pendidikan;
3. Teman-teman MI An-Najah Ellak Laok, SMPN 1 Sumenep, SMAN 1 Sumenep, dan kelas A 2015 Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah menemani peneliti dalam menjalani hidup;
4. Sahabat-sahabat No Name yang telah setia menggenggam tangan peneliti untuk melewati beban hidup;
5. Teman-teman KeRis Hibah CARING; Titin Dwimala dan Anggi Sulistiyani yang telah membantu dan setia menemani peneliti dalam menyusun tugas akhir; dan
6. Semua pihak yang telah mendukung dan turut serta membantu dalam penyelesaian skripsi.

**MOTO**

“Allah Maha Lembut kepada terhadap hamba-hambaNya; Dia memberi rezeki kepada siapa saja yang dikehendakiNya (menurut peraturan yang telah ditetapkan), dan Dial ah Yang Maha Kuat, lagi Maha Kuasa”  
(terjemahan Qs. Asy-Syura: 19)\*

“Jika Allah menolong kamu, maka tak adalah orang yang dapat mengalahkan kamu; jika Allah membiarkan kamu (tidak memberi pertolongan), maka siapakah gerangan yang dapat menolong kamu (selain) dari Allah sesudah itu? Karena itu hendaklah kepada Allah saja orang-orang mukmin bertawakkal.”  
(terjemahan Qs. Al-Imron: 160)\*

---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 1998. *Al-Qur'an Terjemah dan Tajwid Warna*. Jakarta Pusat: Samad

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devi Humairah Irawan

NIM : 152310101006

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo” ini saya tulis berdasarkan hasil pemikiran saya sendiri kecuali beberapa kutipan yang telah disertai dengan sitasi. Apabila suatu hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah ini jiplakan, saya bertanggung jawab atas sanksi dari perbuatan tersebut. Demikian pernyataan ini saya tulis dengan sebenarnya tanpa ada tekanan atau paksaan dari pihak manapun.

Jember, Januari 2019

Yang Menyatakan,



Devi Humairah Irawan  
NIM 152310101006

**SKRIPSI**

**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
PERAWATAN INTENSIF DI RSUD DR. ABDOER RAHEM  
SITUBONDO**

oleh

**Devi Humairah Irawan  
NIM 152310101006**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep

**HALAMAN PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo” karya Devi Humairah Irawan telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Selasa, 22 Januari 2019

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Ns. Wantiyah, S.Kep., M. Kep  
NIP. 19810712 200604 2 001

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep  
NIP. 19880510 201504 1 002

Penguji I

Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep  
NIP. 19830505 200812 1 004

Penguji II

Ns. Rismawan Adi Yunanto, S.Kep., M.Kep  
NRP. 760018003

Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Jember



Ns. Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes  
NIP. 19780323 200501 2 002

**Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo** (*The Needs of Family Members of Intensive Care Patients in dr. Abdoer Rahem Hospital, Situbondo*)

Devi Humairah Irawan  
Faculty of Nursing, University of Jember

**ABSTRACT**

*Intensive care can change the psychological aspects of patients and families which are characterized by increasing anxiety, sleep disorders, stress and even depression. Meeting family needs is a way to reduce it. This study aims to analyze the needs of family members of intensive care patients in dr. Abdoer Rahem Hospital, Situbondo. This research used descriptive of quantitative approach with cross sectional design. A total of 74 respondents were recruited using purposive sampling technique. This study used Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) in Indonesian version with 36 valid statement items that validity value of CVI range 0.6-0.9 and 0.97 of reliability value. The results showed that average needs of indicator from the highest to the lowest were need for assurance [3.40 (SD: 0.26)], information [3.35 (SD: 0.30)], proximity [3.32 (SD: 0.51)], support [3.06 (SD: 0.39)] and comfort [2.96 (SD: 0.41)]. The most important needs was "to feel there is hope" and the least important was "to feel it is alright to cry". These results become a reference for nurses to provide health services to families based on psychosocial needs. Further research can identify factors that influence family needs in intensive care.*

**Keywords:** *Critical Care, Family members, needs, Intensive Care Unit*

## RINGKASAN

**Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo:** Devi Humairah Irawan, 152310101006; 2018: xix + 79 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Perawatan kritis memberikan pengalaman buruk baik kepada pasien maupun keluarga. Kondisi tersebut mengubah kehidupan keluarga secara cepat sehingga mampu mempengaruhi psikologis keluarga. Respon psikologis yang dapat muncul seperti meningkatnya kecemasan, gangguan tidur, stress bahkan depresi. Pemenuhan kebutuhan psikososial keluarga sebagai salah satu cara untuk mengurangi gejala tersebut.

Variabel penelitian yaitu kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo. Metode penelitian ini adalah deskriptif melalui pendekatan kuantitatif dengan desain *cross-sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *pusposive sampling* dengan perhitungan sampel melalui rumus Slovin. Sampel yang digunakan sebanyak 74 responden. Instrumen penelitian yang digunakan adalah *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)* versi bahasa Indonesia yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas pada penelitian Wantiyah dkk (2018).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan rata-rata kebutuhan keluarga yang dianggap sangat penting adalah kebutuhan memiliki harapan untuk kesembuhan pasien (3,86) dan kebutuhan tidak penting yaitu kebutuhan diperbolehkan untuk menangis (2,07). Rata-rata kebutuhan per indikator berurutan dari terbesar sampai terkecil yaitu kebutuhan akan jaminan [3.40 (SD: 0.26)], informasi [3.35 (SD: 0.30)], kedekatan [3.32 (SD: 0.51)], dukungan [3.06 (SD: 0.39)] dan kenyamanan [2.96 (SD: 0.41)].

Kebutuhan jaminan yang dianggap sangat penting adalah kebutuhan memiliki harapan untuk kesembuhan pasien dan yang dianggap tidak penting pada indikator ini adalah kebutuhan akan adanya tenaga kesehatan yang dapat dihubungi, ketika tidak ada keluarga yang menunggu di RS. Harapan akan kesembuhan pasien menunjukkan adanya respon psikologis yang dirasakan keluarga seperti kecemasan, kekhawatiran dan ketakutan. Respon tersebut dapat dikurangi dengan memberikan jaminan kepada keluarga mengenai perawatan pasien.

Indikator kebutuhan informasi yang sangat penting adalah mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya. Informasi tersebut dianggap mampu menurunkan kecemasan keluarga dan menjawab ketidakpastian yang selama ini dirasakan. Teknik komunikasi menjadi penting bagi perawat untuk menginformasikan hal tersebut dengan memahami perubahan kondisi psikis yang dialami keluarga. Keluarga membutuhkan tenaga kesehatan yang mampu memberikan informasi mengenai kondisi pasien. Hal ini menjadi penguat pada indikator kebutuhan informasi sebelumnya bahwa ketidakpastian yang dirasakan keluarga mempengaruhi tingkat kecemasan.

Indikator kebutuhan dukungan yang dianggap sangat penting yakni mendapatkan dukungan antar keluarga. Kebutuhan dukungan yang dianggap kurang penting adalah dukungan spiritual adanya tokoh agama yang mendampingi pasien. Keluarga lebih memilih untuk mendampingi pasien dengan pendekatan keagamaan secara langsung tanpa pihak ketiga atau melalui orang lain. Namun, keluarga juga tidak menolak jika RS menyediakan tokoh agama untuk mendo'akan kesembuhan pasien.

Indikator kebutuhan kedekatan yang sangat penting adalah adanya waktu kunjungan tambahan saat kondisi tertentu. Keluarga memiliki hubungan lebih intim dan merupakan komponen yang sangat penting bagi pasien. Indikator kebutuhan kenyamanan terpenting adalah tersedianya ruang tunggu di dekat ruang intensif. Kebutuhan kenyamanan fisik seperti fasilitas di dalam ruang tunggu yang disediakan oleh pihak rumah sakit dianggap kurang penting. Namun, keluarga juga berpendapat bahwa perbaikan fasilitas rumah sakit mampu meningkatkan kenyamanan keluarga.

Saran yang dapat diberikan kepada masyarakat yaitu keluarga diharapkan mampu memberikan dukungan kepada pasien untuk meningkatkan motivasi hidup dan tidak segan untuk menyampaikan kebutuhannya kepada pihak RS demi perbaikan pelayanan rumah sakit ke depan. Perawat diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga sesuai kebutuhan psikososial yang telah dikaji sebelumnya. Penelitian yang dapat dilakukan selanjutnya yakni perlu untuk mengetahui faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kebutuhan keluarga.



## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo" dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

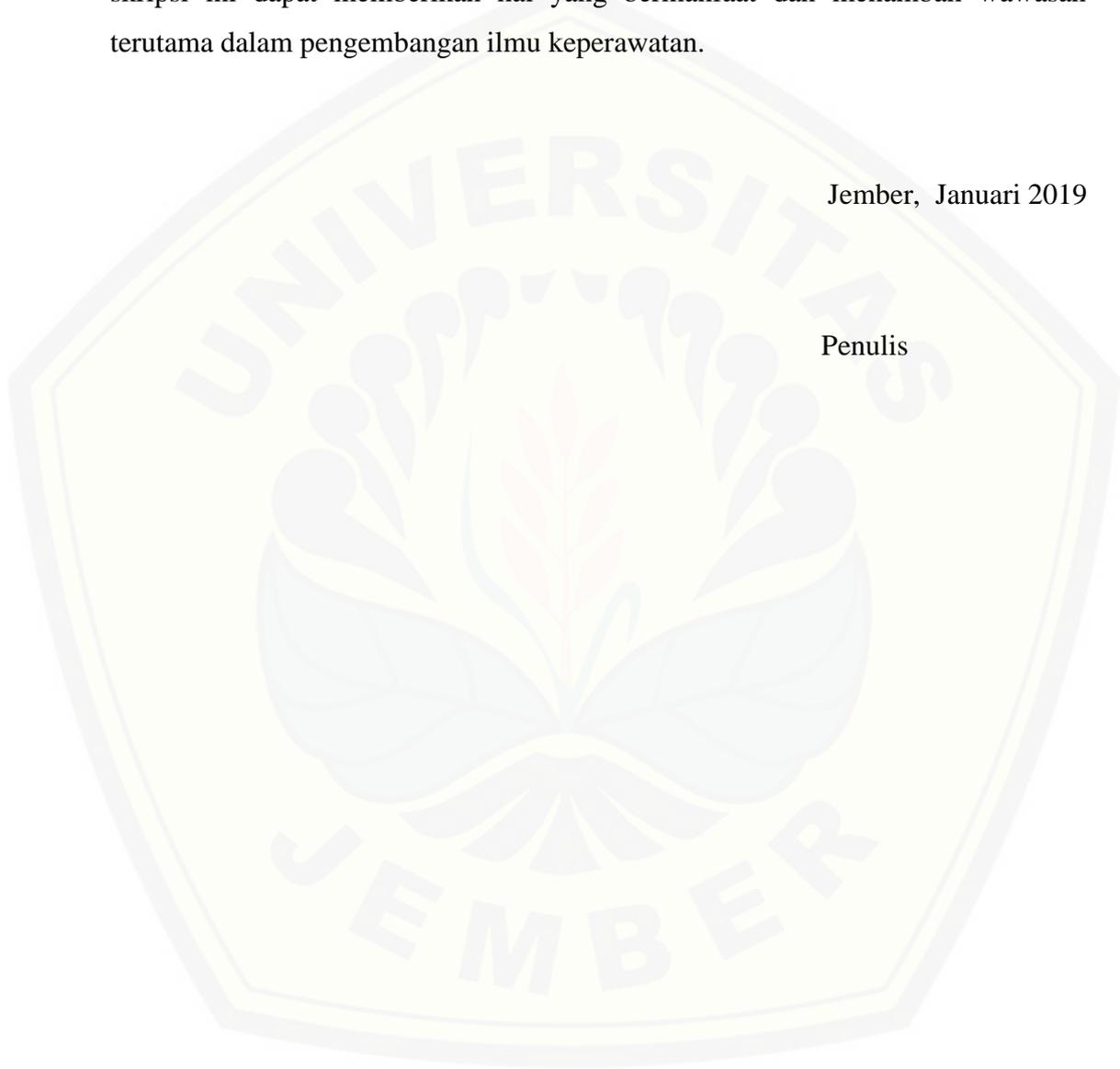
1. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Wantiyah, S.Kep., M. Kep selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan banyak waktunya untuk membimbing dengan sangat sabar demi kesempurnaan skripsi;
3. Ns. Murtaqib, S.Kp., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing dan memberikan arahan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
4. Seluruh petugas dan keluarga pasien perawatan intensif RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo yang telah bersedia membantu peneliti dalam pelaksanaan penelitian ini;
5. Ibunda Salama dan Ayahanda Musyahwan yang selalu memberikan do'a dan dukungan demi terselesaikannya pendidikan ini;
6. Sahabat No Name yang telah memberikan dukungan dan semangat untuk tidak pernah putus asa terhadap kebesaran Allah, serta telah menjadi keluarga kedua di Jember;
7. Teman-teman seperjuangan angkatan 2015 terutama untuk keluarga kelas A yang telah membantu dan memberikan dukungan demi terselesaikannya proposal ini; dan

8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna, baik dari segi materi maupun penyajiannya. Untuk itu saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan dalam penyempurnaan skripsi ini. Terakhir Penulis berharap, semoga skripsi ini dapat memberikan hal yang bermanfaat dan menambah wawasan terutama dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Januari 2019

Penulis



**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMBUNG.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>MOTO.....</b>	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>ix</b>
<b>PRAKATA.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xix</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan .....</b>	<b>4</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	4
<b>1.4 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>5</b>
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti .....	5
1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan .....	5
1.4.3 Manfaat bagi Pelayanan Keperawatan.....	5
1.4.4 Manfaat bagi Instansi Kesehatan di RS. Situbondo.....	5
<b>1.5 Keaslian Penelitian.....</b>	<b>6</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Konsep Perawatan Intensif .....</b>	<b>7</b>

2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Falsafah Asuhan Keperawatan Kritis.....	8
2.1.3 Ruang Lingkup Pelayanan ICU .....	8
2.1.4 Indikasi Masuk dan Keluar ICU .....	9
2.1.5 Klasifikasi Pelayanan ICU .....	11
<b>2.2 Konsep <i>Family Centered Care</i> .....</b>	<b>13</b>
2.2.1 Definisi.....	13
2.2.2 Elemen <i>Family Centered Care</i> .....	13
2.2.3 Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif .....	14
2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Keluarga.....	18
2.2.5 Instrumen Kebutuhan Keluarga .....	19
<b>2.3 Kerangka Teori .....</b>	<b>21</b>
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Kerangka Konsep.....</b>	<b>22</b>
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 Rancangan Penelitian .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel .....</b>	<b>23</b>
4.2.1 Populasi Penelitian.....	23
4.2.2 Sampel Penelitian.....	23
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	24
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian .....	24
<b>4.3 Tempat Penelitian .....</b>	<b>24</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian .....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 Definisi Operasional.....</b>	<b>25</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data.....</b>	<b>25</b>
4.6.1 Sumber Data.....	25
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	26
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	26
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	26
<b>4.7 Pengolahan dan Analisa Data .....</b>	<b>29</b>
4.7.1 Pengolahan Data .....	29

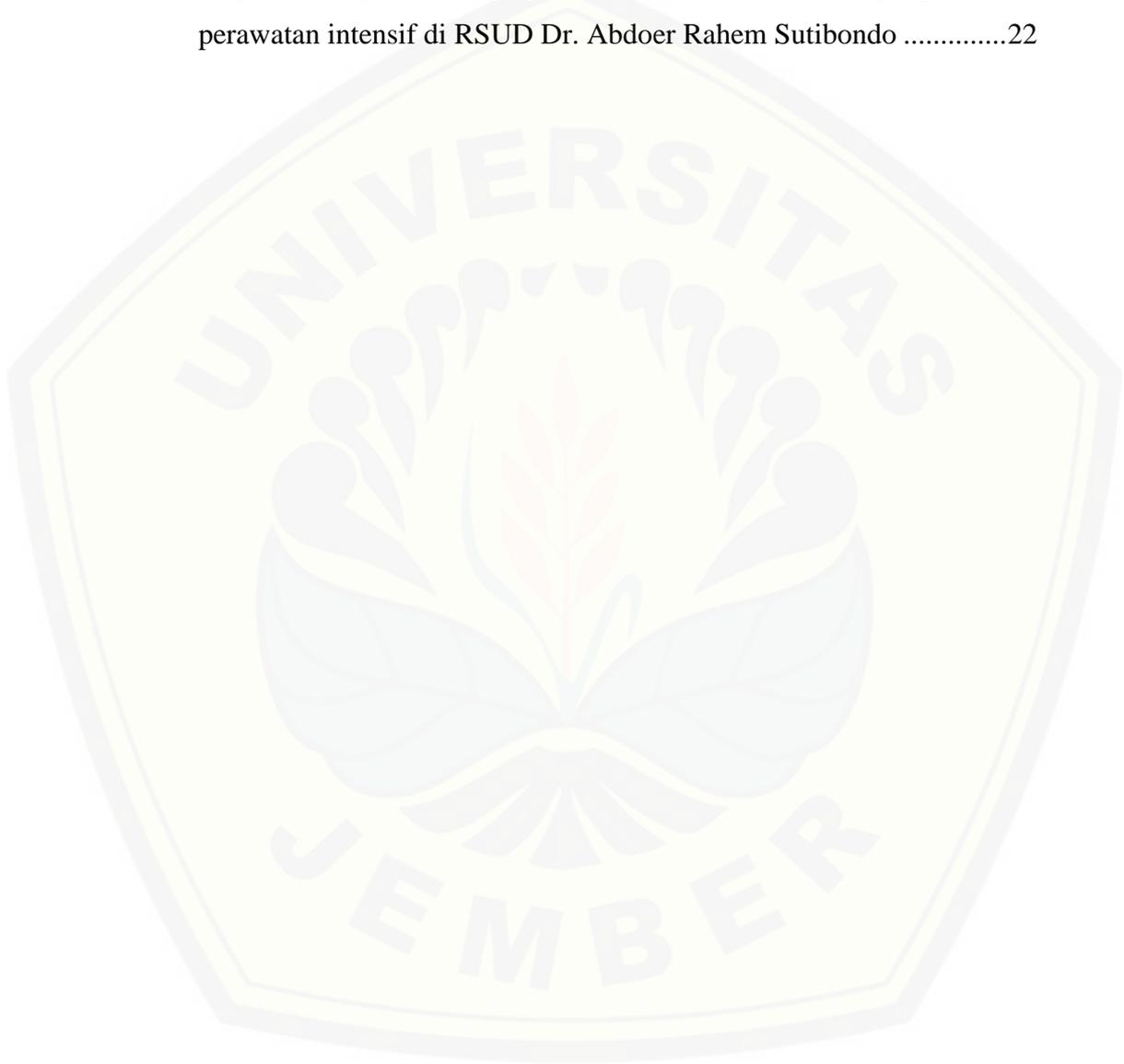
4.7.2 Analisa Data .....	29
<b>4.8 Etika Penelitian .....</b>	<b>30</b>
<b>BAB 5. PEMBAHASAN .....</b>	<b>32</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>32</b>
5.1.1 Karakteristik Responden .....	32
5.1.2 Gambaran Kebutuhan Keluarga .....	35
<b>5.2 Pembahasan .....</b>	<b>40</b>
<b>5.3 Implikasi Keperawatan .....</b>	<b>45</b>
<b>5.4 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>45</b>
<b>BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>46</b>
<b>6.1 Kesimpulan .....</b>	<b>46</b>
<b>6.1 Saran .....</b>	<b>47</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>48</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>53</b>

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
1.1 Keaslian penelitian.....	6
2.1 Klasifikasi kemampuan pelayanan ICU.....	12
4.1 Tabel penyusunan skripsi.....	25
4.2 Definisi Operasional .....	26
4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner CCFNI.....	28
5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia di ruang intensif RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo (n=74).....	28
5.2 Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, suku, agama, lama menunggu di ICU, pekerjaan dan penghasilan di ruang intensif RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo (n=74).....	32
5.3 Gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo (n=74).....	35
5.4 Daftar 10 item kebutuhan sangat penting dan tidak penting keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo (n=74).....	35
5.5 Kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap Jaminan (n=74).....	36
5.6 Kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap Informasi (n=74).....	37
5.7 Kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap Kedekatan (n=74).....	38
5.8 Kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap Dukungan (n=74) .....	38
5.9 Kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo terhadap Kenyamanan (n=74) .....	39

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Kerangka teori.....	21
3.1 Bagan kerangka konsep gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Sutibondo .....	22



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
4.1 Lembar <i>informed</i> .....	54
4.2 Lembar <i>consent</i> .....	55
4.3 Kuesioner CCFNI .....	56
4.4 Hasil Penelitian .....	59
4.5 Dokumentasi .....	72
4.6 Surat Keterangan Selesai Studi Pendahuluan .....	73
4.7 Surat Keterangan selesai Penelitian .....	74
4.8 Surat Hasil Uji Etik.....	75
4.9 Lembar konsul DPU dan DPA.....	76

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dikenal sebagai unit perawatan khusus yang dikelola untuk merawat pasien sakit berat dan kritis, cedera dengan penyulit yang mengancam nyawa dengan melibatkan tenaga kesehatan terlatih, serta didukung dengan kelengkapan peralatan khusus (Depkes, 2006). Keberadaan pasien di ruang ICU dapat memberikan pengalaman buruk terhadap keluarga (Ozbayir dkk., 2014). Kondisi tersebut mengubah kehidupan sebuah keluarga secara cepat. Perubahan yang terjadi diantaranya yakni peran dan tanggung jawab, serta perjuangan untuk menjaga keseimbangan antara merawat pasien, diri sendiri dan anggota keluarga lainnya (Koukouli dkk., 2018)

Perubahan kondisi dan tanggung jawab dapat mempengaruhi psikis keluarga. McAdam dkk (2010) menyebutkan beberapa gejala psikologis yang dirasakan keluarga yakni stress traumatis (56.8%), kecemasan (79.7%), dan depresi (70.3%) pada hari ketiga sampai kelima setelah pasien masuk ruang ICU. Gejala tersebut berhubungan dengan angka kejadian *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), kesedihan mendalam dan depresi yang muncul akibat stres berkepanjangan. Kecemasan dan penurunan kualitas hidup yang dialami keluarga pasien sering dikaitkan dengan beban finansial dan emosional yang signifikan. Masalah psikologis tersebut merupakan bagian penting dari *Post-Intensive Care Syndrome Family* (PICS-F) yang membutuhkan penanganan cepat dan tepat (Beesley dkk., 2018). Peningkatan rasa cemas, depresi dan gejala psikologis lainnya menyebabkan keluarga berlebihan atau meremehkan pilihan tindakan perawatan, sehingga hal tersebut akan mempengaruhi status kesehatan pasien (McAdam dkk., 2010).

Permasalahan psikologis yang dirasakan keluarga dapat diatasi salah satunya dengan memenuhi kebutuhan keluarga pasien. Penelitian Al-Mutair dkk (2014) menyebutkan bahwa pemenuhan enam item kebutuhan keluarga Saudi Arabia seperti informasi, jaminan, keterlibatan dalam perawatan, kedekatan, keyakinan spiritual dan dukungan dapat mengurangi tingkat kecemasan dan stress keluarga.

Koukouli dkk (2018) pada penelitiannya juga menyebutkan bahwa optimisme, dukungan dari keluarga dan spiritualitas menjadi bagian dari mekanisme coping keluarga pasien ICU. Sebaliknya, jika kebutuhan keluarga pasien tidak terpenuhi akan menyebabkan peningkatan tingkat stress. Hal tersebut terbukti pada penelitian Davidson dkk (2007) yang menyebutkan bahwa pembatasan kunjungan dapat mengurangi kedekatan pasien dengan keluarga berhubungan secara signifikan terhadap peningkatan stress keluarga. Kurangnya informasi mengenai kondisi pasien juga mengurangi tingkat kepuasan keluarga (Davidson dkk., 2007)

Pemenuhan kebutuhan keluarga sebagai salah satu upaya pelaksanaan pelayanan *Family Centered Care* melibatkan peran keluarga dalam perawatan pasien. Keterlibatan keluarga tersebut sebagai intervensi suportif untuk membantu kesembuhan pasien ICU (Davidson dkk., 2010). Pengkajian kebutuhan keluarga pertama kali diteliti oleh Nancy C. Molter pada tahun 1979. Instrumen ini terdiri dari 45 item kebutuhan keluarga dengan metode ranking menggunakan skala Likert 1 sampai 4, dengan 1= tidak penting dan 4= sangat penting (Molter, 1979). Tahun 1986, Leske mengadopsi dan mengembangkan instrumen tersebut yang kemudian dikelompokkan menjadi 5 subskala, yaitu kebutuhan jaminan, informasi, dukungan mental, kedekatan dan kenyamanan. Instrumen Molter dan Leske yang bernama *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) tersebut masih digunakan sampai saat ini (Mundy, 2010).

Kebutuhan jaminan perawatan pasien oleh keluarga yakni untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien. Anggota keluarga dapat mengajukan banyak pertanyaan kepada perawat untuk memastikan bahwa keluarga mereka menerima perawatan yang terbaik. Kebutuhan kenyamanan meliputi ketersediaan sarana prasana, seperti ruang tunggu keluarga yang nyaman (Munyiginya dan Brysiewicz, 2014). Penelitian Siah AA (2012) menganggap kebutuhan kenyamanan tidak terlalu penting, hal tersebut karena berfokus pada dukungan dan kedekatan antara keluarga dengan pasien.

Kedekatan pasien dengan keluarga pada beberapa penelitian sebelumnya menjadi kebutuhan utama, disebutkan bahwa kedekatan tersebut mampu mengurangi kecemasan keduanya. Namun, peraturan jam kunjung membantasi

kedekatan pasien dengan keluarga. Kebutuhan informasi dibangun dengan komunikasi efektif antara perawat dengan keluarga pasien. Informasi yang diberikan dapat dipahami anggota keluarga, konsisten, dan jujur (Koukouli dkk., 2018). Penelitian pada masyarakat Arab Saudi menambahkan aspek spiritual sebagai salah satu kebutuhan keluarga. Keluarga Arab Saudi memiliki keyakinan dan praktik penyembuhan spiritual yang termasuk iman kepada Allah, kepercayaan bahwa Allah Maha Penyembuh, membaca Al-Qur'an, do'a, dan amal shalih yang lainnya. Hal tersebut dapat mengurangi tingkat stress dan meningkatkan harapan keluarga (Al-Mutair dkk., 2014).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Dharmalingam dkk (2016) pada 60 keluarga pasien ICU di Malaysia menunjukkan bahwa kebutuhan akan Jaminan menjadi kebutuhan terbesar ( $M = 3,69$ ,  $SD = 0,34$ ) diikuti kebutuhan Informasi ( $M=3,59$ ,  $SD=0,37$ ) dan kebutuhan terkecil yakni kebutuhan Dukungan ( $M=3,01$ ,  $SD=0,58$ ). Penelitian yang sama dilakukan pada ruang ICU di Kigali, Rwanda menghasilkan bahwa kebutuhan terbesar keluarga yakni pada subskala jaminan, diikuti kebutuhan akan kenyamanan, informasi, kedekatan dan dukungan (Munyiginya dan Brysiewicz, 2014).

Penelitian kebutuhan keluarga pasien ICU yang dilakukan di Indonesia salah satunya dilakukan oleh Lukmanulhakim dan Firdaus (2018) pada 40 responden di Serang, mengemukakan bahwa terdapat 22 keluarga (55,0%) mengatakan terpenuhi akan kebutuhannya, sedangkan sisanya ( $n=18$ ) mengatakan kebutuhannya tidak terpenuhi (45,0%). Kebutuhan akan informasi menjadi kebutuhan yang paling banyak terpenuhi yaitu 26 keluarga (65,0%), dan dukungan mental merupakan kebutuhan yang paling banyak belum terpenuhi dengan persentase sebesar (57,5%) dari total 40 responden. Kegiatan wawancara dengan beberapa perawat dan keluarga pasien ICU di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo menghasilkan bahwa kedekatan keluarga dengan pasien adalah hal yang terpenting. Keluarga mengatakan dapat merasa lebih tenang saat berada di samping pasien.

Pemenuhan kebutuhan keluarga merupakan salah satu bagian dari tanggung jawab perawat dalam memberikan perawatan holistik (Morton *et al*, 2013). Upaya pemenuhan kebutuhan keluarga pasien ICU menjadi dasar dari pelayanan *Family*

*Centered Care* (FCC). Keluarga sebagai pemberi *support system* utama memiliki peran penting dalam menunjang kesembuhan pasien intensif. Berdasarkan permasalahan di atas, penting untuk mengetahui gambaran kebutuhan keluarga pasien intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo melalui pendekatan kuantitatif.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas dapat diambil rumusan masalah yaitu bagaimana gambaran kebutuhan keluarga pasien intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo.

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. mengidentifikasi kebutuhan jaminan pada keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo
- b. mengidentifikasi kebutuhan informasi pada keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo
- c. mengidentifikasi kebutuhan kedekatan dengan pasien pada keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo
- d. mengidentifikasi kebutuhan kenyamanan pada keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo, dan
- e. mengidentifikasi kebutuhan dukungan pada keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat bagi Peneliti**

Manfaat yang dapat diperoleh bagi peneliti yaitu peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam menganalisis kebutuhan keluarga pasien kritis di ruang ICU sebagai upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

### **1.4.2 Manfaat bagi Instusi Pendidikan**

Manfaat yang dapat diperoleh bagi instusi pendidikan yakni sebagai tambahan informasi dan studi literatur tentang kebutuhan keluarga pasien kritis untuk dikembangkan dalam penelitian selanjutnya.

### **1.4.3 Manfaat bagi Pelayanan Keperawatan**

Manfaat yang dapat diperoleh bagi pelayanan keperawatan yaitu meningkatkan kualitas perawatan secara holistik dan sebagai wujud tanggung jawab perawat dalam menjalankan tugas secara profesional.

### **1.4.4 Manfaat Instansi Kesehatan di RS. Situbondo**

Manfaat yang dapat diperoleh bagi instansi kesehatan RS Situbondo yakni sebagai acuan dalam penyusunan intervensi keperawatan untuk memenuhi kebutuhan keluarga pasien kritis.

## 1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian penelitian

	Penelitian Terdahulu			Penelitian Sekarang
Judul	Needs of adult family members of intensive care unit patients	Need and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study	The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda	Gambaran kebutuhan keluarga pasien intensif di RS. Situbondo
Variabel Dependen	-	-	-	-
Variabel Independen	Kebutuhan keluarga pasien ICU	Kebutuhan dan pengalaman keluarga pasien intensif	Kebutuhan keluarga pasien ICU	Kebutuhan keluarga pasien intensif
Tempat Penelitian	Amerika Serikat	8 rumah sakit yang tersebar di Saudi Arabia	Provinsi Kigali, Rwanda	RSUD Dr. Abdoer Rahem, Situbondo
Peneliti	Obringer dkk	Al-Mutair dkk	Munyinginya P and Brysiewicz P	Devi Humairah Irawan
Tahun Penelitian	2011	2013	2014	2018
Analisa Data	Mean dan Standar Deviasi	Interview	Mean dan Standar Deviasi	Univariate
Alat Ukur	CCFNI		CCFNI	CCFNI
Besar Sampel	45	12	40	60
Desain Penelitian	Deskriptif kuantitatif	Deskriptif kualitatif eksploratif	Deskriptif kuantitatif, <i>Convenience sampling</i>	cross-sectional study, <i>pusposive sampling</i>
Sumber Artikel/ <i>Search Engine</i>	Pubmed	PubMed	DOAJ, SAJCC	

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Perawatan Intensif

#### 2.1.1 Definisi

Pengertian perawatan kritis terkadang berbeda antara persepsi perawat, pasien dan keluarga. Perawat menganggap perawatan kritis sebagai perawatan kehidupan yang rapuh dengan pemeliharaan dan pengawasan yang cermat. Pasien dan keluarga sering menganggap perawatan kritis sebagai suatu tanda kematian yang akan terjadi. Persepsi tersebut muncul akibat pengalaman yang pernah terjadi pada pasien dan keluarga maupun pengalaman orang lain. Oleh sebab itu, perlu adanya komunikasi yang efektif untuk memberikan pemahaman mengenai perawatan intensif (Morton dkk., 2005).

Perawatan kritis atau intensif didefinisikan oleh *World Federation of Critical Care Nurses* sebagai suatu perawatan khusus pasien kritis yang memiliki gangguan organ vital secara aktual maupun potensial. *Critical Care Nurses Association of The Philippines* (CCNAPI) mengartikan perawatan kritis sebagai bagian keperawatan yang khusus menangani respons manusia terhadap masalah yang mencancam jiwa. Perawatan intensif berarti membantu, mendukung dan memulihkan kesehatan pasien atau meringankan kesakitan pasien dan mempersiapkan kematian yang bermartabat. Tujuan perawatan kritis yaitu untuk membangun hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga serta memberdayakan kemampuan fisik, psikologis, sosiologis, budaya dan spiritual individu dengan intervensi preventif, kuratif dan rehabilitatif (CCNAPI, 1996; Elliott dkk., 2012).

Pelayanan instalasi rawat intensif terdiri dari ICU, ICCU, HCU, *Recovery Room* dan NICU. Ruang lingkup pelayanan ICU meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak (Kemenkes, 2010). Pasien yang dirawat di ICU memiliki karakteristik khusus yang berbeda dengan pasien di ruang lainnya. Pasien yang dirawat di ICU adalah:

- a. pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*;

- b. pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode terapi titrasi; dan
- c. pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis.

### 2.1.2 Falsafah Asuhan Keperawatan Kritis

Falsafah yang harus dimiliki perawat di ruang intensif (PPP Hipercci, 2018) yakni berupa:

- a. memberi asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga dengan masalah fisiologis akut dan ketidakstabilan hemodinamik;
- b. lingkungan pekerjaan didukung dengan peralatan canggih;
- c. perlu pengetahuan tentang aspek fisiologis, patofisiologi dan farmakologi; dan
- d. mampu menggunakan teknologi tinggi untuk mengukur parameter fisiologi dengan tepat.

Berdasarkan falsafah di atas, seorang perawat ruang intensif harus meyakini (PPP Hipercci, 2018) beberapa hal seperti:

- a. setiap pasien memiliki kebutuhan individual dan berhak mendapatkan pelayanan terbaik
- b. perhatian *caring* dan *respect* dari team keperawatan;
- c. optimalisasi *Quality Of Life* (QOL) pasien didukung oleh faktor lingkungan internal, eksternal, fisik dan psikologis;
- d. pelayanan perawatan multidisiplin;
- e. lingkungan kerja didukung fasilitas yang memadai; dan
- f. kualifikasi tenaga perawat yang memiliki sertifikat khusus.

### 2.1.3 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU (Kemenkes, 2010) adalah sebagai berikut:

- a. diagnosis dan penatalaksanaan spesifik pada penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai hitungan hari;
- b. memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar;
- c. pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit iatrogenik; dan
- d. memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat atau mesin dan orang lain.

#### 2.1.4 Indikasi Masuk dan Keluar ICU

Pelayanan ICU diperuntukkan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien yang sakit kritis. Tujuan dari pelayanan ICU adalah memberikan pelayanan medik tertitiasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan (Kemenkes, 2010). Pasien sakit kritis meliputi:

- a. pasien-pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat, profesi lain yang terkait secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta memerlukan perhatian yang teliti, agar dapat dilakukan pengawasan yang ketat dan terus menerus serta terapi titrasi;
- b. pasien-pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan.

Keluarga pasien berhak untuk mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan perpindahan perawatan pasien ke ruang ICU dan tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat.

##### a. Kriteria masuk

Keadaan dengan intensitas pemakaian tempat tidur yang tinggi, pasien yang memerlukan terapi intensif (prioritas 1) didahulukan dibandingkan pasien yang memerlukan pemantauan intensif (prioritas 3). Penilaian objektif terhadap beratnya penyakit dan prognosis ditentukan berdasarkan kriteria prioritas masuk ke ICU (Kemenkes, 2010).

1) Pasien prioritas 1 (satu)

Pasien sakit kritis dengan kondisi tidak stabil yang memerlukan terapi intensif tertitrasi, seperti alat bantu suportif organ/system, infus obat-obatan vasoaktif kontinyu, obat anti aritmia kontinyu, pengobatan kontinyu tertitrasi, dan lain-lainnya. Contoh pasien pasca bedah kardiotorasik, pasien sepsis berat, dan pasien dengan gangguan keseimbangan asam basa serta elektrolit yang mengancam nyawa. Institusi setempat dapat membuat kriteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia, hipotensi di bawah tekanan darah tertentu. Terapi pada pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas.

2) Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien yang memerlukan pelayanan pemantau canggih di ICU, sebab sangat berisiko jika tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Contoh pasien dengan penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan major. Terapi pada pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas, karena kondisi medis yang senantiasa berubah.

3) Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien sakit kritis dengan ketidakstabilan status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasar atau penyakit akut secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan/atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil. Contoh pasien dengan keganasan metastatic disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan napas, atau pasien dengan penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Penanganan dilakukan hanya untuk megatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

4) Pengecualian

Pengecualian atas dasar pertimbangan dan persetujuan Kepala ICU dengan catatan bahwa pasien tersebut dapat dikeluarkan dari ICU agar fasilitas ICU

yang terbatas dapat digunakan oleh pasien prioritas 1, 2 dan 3. Pasien yang tersebut antara lain:

- a) pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dengan alasan memilih perawatan yang aman saja, seperti pasien *Do Not Resuscitate* (DNR);
- b) pasien dalam keadaan vegetatif permanen; dan
- c) pasien yang telah dipastikan mengalami kematian batang otak (MBO). Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU untuk menunjang fungsi organnya demi kepentingan donor organ.

b. Kriteria keluar

Prioritas pasien dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh Kepala ICU dan tim yang merawat pasien.

#### 2.1.5 Klasifikasi Pelayanan ICU

Pelayanan ICU di rumah sakit dibagi menjadi tiga kalsifikasi pelayanan yaitu (Kemenkes, 2012):

a. Pelayanan ICU Primer (standar minimal, pada rumah sakit kelas C)

Pelayanan ICU Primer mampu memberikan pengelolaan resusitasi segera untuk pasien gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyakit pada pasien medik dan bedah yang berisiko.

b. Pelayanan ICU Sekunder (pada rumah sakit kelas B)

Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang digariskan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelolaan trauma, bedah saraf, bedah vaskuler, dan lain-lainnya. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis yang lama, melakukan dukungan atau bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks.

c. Palayanan ICU Tersier (pada rumah sakit kelas A)

Pelayanan ICU tersier merupakan rujukan tertinggi untuk ICU, memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan atau bantuan hidup multi sistem

yang kompleks dalam jangka waktu yang tak terbatas. ICU ini melakukan ventilasi mekanis pelayanan dukungan atau bantuan renal ekstrakorporal dan pententuan kardiovaskuler invasive dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik.

Sedangkan klasifikasi kemampuan pelayanan ICU yakni sebagai berikut.

Tabel 2.1 Klasifikasi kemampuan pelayanan ICU

No.	Kemampuan Pelayanan		
	Primer	Sekunder	Tersier
1.	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru
2.	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik
3.	Terapi oksigen	Terapi oksigen	Terapi oksigen
4.	Pemasangan kateter vena sentral	Pemasangan kateter vena sentral	Pemasangan kateter vena sentral
5.	Pemantauan EKG, puls-oksimetri dan tekanan darah non invasive	Pemantauan EKG, puls-oksimetri dan tekanan darah non invasive	Pemantauan EKG, puls-oksimetri dan tekanan darah non invasive
6.	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi
7.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
8.	Pemeriksaan laboratoritu khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratoritu khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratoritu khusus dengan cepat dan menyeluruh
9.	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat
10.	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada
11.	-	Melakukan prosedur isolasi	Melakukan prosedur isolasi
12.	-	Melakukan hemodialysis intermiten dan kontinyu	Melakukan hemodialysis intermiten dan kontinyu

Sumber: *Kemenkes, 2010*

## 2.2 Konsep *Family Centered Care* (FCC)

### 2.2.1 Definisi

Keluarga sebagai komunitas terkecil dalam masyarakat memiliki pengaruh penting terhadap keterlibatan perawatan pasien di rumah sakit. Keterlibatan keluarga dalam perawatan mampu menurunkan dampak hospitalisasi terhadap anak. Perbaikan sistem terhadap keterlibatan keluarga diharapkan dapat menunjang kualitas pelayanan perawatan (Suza, 2016). Hal tersebut merupakan interpretasi dari elemen *Patient Centered Care* (PCC) yang terdiri dari peningkatan efikasi (*Improved Efficacy*), peningkatan keamanan (*Improved safety*), kesehatan masyarakat (*Improvement in Public Health*), dan kepuasan pasien (*Patient Satisfaction*) (Reynolds, 2009).

*Family Centered Care* (FCC) merupakan cara merawat anak-anak dan keluarga mereka dalam pelayanan kesehatan yang menjamin perawatan di sekitar keluarga, bukan hanya anak/individu, semua anggota keluarga diakui sebagai penerima perawatan (Jolley dan Shields, 2009). Konsep *Family Centered Care* dibangun atas dasar hubungan saling menghormati antara pasien, keluarga dan penyedia layanan kesehatan. Hal tersebut menggabungkan aspek perawatan fisik dan psikologis dari pengkajian sampai evaluasi (Elliott dkk., 2012).

Afeksi kedua dan kehadiran keluarga sangat dibutuhkan oleh pasien. Hubungan kepercayaan anak dengan keluarga sangat tinggi, terlebih keadaan hospitalisasi menguji keluarga dalam memenuhi fungsi afeksinya (Jolley dan Shields, 2009). Pemahaman tersebut memberikan gambaran terhadap perkembangan pelayanan kesehatan, bahwa keterlibatan keluarga menjadi hal penting dalam perawatan pasien. Optimalisasi FCC ditunjang dengan pengetahuan perawat tentang kebutuhan keluarga. Hal tersebut akan menjadi bahan pertimbangan dalam perencanaan perawatan pasien yang melibatkan keluarga.

### 2.2.2 Elemen *Family Centered Care* (FCC)

Karakteristik komponen FCC memiliki tiga ciri khas, yaitu: *respect*, kolaborasi dan *support*. *Respect* dinilai sebagai kondisi yang menempatkan keluarga sebagai orang tua, bukan pengunjung dan menganggap rumah sakit

sebagai rumah kedua. Kolaborasi antara perawat dan keluarga tidak hanya sebatas pada pengambilan keputusan, namun peran keluarga dalam perawatan pasien dinilai lebih luas. Dukungan keluarga dianggap menjadi kebutuhan utama pasien, sehingga dengan adanya keterlibatan keluarga pada FCC diharapkan mampu memberikan dampak positif bagi kesehatan. Ketiga karakteristik tersebut tertuang dalam sembilan elemen FCC (Jolley dan Shields, 2009; Elliot dkk., 2012) yakni sebagai berikut:

- a. mengenali keluarga sebagai bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem layanan kesehatan berfluktuasi;
- b. memfasilitasi kerjasama antara orang tua dan tenaga kesehatan profesional, terutama perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan;
- c. menghormati keanekaragaman ras, etnis, budaya, dan sosio-ekonomi keluarga;
- d. mengenali kekuatan keluarga dan individualitas serta menghormati metode perbedaan mekanisme coping dalam keluarga;
- e. memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada keluarga secara berkelanjutan;
- f. mendorong dan memfasilitasi dukungan keluarga;
- g. memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan anak dan keluarga sebagai bagian dari sistem perawatan kesehatan;
- h. menerapkan kebijakan yang komprehensif dan program-program yang memberikan dukungan emosional dan finansial untuk memenuhi kebutuhan keluarga; dan
- i. merancang sistem perawatan kesehatan yang fleksibel, dapat dijangkau dengan mudah dan responsif terhadap kebutuhan keluarga.

### 2.2.3 Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif

Pemenuhan kebutuhan keluarga sebagai salah satu upaya pelaksanaan pelayanan *Family Centered Care* melibatkan peran keluarga dalam perawatan pasien. Keterlibatan keluarga tersebut sebagai intervensi suportif untuk membantu kesembuhan pasien ICU (Davidson dkk., 2010). Tahun 1974 Molter mengidentifikasi 10 kebutuhan keluarga pasien ICU, yaitu:

- a. harapan;
- b. penyedia layanan kesehatan untuk merawat pasien;
- c. ruang tunggu di dekat pasien;
- d. informasi kepada anggota keluarga di rumah atas perubahan kondisi pasien;
- e. mengetahui prognosis;
- f. setiap pertanyaan dapat dijawab dengan jujur;
- g. mengetahui fakta prognosis secara spesifik;
- h. menerima informasi tentang pasien setiap hari;
- i. penjelasan dengan istilah yang mudah dimengerti; dan
- j. dapat melihat pasien secara berkala.

Kebutuhan keluarga pasien intensif kemudian diklasifikasikan menjadi lima sub skala oleh beberapa penelitian sebelumnya (Burns, 2014) yaitu sebagai berikut.

- a. Mendapatkan jaminan

Kebutuhan jaminan memiliki skor nilai kebutuhan tertinggi pada beberapa penelitian sebelumnya. Keluarga membutuhkan jaminan akan pelayanan terbaik yang diberikan kepada pasien, sehingga dapat mempertahankan harapan, kepercayaan diri dan rasa aman bagi keluarga. Keluarga membutuhkan jawaban atas pertanyaan yang diajukan untuk meyakinkan bahwa anggota keluarganya yang sakit mendapat perawatan yang terbaik.

Sub skala kebutuhan ini membutuhkan komunikasi yang efisien antara petugas kesehatan dengan keluarga. Petugas kesehatan dituntut untuk menyampaikan informasi secara jujur tentang kesehatan pasien dengan sedikit kalimat optimisme yang dapat membangun kembali harapan keluarga. Keluarga juga merasa perlu mengetahui fakta-fakta spesifik mengenai kemajuan pasien. Komunikasi non verbal seperti kontak mata, tersenyum dan ekspresi wajah lainnya juga dianggap penting untuk dipertahankan oleh petugas, karena hal tersebut dapat meyakinkan keluarga (Obringer dkk., 2012; Al-Mutair dkk., 2014; Muniyiginya dan Brysiewicz, 2014)

b. Berada didekat pasien

Keberadaan keluarga didekat pasien memberikan rasa tenang dan rasa syukur. Peraturan jam kunjung pasien rawat inap telah diterapkan hampir di seluruh rumah sakit, mengingat kehadiran keluarga atau orang terdekat menjadi pemberi dukungan terbesar bagi pasien. Sebagian keluarga menganggap jam kunjung yang fleksibel merupakan hal yang sangat penting. Keluarga yang berada di rumah merasa harus dihubungi jika ada perubahan kondisi pasien. Kedekatan semakin berarti apabila petugas kesehatan berkolaborasi dengan keluarga dalam merawat pasien. Keluarga mengaku hal tersebut dapat menurunkan kecemasan karena mengetahui kondisi pasien dan dapat merencanakan perawatan bersama dengan petugas kesehatan (Al-Mutair dkk., 2013; Muniyiginya dan Brysiewicz, 2014)

c. Mendapatkan informasi

Kejelasan tentang kondisi kesehatan pasien sangat diperlukan oleh keluarga, selain untuk menggambarkan harapan, pemberian informasi juga dapat mengurangi kecemasan, meningkatkan pengontrolan, dan membantu dalam pengambilan keputusan. Informasi yang dibutuhkan keluarga berupa diagnosis, prognosis dan perawatan. Sub skala ini dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan keluarga.

Damghi (2008) pada penelitiannya mengungkapkan bahwa keluarga dengan tingkat pendidikan tinggi menuntut penyampaian informasi lengkap dan jelas, sedangkan keluarga dengan tingkat pendidikan rendah menganggap semua informasi yang disampaikan petugas kesehatan adalah ucapan Tuhan. Mereka tidak banyak menuntut dan menerima apa adanya. Hal ini tentu menjadi penting agar informasi yang disampaikan kepada keluarga adalah informasi yang akurat dan mudah dipahami, karena informasi yang buruk mungkin memiliki konsekuensi negatif yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan keluarga dan memperburuk hubungan dengan penyedia layanan kesehatan (Damghi dkk., 2008).

d. Kenyamanan

Kenyamanan lebih diartikan sebagai kelengkapan sarana ruang ICU seperti telepon dan peralatan lain di ruang tunggu. Kenyamanan ruang tunggu keluarga dapat membuat penantian lebih mudah. Keberadaan keluarga yang menunggu pasien di ruang ICU membutuhkan periode atau waktu yang lama, sehingga tempat yang tidak nyaman dapat menyebabkan ketegangan (Munyiginya dan Brysiewicz, 2014).

e. Adanya dukungan

Pemberian dukungan oleh perawat bergantung pada kebutuhan keluarga, mengingat keadaan keluarga dalam merawat pasien dapat menimbulkan frustrasi, stress, depresi dan sebagainya. Petugas kesehatan dianggap sebagai orang yang ahli dalam merawat pasien, sehingga dukungan yang diberikan dapat menurunkan kecemasan dan ketakutan keluarga. Kebutuhan akan dukungan meliputi aspek dukungan emosional, fisik, kultural dan spiritual. Dukungan finansial dan bimbingan dalam mengatasi masalah juga dianggap penting (Al-Mutair dkk., 2013; Munyiginya dan Brysiewicz, 2014; Wetzig dan Mitchell, 2017).

Penelitian yang dilakukan oleh Kiernan M dan Carthy G (2010) mengangkat empat tema kebutuhan keluarga, yakni kebutuhan informasi, pemahaman situasi, kedekatan dengan pasien dan dukungan. Sedangkan aspek kenyamanan pada penelitian AA Noor S *et al* (2012) dianggap tidak terlalu penting, hal tersebut karena berfokus pada dukungan dan kedekatan keluarga dengan pasien. Penelitian pada masyarakat Arab Saudi menambahkan aspek spiritual sebagai salah satu kebutuhan keluarga. Keluarga Arab Saudi memiliki keyakinan dan praktik penyembuhan spiritual yang termasuk iman kepada Allah, kepercayaan bahwa Allah Maha Penyembuh, membaca Al-Qur'an, do'a, dan amal shalih yang lainnya. Hal tersebut dapat mengurangi tingkat stress dan meningkatkan harapan keluarga (Al-Mutair dkk., 2014).

#### 2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Keluarga

Kebutuhan keluarga bersifat relatif, artinya kebutuhan antara setiap anggota keluarga dengan keluarga lainnya berbeda berdasarkan beberapa faktor, yakni sebagai berikut.

##### a. *Family Gender*

Perbedaan gender dalam anggota keluarga memiliki hubungan signifikan dengan persepsi kebutuhan keluarga pasien ICU. Høghaug dkk (2012) pada penelitiannya menyebutkan bahwa anggota keluarga perempuan merasa lebih membutuhkan kenyamanan saat merawat anggota keluarganya di ICU. Berbeda dengan laki-laki yang tidak terlalu mementingkan hal tersebut. Kebutuhan dukungan, kedekatan, informasi, jaminan dan kedekatan oleh anggota keluarga perempuan lebih kuat diungkapkan daripada anggota keluarga laki-laki (Kynoch dkk., 2018).

##### b. Psikologis

Kecemasan sebagai manifestasi dari stress yang terjadi pada keluarga dapat mempengaruhi pemberian dukungan atau motivasi terhadap kesembuhan pasien. Depresi dan kegagalan *coping self efficacy* yang dialami keluarga meningkatkan kecemasan, sehingga kebutuhan keluarga akan berbeda dibandingkan dengan kondisi psikologis sebelumnya (Kynoch dkk., 2018).

##### c. Budaya atau kebiasaan

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa faktor budaya (*culture*) atau kebiasaan dalam keluarga termasuk salah satu faktor kuat yang mempengaruhi kebutuhan. Misalnya, keluarga pasien Asia sering terlibat langsung dalam pengambilan keputusan perawatan. Hal tersebut dikarenakan kedekatan keluarga dengan pasien yang sangat kuat tergambar pada budaya Asia, sehingga hal ini akan berpengaruh besar terhadap kebutuhan keluarga, terutama kebutuhan kedekatan dengan pasien (Lamore dkk., 2017).

##### d. Agama atau kepercayaan

Pertimbangan Agama atau kepercayaan dianggap sebagai salah satu yang mempengaruhi kebutuhan keluarga. Penelitian Al-Mutair dkk (2014) bahkan menyebutkan spiritual sebagai sub skala tambahan pada masyarakat Saudi

Arabia. Keyakinan kepada Tuhan dengan menganggap bahwa penyakit sebagai takdir yang harus dijalani dapat membuat kecemasan keluarga menurun. Kebutuhan spiritual tersebut dianggap sangat penting terutama pada saat akhir hidup pasien (*End of Life*). Keluarga merasa lebih nyaman dan tenang ketika kebutuhan ini terpenuhi (Brown, 2004; Al-Mutairi dkk., 2014).

### 2.2.5 Instrumen Kebutuhan Keluarga

#### a. *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI)

Instrumen ini dikembangkan oleh Molter dan Leske (1986), terdiri dari 45-item kebutuhan keluarga dengan skala Likert. Setelah dilakukan analisis faktor, Leske mengklasifikasikan ke dalam 5 sub skala, yaitu dukungan, kenyamanan, informasi, kedekatan, dan jaminan. Tujuan instrumen tersebut yakni untuk menghasilkan daftar prioritas kebutuhan spesifik keluarga, generalisasi instrumen yang mencakup beragam kebutuhan, dan menyediakan instrumen yang praktis dan bermanfaat (Mundy C, 2010).

Uji validitas dan reliabilitas instrumen ini telah dilakukan pada beberapa negara. CCFNI versi Turki ( $\alpha=0,93$ ) menghasilkan 3 subskala (dukungan-kenyamanan, kedekatan-jaminan, dan informasi) pada 40 item dengan nilai subskala tertinggi yaitu 0,8. Versi Malaysia ( $\alpha=0,93$ ) menghasilkan 42 item dengan 5 subskala dan ranking antara 0,72-0,81, sedangkan versi bahasa Cina ( $\alpha=0,90$ ), Kinyarwanda di Rwanda ( $\alpha=0,92$ ), Belanda ( $\alpha=0,90$ ) dan Persia ( $\alpha=0,89$ ) tetap 45 item. Penelitian di Indonesia oleh Saputra dan Utami (2015) menghasilkan uji validitas dan reliabilitas pada 43 item CCFNI yaitu berkisar antara 0,25 dan 0,6. Uji validitas baik *content* maupun *construct validity* yang dilakukan pada beberapa negara di atas menunjukkan instrumen CCFNI memiliki klasifikasi 5 subskala yang memudahkan interpretasi data (Bijttebier dkk., 2000; Chien dkk., 2005; Bandari dkk., 2014; Munyiginya dan Brysiewicz, 2014; Büyükçoban dkk., 2015; Saputra dan Utami, 2015; Dharmalingam dkk., 2016).

b. Kuesioner Kebutuhan Keluarga (KKK)

Instrument ini terdiri dari lima komponen pertanyaan tertutup tentang kebutuhan informasi, dukungan mental, rasa nyaman, kedekatan dengan pasien dan jaminan pelayanan. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan Bilogis, 5 pertanyaan Psikologi, 10 pertanyaan Sosial dan 5 pertanyaan Spiritual. Setiap pertanyaan memiliki dua pilihan jawaban yakni “Ya” dan “Tidak”, serta diikuti pertanyaan terbuka pada setiap akhir pertanyaan (Pradana, 2014).

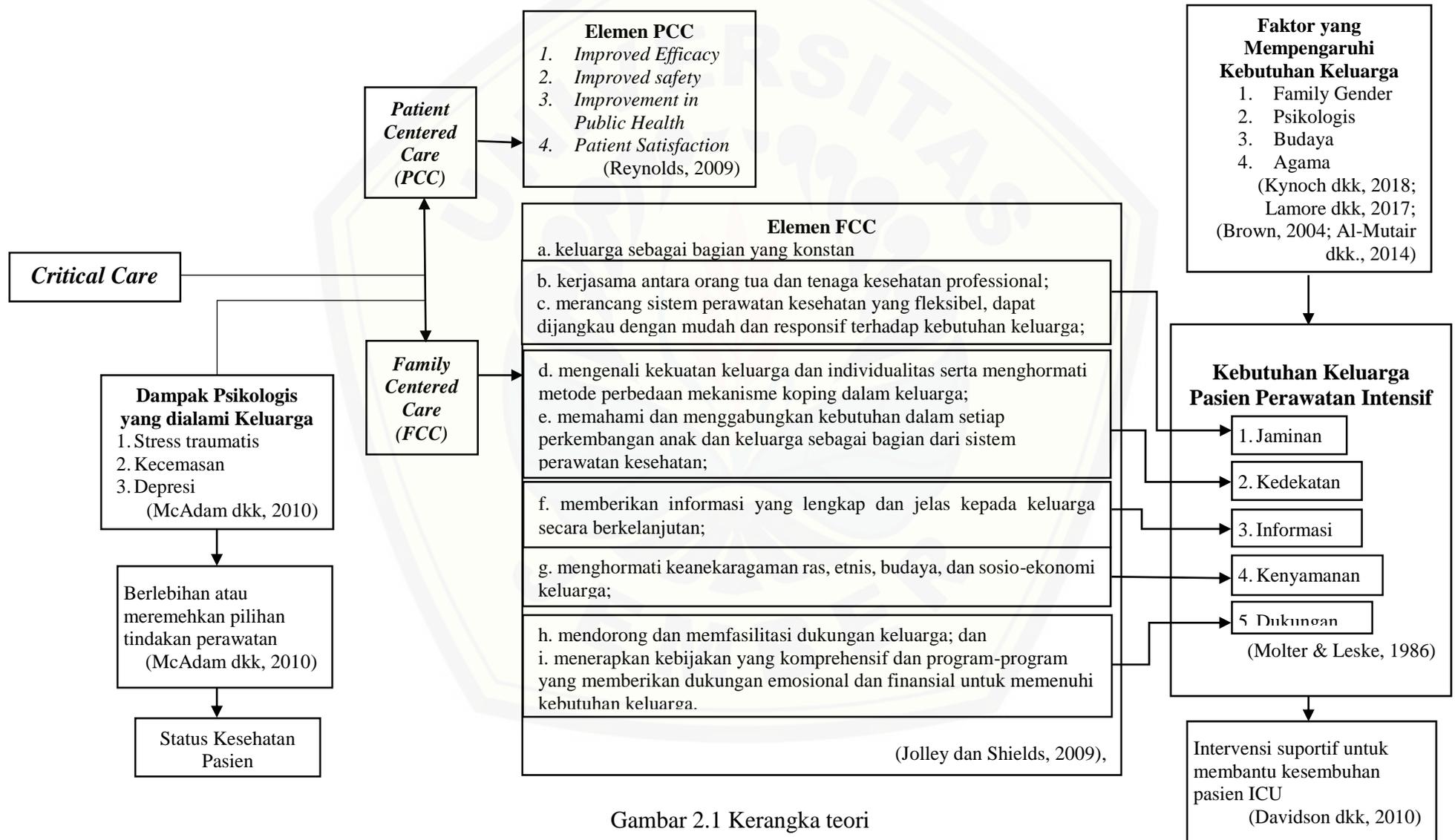
c. *Need Met Inventory* (NMI)

Instrument ini memiliki item pertanyaan dan sub skala yang hampir sama dengan CCFNI. Skala Likert yang digunakan yakni 1-4, dengan 1=tidak bertemu dan 4=selalu bertemu. NMI digunakan untuk mengukur persepsi pemenuhan kebutuhan keluarga pasien ICU. Uji validitas dan reliabilitas belum dilaporkan. Omari (2009) menyebutkan bahwa reliabilitas alpha Cronbach NMI yaitu 0,92 dengan rincian subskala dukungan (0,75), kenyamanan (0,68), informasi (0,79), kenyamanan (0,71) dan jaminan (0,82).

d. *Critical Care Family Satisfaction Survey* (CCFS)

Instrument ini bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan keluarga terhadap perawatan di ICU tentang kebutuhan jaminan, informasi, kedekatan, dukungan dan kenyamanan. Teknis penilaian tidak jauh berbeda dengan kuesioner CCFNI. Instrument ini juga menggunakan penilaian skala Likert dengan memberikan ranking kepuasan pada skala 1-5 (Karlsson dkk., 2011).

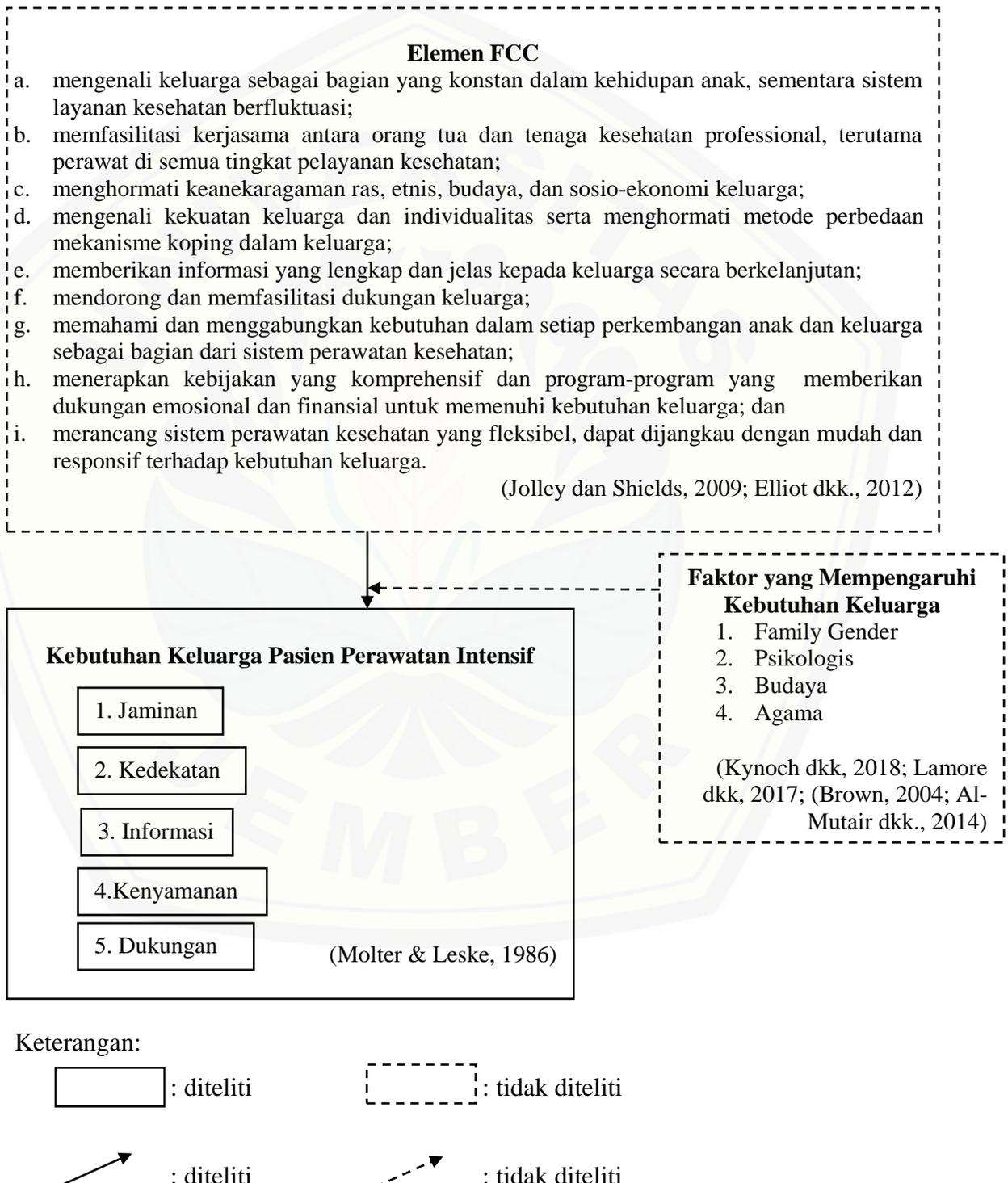
2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori

### BAB 3. KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Bagan kerangka konsep gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Sutibondo

## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan bagian dasar empiris dari sebuah penelitian yang bersifat analitis. Rancangan penelitian yang digunakan yakni deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Metode penelitian deskriptif bertujuan untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif. Penelitian ini bermaksud untuk mengangkat fakta, variabel, keadaan, dan fenomena yang terjadi selama penelitian berlangsung, tanpa memberikan perlakuan atau pengontrolan perlakuan pada subjek penelitian. Sedangkan pendekatan kuantitatif merupakan variabel dengan skala numerik atau metrik sehingga bisa ditransformasikan dan analisis statistika lengkap (Notoatmodjo, 2005; Wasis, 2008; Surahman dkk., 2016). Penelitian ini menggunakan desain *cross-sectional*, yakni pengambilan data hanya satu kali. Hasil penelitian dijabarkan ke dalam 5 subskala kebutuhan keluarga menurut Molter dan Leske (1986).

### 4.2 Populasi dan Sampel

#### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi atau universe adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2005). Populasi terbagi atas populasi yang jumlahnya diketahui secara pasti atau jelas (*finite*) dan populasi yang jumlahnya tidak diketahui secara pasti (*infinite*). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien yang sedang dirawat di ruang intensif RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo. Jumlah pasien di ruang intensif selama tiga bulan terakhir yaitu 390 pasien dengan rincian: bulan Juli 117 pasien, bulan Agustus 137 pasien dan bulan September 136 pasien. Rata-rata jumlah pasien ruang perawatan intensif per bulan yakni 130 pasien.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Bagian dari populasi yang menjadi objek penelitian disebut dengan sampel (Surahman dkk., 2016). Sampel pada penelitian ini adalah keluarga pasien perawatan intensif RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo sesuai kriteria penelitian yang berada di ruang rawat intensif pada bulan September sampai Desember 2018.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah *Purposive (Judgmental) Sampling*. Teknik sampling ini merupakan teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu sesuai kehendak peneliti (Setiadi, 2007). Pertimbangan tersebut berdasarkan hal spesifik yang tidak dapat digeneralisasikan. Rumus penentuan jumlah sampel pada penelitian deskriptif yaitu (Setiadi, 2007):

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

$$n = \frac{130}{1 + 130(0,05)^2}$$

$$n = 98$$

Keterangan:

N = besar populasi

n = besar sampel

d = tingkat kepercayaan yang diinginkan

Berdasarkan penghitungan di atas, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 98 sampel.

#### 4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

##### a. Kriteria Inklusi (kriteria yang layak diteliti)

- keluarga yang merawat pasien minimal dalam 18 jam
- berusia minimal 18 tahun
- dapat mengerti dan berbicara dengan bahasa Indonesia atau Madura
- sedang merawat pasien di rumah sakit saat pengambilan data

##### b. Kriteria Eksklusi (kriteria yang tidak layak diteliti)

- keluarga dengan gangguan mental dan pendengaran
- keluarga yang memenuhi kriteria inklusi tetapi menolak menjadi responden

### 4.3 Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di ruang perawatan intensif RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo. Alasan pemilihan tempat penelitian tersebut dikarenakan RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo merupakan rumah sakit rujukan dengan jumlah pasien perawatan intensif terbanyak di wilayah Situbondo.

### 4.4 Waktu Penelitian

Penyusunan proposal penelitian sampai dengan laporan hasil penelitian serta publikasi penelitian dari bulan Juli 2018 sampai Desember 2018.

Tabel 4.1 Tabel penyusunan skripsi

No	Kegiatan	Agustus				September				Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan Judul	■																			
2	Bab 1		■	■																	
3	Studi Pendahuluan				■																
4	Bab 2, 3 dan 4					■	■	■	■												
5	Uji Validitas dan Reliabilitas									■	■	■	■								
6	Ujian Seminar Proposal											■									
7	Revisi Seminar Proposal												■								
8	Penelitian													■	■	■	■				
9	Analisa Data																	■			
10	Konsultasi																		■	■	
11	Sidang Hasil																			■	

## 4.5 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala Ukur	Kategori
Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis	Hal-hal yang dibutuhkan keluarga pasien perawatan intensif selama menunggu atau merawat pasien di ruang perawatan intensif ( <i>Intensive Care</i> ) yang terdiri dari sub skala jaminan, kedekatan, informasi, kenyamanan dan dukungan.	a. Jaminan pelayanan b. Kedekatan c. Informasi d. Kenyamanan e. Dukungan	<i>Critical Care Family Need Inventory</i> (CCFNI) (Molter & Leske, 1986)	Interval	Skor kebutuhan keluarga diurutkan berdasar ranking prioritas kebutuhan. Skala likert terdiri atas: 1 = tidak penting 2 = cukup penting 3 = penting 4 = sangat penting

Hasil nilai yang diperoleh menunjukkan tingkat prioritas sub skala kebutuhan keluarga pasien intensif. Artinya semakin tinggi skor maka semakin tinggi kebutuhan keluarga terhadap sub skala tersebut.

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Data primer merupakan data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain (Setiadi, 2007). Data primer pada penelitian ini didapatkan dari hasil pengisian kuesioner *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) versi Bahasa Indonesia yang telah diuji validitas dan reliabilitas.

Data sekunder yaitu data yang diperoleh dari pihak lain, badan atau instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Data sekunder pada penelitian ini adalah data jumlah pasien yang menjalani perawatan intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo selama bulan September sampai Oktober 2018.

#### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Data dalam penelitian ini didapatkan dengan cara memberikan kuesioner kepada responden untuk mengetahui gambaran kebutuhan keluarga pasien ICU menggunakan CCFNI versi Bahasa Indonesia. Pengumpulan data hanya dilakukan satu kali pada setiap responden. Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini yakni sebagai berikut:

- a. peneliti akan menentukan responden yang menjadi objek penelitian melalui data sekunder jumlah pasien yang dirawat di ruang intensif;
- b. peneliti akan menemui Kepala Ruang Intensif (ICU/ICCU) untuk meminta ijin menemui keluarga pasien;
- c. peneliti akan meminta bantuan perawat yang sedang shift untuk menemui keluarga pasien;
- d. peneliti akan melakukan pendekatan terlebih dahulu dan meminta kesediaan responden dengan menandatangani *informed consent*;
- e. peneliti akan memberikan kuesioner CCFNI versi Bahasa Indonesia kepada responden diikuti dengan penjelasan pengisian kuesioner;
- f. apabila responden tidak berkenan untuk mengisi kuesioner secara langsung, peneliti akan membantu responden tersebut tanpa mengarahkan jawaban responden sesuai kehendak peneliti, kemudian peneliti akan melakukan validasi jawaban responden dengan meyakinkan pilihan jawaban tersebut; dan
- g. pengumpulan data akan dilaksanakan dalam 1 (satu) kali pertemuan terhadap masing-masing responden.

#### 4.6.3 Alat Pengumpul Data

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah CCFNI versi Bahasa Indonesia. CCFNI dipilih karena merupakan kuesioner yang mencakup aspek psikososial keluarga secara keseluruhan. Selain itu, uji validitas dan reliabilitas ke dalam beberapa versi bahasa telah banyak dilakukan. Hal tersebut menunjukkan sifat generalisasi sebuah alat ukur penelitian. Instrumen ini terdiri dari 45 item kebutuhan keluarga dengan metode ranking menggunakan skala Likert 1 sampai 4, dengan 1=tidak penting dan 4=sangat penting. Instrumen tersebut dikelompokkan

menjadi 5 subskala, yaitu kebutuhan jaminan, informasi, dukungan mental, kedekatan dan kenyamanan. Peneliti menggunakan instrumen CCFNI dengan 36 item yang telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas ke dalam versi Bahasa Indonesia oleh Wantiyah dkk (2018).

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner CCFNI

Variabel	Dimensi	Nomor Item	Jumlah Butir
Kebutuhan Keluarga pasien kritis	Kedekatan	6, 10, 26, 44	4
	Jaminan pelayanan	1, 3, 4, 14, 17, 28, 29, 36, 39,	9
	Dukungan keluarga	12, 21, 22, 24, 27, 31, 34, 37, 42	9
	Informasi	2, 11, 15, 16, 19, 25, 35, 40, 41, 43,	10
	Kenyamanan	7, 30, 32, 45	4
			36

*Sumber:* Wantiyah dkk (2018)

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas

Validitas merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa, sedangkan reliabilitas merupakan indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2005). Uji validitas dan reliabilitas kuesioner CCFNI versi Bahasa Indonesia telah dilakukan oleh Wantiyah dkk (2018). Uji validitas kuesioner ini terdiri atas *Content Validity*, yakni melalui *expert judgement* dosen Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan *Construct Validity* dengan  $r\ CVI > 0,86$ . Uji reliabilitas kuesioner tersebut menggunakan *Cronbach Alfa* yang dianggap reliabel jika nilai  $\alpha > 0,60$ , sebaliknya jika nilai  $\alpha < 0,60$  maka konstruk pertanyaan dimensi variabel dianggap tidak reliabel (Sujarweni, 2015). Hasil penelitian Wantiyah dkk (2018) menyebutkan bahwa terdapat 36 item pernyataan yang dianggap valid dan reliabel dengan rentang nilai CVI 0,6-0,9 dan nilai reliabilitas  $\alpha=0,97$ . Beberapa penelitian tentang uji validitas reliabilitas CCFNI sebelumnya ke dalam beberapa versi bahasa menghasilkan nilai yang cukup tinggi yakni sebesar  $\alpha=0,9$ , sehingga

instrumen ini dapat digunakan sebagai acuan untuk mengukur kebutuhan keluarga pasien intensif.

## 4.7 Pengolahan dan Analisa Data

### 4.7.1 Pengolahan Data

#### a. *Editing*

Kegiatan untuk melakukan pemeriksaan, pengecekan atau koreksi isian kuesioner isian formulir apakah jawaban kuesioner telah:

- Lengkap: semua jawaban responden pada kuesioner sudah terjawab
- Keterbacaan tulisan: apakah tulisannya cukup terbaca jelas
- Relevan: apakah ada kesesuaian antara pertanyaan dan jawaban
- Konsistensi jawaban: apakah tidak ada hal-hal yang saling bertentangan antara pertanyaan yang saling berhubungan.

Pengeditan dilakukan karena kemungkinan data yang masuk (*row data*) tidak memenuhi syarat atau tidak sesuai dengan kebutuhan. Kesalahan data dapat dihilangkan dengan cara membuang kuesioner yang berisi data tidak memenuhi syarat untuk analisis.

#### b. *Coding*

Kegiatan merubah data berbentuk huruf pada kuesioner menjadi bentuk angka/bilangan dalam upaya memudahkan pengolahan/analisis data di komputer. Peneliti memberikan kode yang telah ditetapkan pada masing-masing jawaban berdasarkan data karakteristik responden.

#### c. *Entry*

Kegiatan memasukkan atau entry data ke dalam komputer melalui pengetikan kode angka dari jawaban responden pada kuesioner ke dalam program pengolahan data komputer.

#### d. *Cleaning*

Kegiatan pemeriksaan kembali data hasil entry data pada komputer agar terhindar dari ketidaksesuaian antara data komputer dan koding kuesioner.

#### 4.7.2 Analisa Data

Analisa data pada penelitian ini adalah analisa univariat. Analisa ini bertujuan untuk menjelaskan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2005). Tujuan analisa yaitu untuk menganalisa data sub skala kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif yang terdiri dari skala jaminan, informasi, kedekatan, dukungan dan kenyamanan berdasarkan karakteristik responden dengan perhitungan rata-rata (mean), median dan standar deviasi. Analisa univariat berisi data numerik yaitu usia dan lama berada di rumah sakit serta data kategorik yang meliputi jenis kelamin, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan dan penghasilan.

#### 4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dinyatakan telah lulus uji etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember pada tanggal 9 Januari 2019 dengan No.228/UN25.8/KEPK/DL/2019, sehingga penelitian dianggap layak untuk dilakukan kepada responden. Etika penelitian terdiri atas beberapa prinsip (Polit dan Beck, 2010) yakni sebagai berikut:

##### a. *Beneficence*

Asas *beneficence* yakni peneliti berkewajiban untuk meminimalkan bahaya dan memaksimalkan manfaat. Peneliti harus dapat menghasilkan manfaat bagi responden maupun masyarakat pada umumnya. Prinsip ini terdiri atas beberapa dimensi, diantaranya:

##### 1) Hak Kebebasan dari Bahaya dan Ketidaknyamanan

Prinsip ini diimplementasikan dengan peneliti berkewajiban menghindari, mencegah atau meminimalkan bahaya terhadap responden. Bahaya atau ketidaknyamanan dapat terjadi dalam berbagai bentuk seperti fisik (misalnya cedera), emosional (stress), sosial (kehilangan dukungan sosial), keuangan (hilangnya upah). Peneliti pada penelitian ini tidak akan memberikan tindakan invasif yang membahayakan responden.

2) Hak Perlindungan dari Eksploitasi

Prinsip ini diimplementasikan dengan peneliti akan meyakinkan bahwa partisipasi responden atau informasi yang diberikan tidak akan digunakan untuk melawan mereka dengan cara apapun.

*b. Human dignity*

Peneliti pada prinsip ini bertugas untuk menghormati atau menghargai martabat responden sebagai manusia. Prinsip ini terdiri atas:

1) Hak untuk menentukan nasib sendiri (Otonomi)

Prinsip ini diimplementasikan dengan peneliti memberikan hak kebebasan tanpa paksaan kepada individu untuk memutuskan secara sukarela apakah akan berpartisipasi dalam penelitian, tanpa risiko atau perlakuan yang merugikan. Hak lainnya yaitu individu berhak mengajukan pertanyaan, menolak memberikan informasi dan menarik diri dari penelitian.

2) Hak Penjelasan Penuh

Prinsip ini berarti bahwa peneliti akan menggambarkan secara keseluruhan tentang sifat dari penelitian, hak individu untuk menolak partisipasi, tanggung jawab peneliti dan kemungkinan risiko serta manfaatnya.

*c. Justice*

Prinsip ini terdiri atas hak responden atas perlakuan yang adil dan kerahasiaan privasinya. Implementasi dari prinsip keadilan yaitu peneliti tidak akan mengabaikan atau mendiskriminasi individu dan kelompok tertentu, seperti orang-orang yang menolak untuk berpartisipasi atau menarik diri secara tidak pantas (Polit dan Beck, 2010). Peneliti akan menjaga privasi responden dengan memastikan bahwa informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya.

## BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo dapat disimpulkan bahwa:

- a. Rata-rata kebutuhan keluarga per indikator berurutan dari terbesar sampai terkecil yaitu kebutuhan akan jaminan [3,40 (SD: 0,26)], informasi [3,35 (SD: 0,30)], kedekatan [3,23 (SD: 0,51)], dukungan [3,06 (SD: 0,39)] dan kenyamanan [2,96 (MD: 0,41)]. Rata-rata kebutuhan terbesar yaitu kebutuhan memiliki harapan untuk kesembuhan pasien dan rata-rata terkecil yaitu diperbolehkan untuk menangis.
- b. Rata-rata kebutuhan jaminan terbesar yaitu kebutuhan memiliki harapan untuk kesembuhan pasien (3,86) dan rata-rata terkecil yaitu kebutuhan akan adanya tenaga kesehatan yang dapat dihubungi, ketika tidak ada keluarga yang menunggu di RS (3,11).
- c. Rata-rata kebutuhan informasi terbesar yaitu mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya (3,72) dan rata-rata terkecil yaitu mengetahui petugas RS yang merawat pasien (3,14).
- d. Rata-rata kebutuhan kedekatan terbesar yaitu ada waktu kunjungan tambahan saat kondisi tertentu (3,36) dan rata-rata terkecil yaitu kebutuhan mengunjungi pasien di ruang intensif (ICU/ICCU) bersama salah satu kerabat (3,00).
- e. Rata-rata kebutuhan dukungan terbesar yaitu kebutuhan mendapatkan dukungan antar keluarga (3,45) dan rata-rata terkecil yaitu kebutuhan akan berdiskusi tentang kebutuhan tokoh agama atau rohaniawan (misal: ustadz, pendeta, dll) (2,61).
- f. Rata-rata kebutuhan kenyamanan terbesar yaitu tersedia ruang tunggu di dekat ruang intensif (3,39) dan rata-rata terkecil yaitu diperbolehkan untuk menangis (2,07).

## 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan peneliti terkait hasil penelitian ini adalah

- a. bagi penelitian selanjutnya  
penelitian lebih lanjut untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif dan perbedaan persepsi kebutuhan keluarga menurut perawat dan keluarga pasien;
- b. bagi profesi keperawatan  
hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada keluarga pasien yang disesuaikan dengan kebutuhan setiap keluarga;
- c. bagi instansi kesehatan RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo  
penelitian ini dapat dijadikan referensi untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit terutama dalam memberikan jaminan perawatan terbaik dan pemberian informasi kepada keluarga mengenai perkembangan kondisi pasien secara berkala; dan
- d. bagi masyarakat umum  
keluarga diharapkan dapat memberikan dukungan lebih kepada pasien untuk meningkatkan motivasi hidup dan lebih terbuka untuk menyampaikan kebutuhannya secara langsung kepada pihak RS demi perbaikan pelayanan rumah sakit ke depan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abvali, A., H. Peyrovi, O. Moradi-Moghaddam, dan M. Gohari. 2015. Effect of support program on satisfaction of family members of icu patients. *Client Center Nursing Care*. 1(1):29–36.
- Al-Mutair, A. S., V. Plummer, R. Clerehan, dan A. O'Brien. 2014. Needs and experiences of intensive care patients' families: a saudi qualitative study. *Nursing in Critical Care*. 19(3):135–144.
- Al-Mutair, A. S., V. Plummer, A. O'Brien, dan R. Clerehan. 2013. Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 22(13–14):1805–1817.
- Bandari, R., M. Heravi-Karimooi, N. Rejeh, M. Mirmohammadkhani, M. Vaismoradi, dan S. Snelgrove. 2015. Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an iranian perspective. *Journal of Research in Nursing*. 20(5):401–422.
- Bandari, R., M. Heravi-Karimooi, N. Rejeh, A. Montazeri, F. Zayeri, M. Mirmohammadkhani, dan M. Vaismoradi. 2014. Psychometric properties of the persian version of the critical care family needs inventory. *Journal of Nursing Research*. 22(4):259–267.
- Beesley, S. J., R. O. Hopkins, J. Holt-Lunstad, E. L. Wilson, J. Butler, K. G. Kuttler, J. Orme, S. M. Brown, dan E. L. Hirshberg. 2018. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of icu patients. *Critical Care Medicine*. 46(2):229–235.
- Bergbom, I. dan A. Askwall. 2000. The nearest and dearest: a lifeline for icu patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 16(6):384–395.
- Bijttebier, P., D. Delva, S. Vanoost, H. Bobbaers, P. Lauwers, dan H. Vertommen. 2000. Reliability and validity of the critical care family needs inventory in a dutch-speaking belgian sample. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*. 29(4):278–286.
- Brown, J. A. 2004. "Let My Spirit Always Sing": A Descriptive Study of How Four Elderly Rest Home Residents View Spirituality and Spiritual Care at the End of Life. University of Wellington.
- Burns, S. M. 2014. *AACN Essentials of Critical Care Nursing*. Edisi third.
- Büyükçoban, S., M. Çiçeklioğlu, N. Demiral Yılmaz, dan M. M. Civaner. 2015. Adaptation of the critical care family need inventory to the turkish population and its psychometric properties. *PeerJ*. 3:e1208.
- Chien, W.-T., W.-Y. Ip, dan I. Y. . Lee. 2005. Psychometric properties of a chinese version of the critical care family needs inventory. *Research in Nursing &*

*Health*. 28:474–487.

Damghi, N., I. Khoudri, L. Oualili, K. Abidi, N. Madani, A. A. Zeggwagh, dan R. Abouqal. 2008. Measuring the satisfaction of intensive care unit patient families in morocco: a regression tree analysis. *Critical Care Medicine*. 36(7):2084–2091.

Davidson, J. E., B. J. Daly, D. Agan, N. R. Brady, dan P. A. Higgins. 2010. Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*. 33(2):177–189.

Davidson, J. E., K. Powers, K. M. Hedayat, M. Tieszen, A. A. Kon, E. Shepard, V. Spuhler, I. D. Todres, M. Levy, J. Barr, R. Ghandi, G. Hirsch, dan D. Armstrong. 2007. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: american college of critical care medicine task force 2004-2005. *Critical Care Medicine*. 35(2):605–622.

Depkes, R. 2006. Standar Pelayanan Keperawatan ICU. 2006.

Dharmalingam, T. K., M. R. Kamaluddin, dan S. K. Hassan. 2016. The needs of malaysian family members of critically ill patients treated in intensive care unit , hospital universiti sains malaysia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*. 12(2)

Elliot, D., L. Aitken, dan W. Chaboyer. 2012. *ACCCN's Critical Care Nursing*. Edisi 2. Australia: Libby Houston.

Fincham, J. E. 2008. Response rates and responsiveness for surveys, standards, and the journal. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 72(2):43.

Høghaug, G., M. S. Fagermoen, dan A. Lerdal. 2012. The visitor's regard of their need for support, comfort, information proximity and assurance in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 28(5):263–268.

Hweidi, I. dan F. Shannag. 2014. The needs of families in critical care settings-are existing findings replicated in a muslim population a survey of nurses' perception. *European Journal of Scientific Research*. 116(4):518–528.

Jacob, B. M., C. Horton, S. Rance-ashley, T. Field, R. Patterson, C. Johnson, H. Saunders, T. Shelton, J. Miller, dan C. Frobos. 2016. Needs of patients' family members in an intensive care unit with continuous visitation. *American Journal of Critical Care*. 25(2):118–125.

Jolley, J. dan L. Shields. 2009. The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*. 24(2):164–170.

Karlsson, C., A. Tisell, & Engström, dan B. Andershed. 2011. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nursing in Critical Care*. 16(1):11–18.

Kemenkes, R. 2012. Laporan akhir riset fasilitas kesehatan 2011. 409.

- Kemenkes, R. I. *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) Di Rumah Sakit*. 2010
- Koukouli, S., M. Lambraki, E. Sigala, A. Alevizaki, dan A. Stavropoulou. 2018. The experience of greek families of critically ill patients: exploring their needs and coping strategies. *Intensive and Critical Care Nursing*. 45:44–51.
- Kynoch, K., A. Chang, F. Coyer, dan A. McArdle. 2018. Developing a model of factors that influence meeting the needs of family with a relative in icu. *International Journal of Nursing Practice*. (June):e12693.
- Lamore, K., L. Montalescot, dan A. Untas. 2017. Treatment decision-making in chronic diseases: what are the family members' roles, needs and attitudes? a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 100(12):2172–2181.
- Liew, S., T. Dharmalingam, G. Ganapathy, R. Muniandy, J. Ngu, dan L. Ng. 2018. Need domains of family members of critically-ill patients : a borneo need domains of family members of critically-ill patients : a borneo perspective. *Borneo Journal of Medical Sciences*. 12(2):27–33.
- Lukmanulhakim dan W. Firdaus. 2018. Jurnal ilmu keperawatan dan kebidanan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*. 09(1):104–110.
- McAdam, J. L., K. A. Dracup, D. B. White, D. K. Fontaine, dan K. A. Puntillo. 2010. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Critical Care Medicine*. 38(4):1078–1085.
- McKiernan, M. dan G. McCarthy. 2010. Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 26(5):254–261.
- Meneguín, S., T. D. de Souza Matos, H. A. Miot, dan C. F. Pollo. 2018. Association between comfort and needs of icu patients' family members: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 0–3.
- Molter, N. C. 1979. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 8(2):332–339.
- Morton, P. G., D. Fontaine, C. M. Hudak, dan B. M. Gallo. 2005. *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*. Edisi 8. USA: Lippincott Williams & Wilkins Inc.
- Mundy, C. A. 2010. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal of Critical Care*. 19(2):156–163.
- Munyiginya, P. dan P. Brysiewicz. 2014. The needs of patient family members in the intensive care unit in kigali, rwanda. *Southern African Journal of Critical Care*. 30(1):5.
- Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Obringer, K., C. Hilgenberg, dan K. Booker. 2012. Needs of adult family members

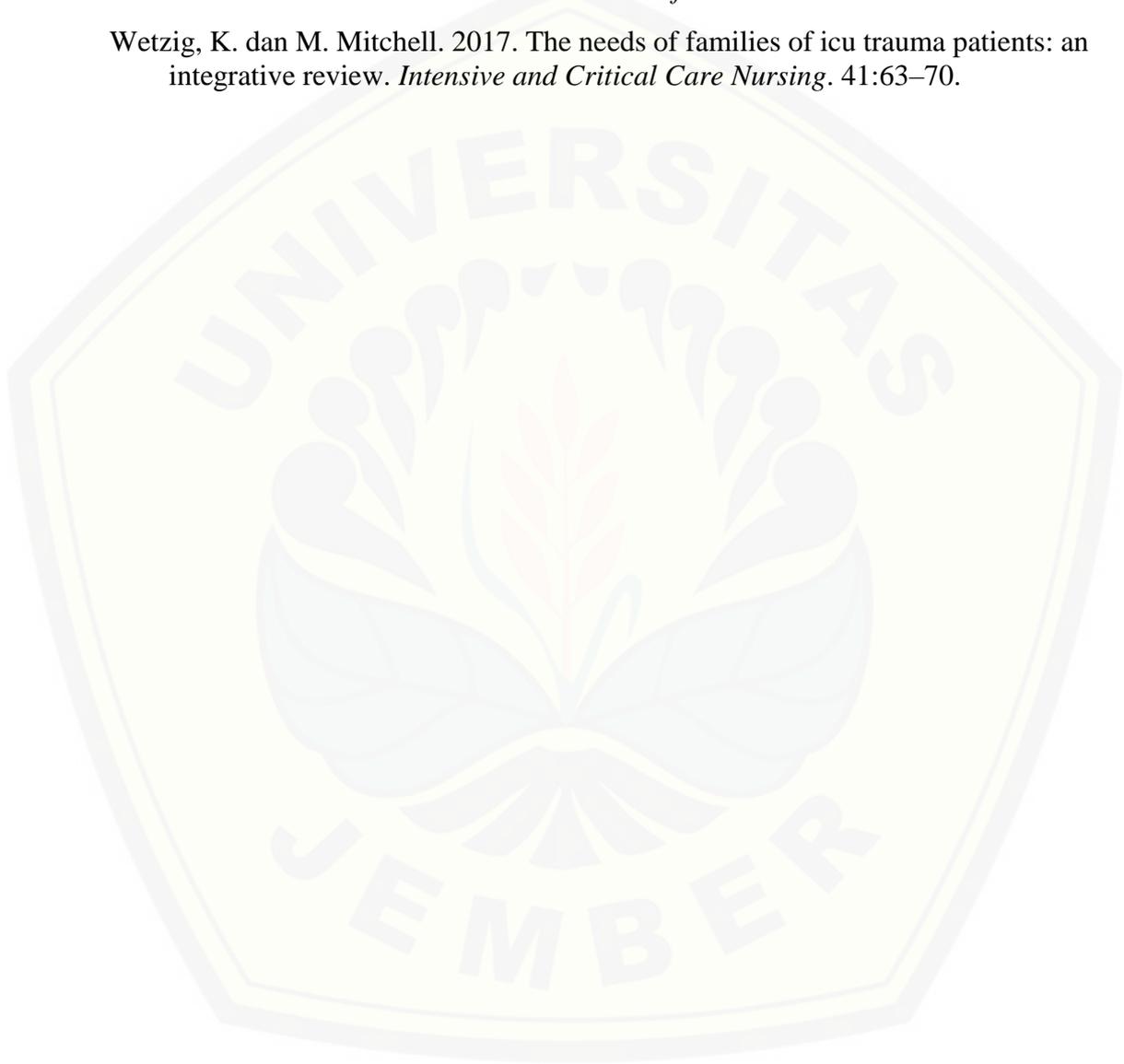
- of intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*. 21(11–12):1651–1658.
- Omari, F. H. 2009. Perceived and unmet needs of adult jordanian family members of patients in icus. *Journal of Nursing Scholarship*. 41(1):28–34.
- Ozbayir, T., N. Tasdemir, dan E. Ozseker. 2014. Intensive care unit family needs : nurses ' and families ' perceptions. *Eastern Journal of Medicine*. 19:137–140.
- Padilla Fortunatti, C. F. 2014. Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*. 32(2):306–316 11p.
- Philippines, C. C. N. A. of T. 1996. Guidelines for critical care nursing 1. *Critical Care Nurses Association of The Philippines, INC*. (925)
- Polit, D. F. dan C. T. Beck. 2010. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Edisi 7. Wolter Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins Inc.
- PPP Hipercci, Ti. 2018. *Modul Pelatihan Keperawatan Intensif Dasar*. Bogor: In Media.
- Pradana, A. 2014. *Kebutuhan Keluarga Pasien Selama Perawatan Di Ruangan ICU/CCU Di RSUD Ahmad Thalib Kerinci Sungai Penuh Jambi*
- Reynolds, A. 2009. Patient-centered care. *Radiologic Technology*. 81(2):133–147.
- Rusinova, K., J. Kukal, J. Simek, dan V. Cerny. 2014. Limited family members/staff communication in intensive care units in the czech and slovak republics considerably increases anxiety in patients relatives - the depress study. *BMC Psychiatry*. 14(21)
- Saputra, G. H. dan R. S. Utami. 2015. Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis Di Intensive Care Unit. *3rd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care "Holistic Nursing In Emergency and Disaster: Issue and Future"*. 2015. Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro: 375–390.
- Setiadi. 2007. *Konsep Dan Penulisan Riset Keperawatan*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siah AA, N. 2012. Information needs of family members of critically ill patients in intensive care unit of a tertiary hospital. *Societa Editrice Universo*. 163
- Sujarweni, W. 2015. *Statistik Untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Surahman, M. Rachmad, dan S. Supardi. 2016. Metodologi penelitian. *Modul Bahan Ajar Cetak Farmasi*. 232.
- Suza, D. E. 2016. Family-centered care model untuk menurunkan dampak hospitalisasi anak dengan penyakit kanker di medan , sumatera utara family-centered care model to reduce impact of hospitalization children with cancer

in medan , sumatera utara dewi elizadiani suza. *Idea Nursing Journal*. VI(I):15–24.

Wantiyah, M. Zulfatul A'la, B. Setioputro, dan Siswoyo. 2018. Validity and reliability of critical care family needs inventory (ccfni) in indonesian version. *NurseLine Journal*. 3(2)

Wasis. 2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC.

Wetzig, K. dan M. Mitchell. 2017. The needs of families of icu trauma patients: an integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*. 41:63–70.





# LAMPIRAN

#### 4.1 Lembar *Informed*

##### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada:

Bapak/Ibu calon responden  
di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devi Humairah Irawan

NIM : 152310101006

Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Alamat : Jl. Mastrip Gg Damai No. 71, Tegal Boto, Sumber sari Jember

Bermaksud akan mengadakan penelitian yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo”. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Oleh karena itu, Bapak/Ibu tidak perlu menuliskan nama lengkap, hanya inisial saja. Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi Bapak/Ibu. Penelitian ini menjamin akan keamanan dan kenyamanan Bapak/Ibu, serta bermanfaat untuk meningkatkan kualitas pelayanan pada pasien.

Jika Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan yang saya sertakan tanpa adanya unsur paksaan. Demikian permohonan dari saya, atas bantuan dan peran Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Devi Humairah Irawan  
NIM 152310101006

#### 4.2 Lembar *Consent*

##### PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami isi dari penjelasan pada lembar permohonan menjadi responden, maka saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, yaitu:

nama : Devi Humairah Irawan  
NIM : 152310101006  
pekerjaan : Mahasiswa  
alamat : Jl. Mastrip Gg Damai No. 71, Tegal Boto Sumber sari Jember  
Judul : Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo

Saya memahami bahwa penelitian ini dapat bermanfaat dan tidak membahayakan serta merugikan saya, sehingga saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Situbondo ..... 2018

Responden

(.....)

### 4.3 Kuesioner

Kode Responden:
-----------------

#### I. Karakteristik Responden

1. Inisial :
2. Alamat :
3. Usia : ..... tahun
4. Agama : ....
5. Suku/Budaya:
6. Jenis Kelamin (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. Laki-laki
  - b. Perempuan
7. Pendidikan Terakhir (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. Tidak Sekolah
  - b. SD
  - c. SMP
  - d. SMA
  - e. Perguruan Tinggi
8. Penghasilan (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. < Rp 1.000.000,-
  - b.  $\geq$  Rp 1.000.000,-
9. Pekerjaan (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. Petani
  - b. Wiraswasta
  - c. Pegawai Negeri Sipil (PNS)
  - d. DLL
10. Lama berada di Ruang ICU/CCU (**Lingkari jawaban yang anda pilih**) :
  - a. 18 jam
  - b. 24 jam (1 hari)
  - c. 48 jam (2 hari)
  - d.  $\geq$  72 jam (3 hari)

## 11. Lembar Kuesioner

### KUESIONER KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN KRITIS

Berikan tanda centang (√) pada kolom berikut tentang seberapa **penting** pernyataan di bawah ini sesuai yang Anda rasakan.

Keterangan:

*Tidak Penting* : pernyataan untuk sesuatu yang dianggap tidak dibutuhkan bagi saya dan keluarga yang dirawat

*Kurang Penting* : pernyataan untuk sesuatu yang dianggap tidak terlalu dibutuhkan bagi saya dan keluarga yang dirawat

*Penting* : pernyataan untuk sesuatu yang dibutuhkan bagi saya dan keluarga yang dirawat

*Sangat Penting* : pernyataan untuk sesuatu yang dianggap sangat dibutuhkan bagi saya dan keluarga yang dirawat

No	Pernyataan	Tidak Penting	Kurang Penting	Penting	Sangat Penting
<i>Seberapa pentingkah hal-hal berikut ini bagi Anda?</i>					
1.	Mengetahui tujuan pengobatan dan tindakan perawatan yang diberikan				
2.	Mendapatkan penjelasan tentang situasi / kondisi di ruang perawatan intensif sebelum masuk ke ICU/ICCU untuk pertama kali				
3.	Berdiskusi dengan dokter setiap hari				
4.	Terdapat tenaga kesehatan yang dapat dihubungi, ketika tidak ada keluarga yang menunggu di RS				
5.	Ada waktu kunjungan tambahan saat kondisi tertentu				
6.	Dapat mengungkapkan setiap perasaan yang dirasakan				
7.	Dapat mengunjungi pasien setiap saat				
8.	Mengetahui petugas RS yang dapat memberikan informasi				
9.	Mendapatkan dukungan antar keluarga				
10.	Memiliki harapan untuk kesembuhan bagi pasien				
11.	Mengetahui petugas RS yang merawat pasien				
12.	Mengetahui bagaimana pasien mendapatkan pengobatan				
13.	Memperoleh jaminan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang terbaik				
14.	Mengetahui secara rinci tindakan yang dilakukan pada pasien				
15.	Merasa kehadirannya diterima oleh petugas RS				

No	Pernyataan	Tidak Penting	Kurang Penting	Penting	Sangat Penting
16.	Memiliki kerabat yang dapat membantu terkait masalah keuangan				
17.	Disediakan tokoh agama (misal: kyai/pendeta) untuk mendampingi				
18.	Tenaga kesehatan menginformasikan tentang kemungkinan kematian pasien				
19.	Mengunjungi pasien di ruang intensif (ICU/ICCU) bersama salah satu kerabat				
20.	Mempunyai kerabat yang peduli dengan kesehatan Anda				
21.	Mendapatkan jaminan bahwa semua akan baik-baik saja ketika Anda meninggalkan RS sebentar				
22.	Dapat berdiskusi dengan perawat mengenai kondisi pasien				
23.	Diperbolehkan untuk menangis				
24.	Berdiskusi dengan orang lain mengenai masalah yang dihadapi				
25.	Tersedia kamar mandi dekat ruang tunggu				
26.	Mempunyai kerabat yang dapat diajak berbagi cerita tentang masalah yang dialami				
27.	Diberikan penjelasan pada informasi yang tidak dimengerti				
28.	Mendapatkan waktu kunjung yang tepat				
29.	Membicarakan tentang kebutuhan rohaniawan atau tokoh agama (misal: kyai/pendeta)				
30.	Berdiskusi tentang rencana rujukan pasien				
31.	Menghubungi keluarga apabila ada perubahan pada kondisi pasien				
32.	Mendapatkan informasi tentang kondisi pasien setidaknya sekali sehari				
33.	Merasakan bahwa staf RS merawat pasien				
34.	Mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya				
35.	Dapat mengunjungi pasien sesering mungkin				
36.	Tersedia ruang tunggu di dekat ruang intensif				

## 4.4 Hasil Penelitian

No.	Indikator	Pernyataan	Mean	SD
1.	Jaminan	Mengetahui tujuan pengobatan dan tindakan perawatan yang diberikan	3,43	0,60
2.	Informasi	Mendapatkan penjelasan tentang situasi / kondisi di ruang perawatan intensif sebelum masuk ke ICU/ICCU untuk pertama kali	3,18	0,71
3.	Jaminan	Berdiskusi dengan dokter setiap hari	3,27	0,71
4.	Jaminan	Terdapat tenaga kesehatan yang dapat dihubungi, ketika tidak ada keluarga yang menunggu di RS	3,11	0,69
5.	Kedekatan	Ada waktu kunjungan tambahan saat kondisi tertentu	3,36	0,71
6.	Kenyamanan	Dapat mengungkapkan setiap perasaan yang dirasakan	2,96	0,75
7.	Kedekatan	Dapat mengunjungi pasien setiap saat	3,19	0,70
8.	Informasi	Mengetahui petugas RS yang dapat memberikan informasi	3,15	0,59
9.	Dukungan	Mendapatkan dukungan antar keluarga	3,45	0,60
<b>10.</b>	<b>Jaminan</b>	<b>Memiliki harapan untuk kesembuhan pasien</b>	<b>3,86</b>	<b>0,38</b>
11.	Informasi	Mengetahui petugas RS yang merawat pasien	3,14	0,53
12.	Informasi	Mengetahui bagaimana pasien mendapatkan pengobatan	3,46	0,58
13.	Jaminan	Memperoleh jaminan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang baik	3,73	0,45
14.	Informasi	Mengetahui secara rinci tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan pada pasien	3,23	0,71
15.	Dukungan	Merasa kehadirannya diterima oleh petugas RS	3,20	0,52
16.	Dukungan	Memiliki kerabat yang dapat membantu terkait masalah keuangan	3,30	0,68
17.	Dukungan	Disediakan tokoh agama (misal: kyai/pendeta) untuk mendampingi	2,85	0,82
18.	Informasi	Tenaga kesehatan menginformasikan tentang kemungkinan kematian pasien	3,18	0,77
19.	Kedekatan	Mengunjungi pasien di ruang intensif (ICU/ICCU) bersama salah satu kerabat	3,00	0,66
20.	Dukungan	Mempunyai kerabat yang peduli dengan kesehatan Anda	3,24	0,54
21.	Jaminan	Mendapatkan jaminan dari tenaga kesehatan bahwa semua akan baik-baik saja ketika Anda meninggalkan RS sebentar	3,43	0,58
22.	Jaminan	Dapat berdiskusi dengan perawat mengenai kondisi pasien	3,30	0,57
<b>23.</b>	<b>Kenyamanan</b>	<b>Diperbolehkan untuk menangis</b>	<b>2,07</b>	<b>0,83</b>
24.	Dukungan	Berdiskusi dengan orang lain mengenai masalah yang dihadapi	2,72	0,80
25.	Kenyamanan	Tersedia kamar mandi dekat ruang tunggu	3,31	0,52
26.	Dukungan	Mempunyai kerabat yang dapat diajak berbagi cerita tentang masalah yang dialami	2,89	0,65
27.	Informasi	Diberikan penjelasan pada informasi yang tidak dimengerti	3,35	0,63
28.	Jaminan	Mendapatkan waktu kunjung yang tepat	3,27	0,53
29.	Dukungan	Berdiskusi tentang kebutuhan rohani dengan tokoh agama (misal: rohaniawan atau pendeta)	2,61	0,81
30.	Jaminan	Berdiskusi tentang rencana rujukan pasien	3,24	0,49
31.	Informasi	Menghubungi keluarga apabila ada perubahan pada kondisi pasien	3,55	0,50
32.	Informasi	Mendapatkan informasi tentang kondisi pasien setidaknya sekali sehari	3,50	0,50
33.	Dukungan	Merasakan bahwa staf RS peduli kepada pasien	3,30	0,57
34.	Informasi	Mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya	3,72	0,45
35.	Kedekatan	Dapat mengunjungi pasien sesering mungkin	3,26	0,78
36.	Kenyamanan	Tersedia ruang tunggu di dekat ruang intensif	3,39	0,59

## 1. Karakteristik Responden

**USIA**

N	Valid	74
	Missing	0
Mean		37.26
Median		37.00
Mode		24 <sup>a</sup>
Std. Deviation		11.456
Skewness		.371
Std. Error of Skewness		.279
Kurtosis		-.475
Std. Error of Kurtosis		.552

**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
laki-laki	30	40.5	40.5	40.5
Valid perempuan	44	59.5	59.5	100.0
Total	74	100.0	100.0	

**Pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak Sekolah	5	6.8	6.8	6.8
SD	25	33.8	33.8	40.5
Valid SMP	13	17.6	17.6	58.1
SMA	16	21.6	21.6	79.7
Perguruan Tinggi	15	20.3	20.3	100.0
Total	74	100.0	100.0	

**Penghasilan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<Rp1.000.000,-	46	62.2	62.2	62.2
Valid ≥Rp1.000.000,-	28	37.8	37.8	100.0
Total	74	100.0	100.0	

**Pekerjaan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak / Belum Bekerja	26	35.1	35.1	35.1
Petani	19	25.7	25.7	60.8
Wiraswasta	20	27.0	27.0	87.8
Buruh	4	5.4	5.4	93.2
PNS	5	6.8	6.8	100.0
Total	74	100.0	100.0	

**LamaUCU**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18 jam	10	13.5	13.5	13.5
24 jam (1 hari)	25	33.8	33.8	47.3
48 jam (2 hari)	7	9.5	9.5	56.8
≥72 jam (?3 hari)	32	43.2	43.2	100.0
Total	74	100.0	100.0	

**Agama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Islam	73	98.6	98.6	98.6
Kristen	1	1.4	1.4	100.0
Total	74	100.0	100.0	

**Suku**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Jawa	3	4.1	4.1	4.1
Madura	71	95.9	95.9	100.0
Total	74	100.0	100.0	

2. Gambaran Kebutuhan Keluarga

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TOTAL	.086	74	.200 <sup>*</sup>	.980	74	.307

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Informasi	Mean	3.345	.0348
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	3.275 3.414
	5% Trimmed Mean	3.351	
	Median	3.300	
	Variance	.090	
	Std. Deviation	.2994	
	Minimum	2.5	
	Maximum	3.9	
	Range	1.4	
	Interquartile Range	.5	
	Skewness	-.159	.279
	Kurtosis	-.323	.552
	Kedekatan	Mean	3.228
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound Upper Bound	3.110 3.347
5% Trimmed Mean		3.244	
Median		3.300	
Variance		.262	
Std. Deviation		.5117	
Minimum		1.3	
Maximum		4.0	
Range		2.7	
Interquartile Range		1.0	
Skewness		-.564	.279
Kurtosis		1.223	.552
Jaminan		Mean	3.399
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	3.338 3.459
	5% Trimmed Mean	3.397	
	Median	3.400	
	Variance	.069	
	Std. Deviation	.2620	

		Statistic	Std. Error
Jaminan	Minimum	2.8	
	Maximum	3.9	
	Range	1.1	
	Interquartile Range	.4	
	Skewness	.118	.279
	Kurtosis	-.784	.552
Kenyamanan	Mean	2.964	.0473
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	2.869 3.058
	5% Trimmed Mean	2.958	
	Median	3.000	

	Variance		.166	
	Std. Deviation		.4070	
	Minimum		2.0	
	Maximum		3.8	
	Range		1.8	
	Interquartile Range		.5	
	Skewness		.064	.279
	Kurtosis		-.386	.552
	Mean		3.058	.0456
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.967	
		Upper Bound	3.149	
	5% Trimmed Mean		3.058	
	Median		3.050	
	Variance		.154	
Dukungan	Std. Deviation		.3920	
	Minimum		2.2	
	Maximum		3.9	
	Range		1.7	
	Interquartile Range		.5	
	Skewness		-.020	.279
	Kurtosis		-.020	.552

Statistics

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
N	Valid	74	74	74	74	74	74	74
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3.43	3.18	3.27	3.11	3.36	2.96	3.19
Median		3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Mode		4	3	3	3	4	3	3
Std. Deviation		.599	.709	.708	.694	.713	.748	.696
Variance		.358	.503	.501	.481	.509	.560	.484
Skewness		-.520	-.977	-.680	-.400	-.902	-.740	-1.026
Std. Error of Skewness		.279	.279	.279	.279	.279	.279	.279
Kurtosis		-.607	1.901	.192	.059	.431	.905	2.257
Std. Error of Kurtosis		.552	.552	.552	.552	.552	.552	.552
Minimum		2	1	1	1	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4

Statistics

		Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
N	Valid	74	74	74	74	74	74	74
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3.15	3.45	3.86	3.14	3.46	3.73	3.23
Median		3.00	3.50	4.00	3.00	3.50	4.00	3.00
Mode		3	4	4	3	4	4	3
Std. Deviation		.589	.600	.382	.532	.578	.447	.713
Variance		.347	.360	.146	.283	.334	.200	.508
Skewness		-.038	-.569	-2.906	.135	-.495	-1.056	-.601
Std. Error of Skewness		.279	.279	.279	.279	.279	.279	.279
Kurtosis		-.179	-.572	8.469	.392	-.689	-.910	.055
Std. Error of Kurtosis		.552	.552	.552	.552	.552	.552	.552
Minimum		2	2	2	2	2	3	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4

Statistics

		Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21
N	Valid	74	74	74	74	74	74	74
	Missing	0	0	0	0	0	0	0

Mean	3.20	3.30	2.85	3.18	3.00	3.24	3.43
Median	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Mode	3	3	3	3	3	3	3
Std. Deviation	.523	.677	.822	.765	.662	.544	.575
Variance	.273	.458	.676	.585	.438	.296	.331
Skewness	.221	-.444	-.171	-1.067	-.291	.101	-.394
Std. Error of Skewness	.279	.279	.279	.279	.279	.279	.279
Kurtosis	.082	-.769	-.642	1.601	.278	-.256	-.749
Std. Error of Kurtosis	.552	.552	.552	.552	.552	.552	.552
Minimum	2	2	1	1	1	2	2
Maximum	4	4	4	4	4	4	4

Statistics

		Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28
N	Valid	74	74	74	74	74	74	74
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3.30	2.07	2.72	3.31	2.89	3.35	3.27
Median		3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00
Mode		3	2	3	3	3	3	3
Std. Deviation		.567	.833	.803	.521	.653	.629	.531
Variance		.321	.694	.644	.272	.427	.395	.282
Skewness		-.067	.163	-.579	.225	-.799	-.772	-.391
Std. Error of Skewness		.279	.279	.279	.279	.279	.279	.279
Kurtosis		-.533	-.910	.084	-.717	1.694	1.311	3.053
Std. Error of Kurtosis		.552	.552	.552	.552	.552	.552	.552
Minimum		2	1	1	2	1	1	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4

Statistics

		Q29	Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35
N	Valid	74	74	74	74	74	74	74
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.61	3.24	3.55	3.50	3.30	3.72	3.26
Median		3.00	3.00	4.00	3.50	3.00	4.00	3.00
Mode		3	3	4	3	3	4	4
Std. Deviation		.808	.491	.500	.503	.567	.454	.777
Variance		.653	.241	.250	.253	.321	.206	.604
Skewness		-.282	.484	-.222	.000	-.067	-.979	-.666
Std. Error of Skewness		.279	.279	.279	.279	.279	.279	.279
Kurtosis		-.304	-.187	-2.006	-2.056	-.533	-1.071	-.438
Std. Error of Kurtosis		.552	.552	.552	.552	.552	.552	.552
Minimum		1	2	3	3	2	3	1
Maximum		4	4	4	4	4	4	4

Statistics

		Q36
N	Valid	74
	Missing	0
Mean		3.39
Median		3.00
Mode		3
Std. Deviation		.593
Variance		.351
Skewness		-.784
Std. Error of Skewness		.279
Kurtosis		1.914
Std. Error of Kurtosis		.552
Minimum		1
Maximum		4

Q1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	4	5.4	5.4	5.4
	penting	34	45.9	45.9	51.4
	sangat penting	36	48.6	48.6	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	3	4.1	4.1	4.1
	kurang penting	4	5.4	5.4	9.5
	penting	44	59.5	59.5	68.9
	sangat penting	23	31.1	31.1	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
	kurang penting	8	10.8	10.8	12.2
	penting	35	47.3	47.3	59.5
	sangat penting	30	40.5	40.5	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
	kurang penting	11	14.9	14.9	16.2
	penting	41	55.4	55.4	71.6
	sangat penting	21	28.4	28.4	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
	kurang penting	7	9.5	9.5	10.8
	penting	30	40.5	40.5	51.4
	sangat penting	36	48.6	48.6	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

	tidak penting	4	5.4	5.4	5.4
	kurang penting	10	13.5	13.5	18.9
Valid	penting	45	60.8	60.8	79.7
	sangat penting	15	20.3	20.3	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak penting	3	4.1	4.1	4.1
	kurang penting	3	4.1	4.1	8.1
Valid	penting	45	60.8	60.8	68.9
	sangat penting	23	31.1	31.1	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	kurang penting	8	10.8	10.8	10.8
Valid	penting	47	63.5	63.5	74.3
	sangat penting	19	25.7	25.7	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	kurang penting	4	5.4	5.4	5.4
Valid	penting	33	44.6	44.6	50.0
	sangat penting	37	50.0	50.0	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	kurang penting	1	1.4	1.4	1.4
Valid	penting	8	10.8	10.8	12.2
	sangat penting	65	87.8	87.8	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	kurang penting	6	8.1	8.1	8.1
Valid	penting	52	70.3	70.3	78.4
	sangat penting	16	21.6	21.6	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	3	4.1	4.1	4.1
	penting	34	45.9	45.9	50.0
	sangat penting	37	50.0	50.0	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	20	27.0	27.0	27.0
	sangat penting	54	73.0	73.0	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
	kurang penting	9	12.2	12.2	13.5
	penting	36	48.6	48.6	62.2
	sangat penting	28	37.8	37.8	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	4	5.4	5.4	5.4
	penting	51	68.9	68.9	74.3
	sangat penting	19	25.7	25.7	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	3	4.1	4.1	4.1
	kurang penting	22	29.7	29.7	33.8
	penting	32	43.2	43.2	77.0
	sangat penting	17	23.0	23.0	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	4	5.4	5.4	5.4
	kurang penting	4	5.4	5.4	10.8
	penting	41	55.4	55.4	66.2
	sangat penting	25	33.8	33.8	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q19

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
Valid kurang penting	13	17.6	17.6	18.9
Valid penting	45	60.8	60.8	79.7
Valid sangat penting	15	20.3	20.3	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Q16

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang penting	9	12.2	12.2	12.2
Valid penting	34	45.9	45.9	58.1
Valid sangat penting	31	41.9	41.9	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Q20

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang penting	4	5.4	5.4	5.4
Valid penting	48	64.9	64.9	70.3
Valid sangat penting	22	29.7	29.7	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Q21

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang penting	3	4.1	4.1	4.1
Valid penting	36	48.6	48.6	52.7
Valid sangat penting	35	47.3	47.3	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Q22

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang penting	4	5.4	5.4	5.4
Valid penting	44	59.5	59.5	64.9
Valid sangat penting	26	35.1	35.1	100.0
Total	74	100.0	100.0	

Q23

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak penting	21	28.4	28.4	28.4
Valid kurang penting	29	39.2	39.2	67.6
Valid penting	22	29.7	29.7	97.3

	sangat penting	2	2.7	2.7	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak penting	7	9.5	9.5	9.5
	kurang penting	16	21.6	21.6	31.1
Valid	penting	42	56.8	56.8	87.8
	sangat penting	9	12.2	12.2	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	kurang penting	2	2.7	2.7	2.7
Valid	penting	47	63.5	63.5	66.2
	sangat penting	25	33.8	33.8	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak penting	3	4.1	4.1	4.1
	kurang penting	11	14.9	14.9	18.9
Valid	penting	51	68.9	68.9	87.8
	sangat penting	9	12.2	12.2	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
	kurang penting	3	4.1	4.1	5.4
Valid	penting	39	52.7	52.7	58.1
	sangat penting	31	41.9	41.9	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
Valid	penting	51	68.9	68.9	70.3
	sangat penting	22	29.7	29.7	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	7	9.5	9.5	9.5
	kurang penting	23	31.1	31.1	40.5
	penting	36	48.6	48.6	89.2
	sangat penting	8	10.8	10.8	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	2	2.7	2.7	2.7
	penting	52	70.3	70.3	73.0
	sangat penting	20	27.0	27.0	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	33	44.6	44.6	44.6
	sangat penting	41	55.4	55.4	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	37	50.0	50.0	50.0
	sangat penting	37	50.0	50.0	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	4	5.4	5.4	5.4
	penting	44	59.5	59.5	64.9
	sangat penting	26	35.1	35.1	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	21	28.4	28.4	28.4
	sangat penting	53	71.6	71.6	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

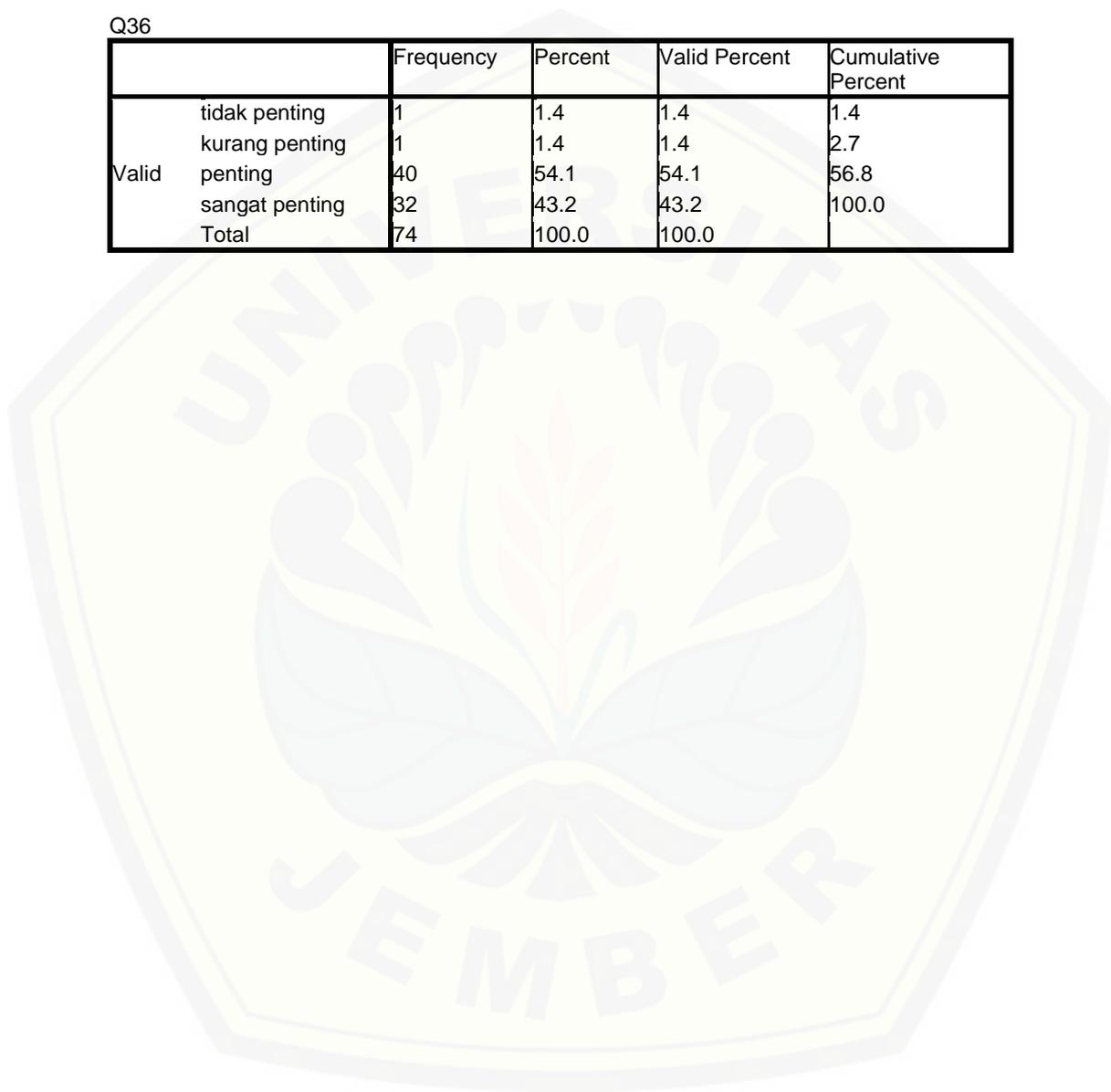
Q35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
	kurang penting	12	16.2	16.2	17.6
Valid	penting	28	37.8	37.8	55.4
	sangat penting	33	44.6	44.6	100.0
	Total	74	100.0	100.0	

Q36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	tidak penting	1	1.4	1.4	1.4
	kurang penting	1	1.4	1.4	2.7
Valid	penting	40	54.1	54.1	56.8
	sangat penting	32	43.2	43.2	100.0
	Total	74	100.0	100.0	



#### 4.5 Dokumentasi



Gambar 1. Pengisian kuesioner CCFNI

#### 4.6 Surat Pernyataan Melakukan Studi Pendahuluan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**

Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

---

#### SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Wantiyah.,S.Kep.,M.Kep

NIP : 19810712 200604 2 001

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Devi Humairah Irawan

NIM : 152310101006

Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan,  
Universitas Jember

Alamat : Jl. Mastrip Gang Damai no 71

Telah melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Abdoer Rahem, Situbondo dengan judul "Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem, Situbondo " pada tanggal 28 September 2018 dengan hasil data di *ICU* rata-rata sejumlah 75 pasien per bulan dan di *ICCU* sejumlah 55 pasien per bulan.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 3 Oktober 2018

Ns. Wantiyah.,S.Kep.,M.Kep  
NIP 19810712 200604 2 001

**4.7 Surat Keterangan Selesai Penelitian**

 KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp/ Fax. (0331) 323450 Jember

---

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Wantiyah, S.Kep., M. Kep  
NIP : 19810712 200604 2 001

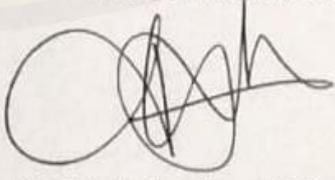
Menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : Devi Humairah Irawan  
NIM : 152310101006  
Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember  
Alamat : Jl. Mastrip Gang Damai No 71

Telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Abdoer Rahem Situbondo dengan judul "Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RSUD Dr. Abdoer Rahem Situbondo" pada bulan Oktober sampai Desember 2018.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 17 Januari 2019



(Ns. Wantiyah, S.Kep., M. Kep)  
NIP 19810712 200604 2 001

## 4.8 Surat Hasil Uji Etik

 KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)  
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER  
(THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH  
FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)

**ETHIC COMMITTEE APPROVAL**  
No.228/UN25.8/KEPK/DL/2019

Title of research protocol : "Exploration of Met and Unmet Needs (the Needs that have been and have not been Fulfilled) of the Patient's Family in Intensive Care Unit : Mix Method Approach"

Document Approved : Research Protocol

Principal investigator : Ns. Wantiyah, M.Kep.

Member of research : 1. Ns. M. Zulfatul A'la, M.Kep  
2. Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep  
3. Ns. Siswoyo, M.Kep

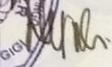
Responsible Physician : Ns. Wantiyah, M.Kep.

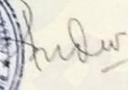
Date of approval : November , 2018

Place of research : RS Se-Karesidenan Besuki

The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember states that the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.

Jember, January 9<sup>th</sup>, 2019

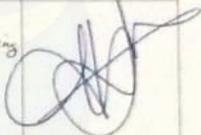
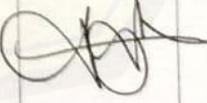
  
Dean of Faculty of Dentistry  
Universitas Jember  
(Dr. R. Rahardyan P. M. Kes, Sp. Pros)

  
Chairperson of Research Ethics Committee  
Faculty of Dentistry Universitas Jember  
(Prof. Dr. Dra. Ida Ayu Ratna Dewanti, M.Si)

## 4.9 Lembar Bimbingan Skripsi

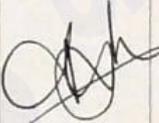
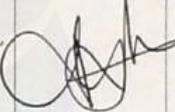
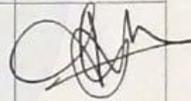
**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Devi Humairah Irawan  
NIM : 152310101006  
Dosen Pembimbing Umum : Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
05-09-18	- Bimbingan BAB I	Perbanyak peneliti terkait keluhan kly, dgn ksm faktor	
26-09-18	- Bimbingan BAB 1-4	Kk gambar	
27-09-18	- Koreksi Bab 1 - Bimbingan Bab 2-4	- Perbaiki rumusan PPK1 - Perbaiki metode sampling - Perbaiki kerangka teori	
01-10-2018	- Metode Penghitungan Jumlah sampel - Metode sampling	- tetap menggunakan purposive sampling - cari referensi utk metode hitung sampel - konsultasikan dengan DPA	
03-10-2018	- koreksi & pemantauan Bab 1-4	acc sempu	
13-12-2018	Coding dan Pengolahan data	- Masukkan dalam sebaran data - uji normalitas	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Devi Humairah Irawan  
NIM : 152310101006  
Dosen Pembimbing Umum : Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
20-12-2018	Analisa Data	- susun data Demografi responden (Z, n1) - Indikator (mean, SD) - lanjutkan pembahasan	
11-01-2019 <del>11-12-2018</del>	- Bab 5 (Hasil & Pembahasan)	- perbaiki tabel hasil dan kesimpulan	
16-01-2019 <del>16-12-2018</del>	Bab 5 dan 6	- lengkapi abstrak, ringkasan, dan	
17-01-2019	Konsultasi skripsi lengkap	see idag	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
 FAKULTAS KEPERAWATAN  
 UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Devi Humairah Irawan  
 NIM : 152310101006  
 Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
12-09-2018	Konsultasi Bab I Dan Bab II	Perbaiki sita dengan Mendeleey	JK
14-09-2018	Metode Sampling - Uji Validitas Dan Reliabilitas	- G <sup>2</sup> power tidak perlu, gunakan rumus stovin - Cantumkan hasil uji validitas & reliabilitas dari berbagai negara	JK
21-09-2018	- Penantapan Bab 1-4	- Perbaiki kerangka konsep & kerangka teori	JK
03-10-2018	- Metode Penghitungan Jumlah sampel	- Rumus stovin	JK
03-10-2018	Koreksi & penantapan Bab 1-4	Ace <sup>10/10/18</sup>	JK
02-01-2019	- konsultasi hasil & penbiduan	Lengkapi bab 1-6 Lanjutkan turnitin	JK

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Devi Humairah Irawan  
NIM : 152310101006  
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep., M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
10-01-2019	konsultasi Bab 5 dan 6	persiapan tulisan lengkapi abstrak, ringkasan, dll	
17-01-2019	konsultasi abstrak	ACC	