



**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF DI RS PTPN 10 JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Anggi Sulistiyani
NIM 152310101248**

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2019



**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF DI RS PTPN 10 JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

Anggi Sulistiyani
NIM 152310101248

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS JEMBER

2019

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu Ririn Cahyani, ayah Kunkun Sutisna, dan adik Rahmad Ridwan Sahroni yang selalu memberikan kasih sayang tiada hentinya, dukungan, semangat, motivasi, dan doa setiap harinya demi terselesaikan skripsi ini;
2. Ahmad Wafi yang selalu mendengarkan keluh kesah saya, mendukung, memberikan doa, semangat dan kasih sayang demi terselesaikan skripsi ini;
3. Sahabat-sahabat saya yaitu Ade Isman, Sonia Alfiyana, Noril Camelia, dan Riza Cania Maladhoi yang selalu mendengarkan keluh kesah dan mendukung saya;
4. Dosen Pembimbing Akademik (DPA) yaitu Ns. Muhamad Zulfatul A'la.,S.Kep.,M.Kep yang telah memberikan dukungan, nasihat dan membimbing saya dari awal masuk Program Studi Ilmu Keperawatan hingga saat ini;
5. Teman-teman kelompok riset *Caring* yang berjuang bersama dari awal hingga saat ini yaitu Titin Dwimala dan Devi Humairah Irawan yang senantiasa memberikan dukungan dan bantuan;
6. Guru-guru saya dari TK Dharmawanita II, SD Negeri Karangketug 2, SMP Negeri 4 Pasuruan, dan SMA Negeri 1 Pasuruan;
7. Teman-teman kelas D dan angkatan 2015 yang telah menjadi teman seperjuangan skripsi, menemani dan mendukung selama perjalanan kuliah.

MOTTO

Tidak ada kesuksesan melainkan dengan pertolongan Allah SWT

(terjemahan Al-Qur'an surat Huud ayat 88)

Dan janganlah kamu (merasa) lemah, jangan (pula) bersedih hati, sebab kamu paling tinggi (derajatnya) jika kamu orang yang beriman

(terjemahan Al-Qur'an surat Al Imran ayat 139)

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

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Anggi Sulistiyani

NIM : 152310101248

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang telah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun, serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, Januari 2019

Yang menyatakan,

Anggi Sulistiyani
NIM 152310101248

SKRIPSI

**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF DI RS PTPN 10 JEMBER**

oleh

Anggi Sulistiyani
NIM 152310101248

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 RS PTPN 10 Jember” karya Anggi Sulistiyani telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Selasa, 22 Januari 2019

tanggal : 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 RS PT Perkebunan Nusantara 10 Jember (*Description of Family Member Needs of Intensive Care Patients in Archipelago Plantation Inc. 10 Jember Hospital*)

Anggi Sulistiyani

Faculty of nursing, University of Jember

ABSTRACT

Intensive Care Unit is a part of hospital in caring critical patient need. Families have an important role and needs that should be provided health care providers. The environment of intensive area can increase anxiety, and a sense of family uncertainty, so the family's focus is only on patient. Family needs in intensive care are often the lowest priority. This study analyzed the families need in intensive care unit at archipelago plantation Inc. 10 Jember Hospital. This study used descriptive analytics type and cross sectional design. There were 52 respondents from patient's family members in intensive care that collected with purposive sampling. The data collected by Critical Care Family Needs Inventory Questionnaire (CCFNI) with value of validity and reliability index $\alpha=0,97$. This questionnaire consist of 36 statements. This study analyzed with an univariate analytic. The result showed that patient's family members need assurance to be most important needs in intensive care unit [Mean: 3,61(SD: 0,510)], information [Mean: 3,47(SD: 0,608)], proximity (Mean: 3,15(D: 0,682)], support [Mean:2,99(SD:0,745)], and comfort [Mean:2,93(SD:0,865)]. Based on the average family needs, the most important thing is having hope for a patient's recovery, whereas the unimportant thing of the family needs is crying. Overall, family members focus of the factors affecting family needs and differences in the perception of the needs of intensive care patients. The next research can focus on these factors.

Keyword: *Intensive Care Unit, Family member, Family needs, CCFNI*

RINGKASAN

Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif Di RS PTPN 10 Jember: Anggi Sulistiyani, 152310101248; 2019; xix+104; Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Ruang Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit/ICU*) adalah bagian dari bangunan rumah sakit dengan kategori pelayanan kritis, selain instalasi bedah dan instalasi gawat darurat. Keluarga memiliki peran penting dalam penanganan kegawat daruratan yang terjadi pada pasien. Keluarga merupakan *support system* dalam proses penyembuhan dan pemulihan pasien. Keluarga memiliki peran dan fungsi, yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, memberikan perawatan, mempertahankan suasana yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, serta mempertahankan hubungan timbal balik antara lembaga kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang diberikan. Selain memiliki peran dan fungsi, keluarga juga memiliki kebutuhan yang harus diperhatikan oleh tenaga kesehatan, akan tetapi kebutuhan keluarga dalam perawatan intensif sering kali menjadi prioritas terendah. Kebutuhan keluarga terdiri dari 5 aspek yaitu kebutuhan akan informasi, jaminan pelayanan, kedekatan, kenyamanan dan dukungan.

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RS PTPN 10 Jember. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *non probability sampling* dengan cara *purposive sampling*. Sampel penelitian ini sejumlah 52 orang. Pengumpulan data kebutuhan keluarga dilakukan menggunakan kuesioner *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI). Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisa univariat.

Pada penelitian ini didapatkan hasil mayoritas responden berjenis kelamin perempuan (67,3%) dengan rentang usia antara 46- 55 tahun (30,8%). Responden mayoritas berpendidikan terakhir SMA (59,6%), tidak bekerja (40,4%), suku Jawa

(88,5%) dan beragama Islam (94,2%). Mayoritas keluarga menunggu pasien selama 24 jam (90,4%), dan tidak pernah memiliki riwayat menunggu pasien di ruang intensif (86,5%).

Hasil penelitian kebutuhan keluarga pasien di ruang perawatan intensif menunjukkan bahwa anggota keluarga membutuhkan kebutuhan akan jaminan pelayanan [Mean=3,61(SD=0,510)]. Kebutuhan akan jaminan pelayanan menjadi prioritas tinggi dikarenakan adanya rasa ketidakpastian, kekhawatiran dan stress yang dirasakan anggota keluarga. Anggota keluarga ingin diyakinkan bahwa pasien dirawat dengan baik sehingga memiliki harapan tinggi terhadap kesembuhan pasien. Selain jaminan pelayanan, kebutuhan lainnya yang dianggap penting adalah informasi, kedekatan, dukungan dan kenyamanan.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah rata-rata kebutuhan per indikator berurutan dari terbesar sampai terkecil yaitu kebutuhan akan jaminan, informasi, kedekatan, dukungan dan kenyamanan. Berdasarkan rata-rata kebutuhan keluarga keseluruhan yang dianggap terpenting adalah memiliki harapan untuk kesembuhan pasien, sedangkan kebutuhan keluarga yang dianggap tidak penting adalah menangis.

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember”. Skripsi ini disusun sebagai bahan untuk memenuhi tugas akhir pendidikan strata satu (S1) Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Retno Purwandari, M.Kep. selaku Kombi dan Ns. Nur Widayati, M.N., selaku Wakil Kombi;
3. Ns. Wantiyah.,S.Kep.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Muhamad Zulfatul A’la.,S.Kep.,M.Kep selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ibu Ririn Cahyani, ayah Kunkun Sutisna, dan adik Rahmad Ridwan Sahroni yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi, doa, dan kasih sayang demi terselesaikannya skripsi ini;
6. Kepala Ruangan dan tim medis ICU RS PTPN 10 Jember yang telah memberi izin, senantiasa mendukung dan membantu selama proses penelitian;
7. teman-teman kelas D, teman-teman keris *Caring*, dan teman-teman angkatan 2015 yang senantiasa mendukung;
8. dan 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

Anggi Sulistiyani



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUNG	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
LEMBAR PEMBIMBING	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti.....	5
1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan Keperawatan	5
1.4.3 Manfaat bagi Pelayan Keperawatan	6
1.4.4 Manfaat bagi Masyarakat	6
1.5 Keaslian Penelitian	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Perawatan Intensif	9

2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan <i>ICU</i>	9
2.1.3 Karakteristik Pasien <i>ICU</i>	9
2.1.4 Indikasi Masuk dan Keluar <i>ICU</i>	10
2.1.5 Klasifikasi Pelayanan <i>ICU</i>	12
2.1.6 Falsafah Asuhan Keperawatan Kritis.....	14
2.2 Konsep <i>Family Centered Care</i>	15
2.2.1 Keluarga	15
a. Definisi Keluarga.....	15
b. Fungsi dan Peran Keluarga.....	16
2.2.2 <i>Family Centered Care</i>	17
a. Definisi <i>Family Centered Care</i>	17
b. Tujuan <i>Family Centered Care</i>	18
c. Konsep dan Elemen <i>Family Centered Care</i>	18
2.2.3 <i>Family Centered Care</i> di <i>ICU</i>	20
2.3 Konsep Kebutuhan Keluarga di Ruang Intensif.....	23
2.3.1 Kebutuhan Keluarga di Ruang Intensif	23
2.3.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Keluarga di Ruang Intesif	26
2.4 Instrumen Pengukuran Kebutuhan Keluarga	30
2.4.1 <i>Critical Care Family Needs Inventory</i> (CCFNI).....	30
2.4.2 Kuesioner Kebutuhan Keluarga (KKK).....	30
2.4.3 <i>Need Met Inventory</i> (NMI).....	31
2.4.4. <i>NICU Family Needs Inventory</i> (NFNI).....	31
2.5 Kerangka Teori	32
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	33
3.1 Kerangka Konsep.....	33
BAB 4. METODE PENELITIAN.....	34
4.1 Desain Penelitian	34
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	34
4.2.1 Populasi Penelitian	34

4.2.2 Sampel Penelitian.....	34
4.2.3 Kriteria Sampel Penelitian	35
4.3 Tempat Penelitian	36
4.4 Waktu Penelitian	36
4.5 Definisi Operasional.....	37
4.6 Pengumpulan Data.....	41
4.6.1 Sumber Data.....	41
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	41
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	42
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas	42
4.7 Pengolahan dan Analisa Data	43
4.7.1 Pengolahan Data.....	43
4.7.2 Analisa Data.....	45
4.8 Etika Penelitian	46
BAB 5. PEMBAHASAN.....	48
5.1 Hasil Penelitian.....	48
5.1.1 Karakteristik Responden	48
5.1.2 Gambaran Kebutuhan Keluarga.....	50
5.2 Pembahasan	58
5.3 Implikasi Keperawatan.....	66
5.4 Keterbatasan Penelitian.....	66
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN.....	67
6.1 Kesimpulan	67
6.1 Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN.....	75

DAFTAR TABEL

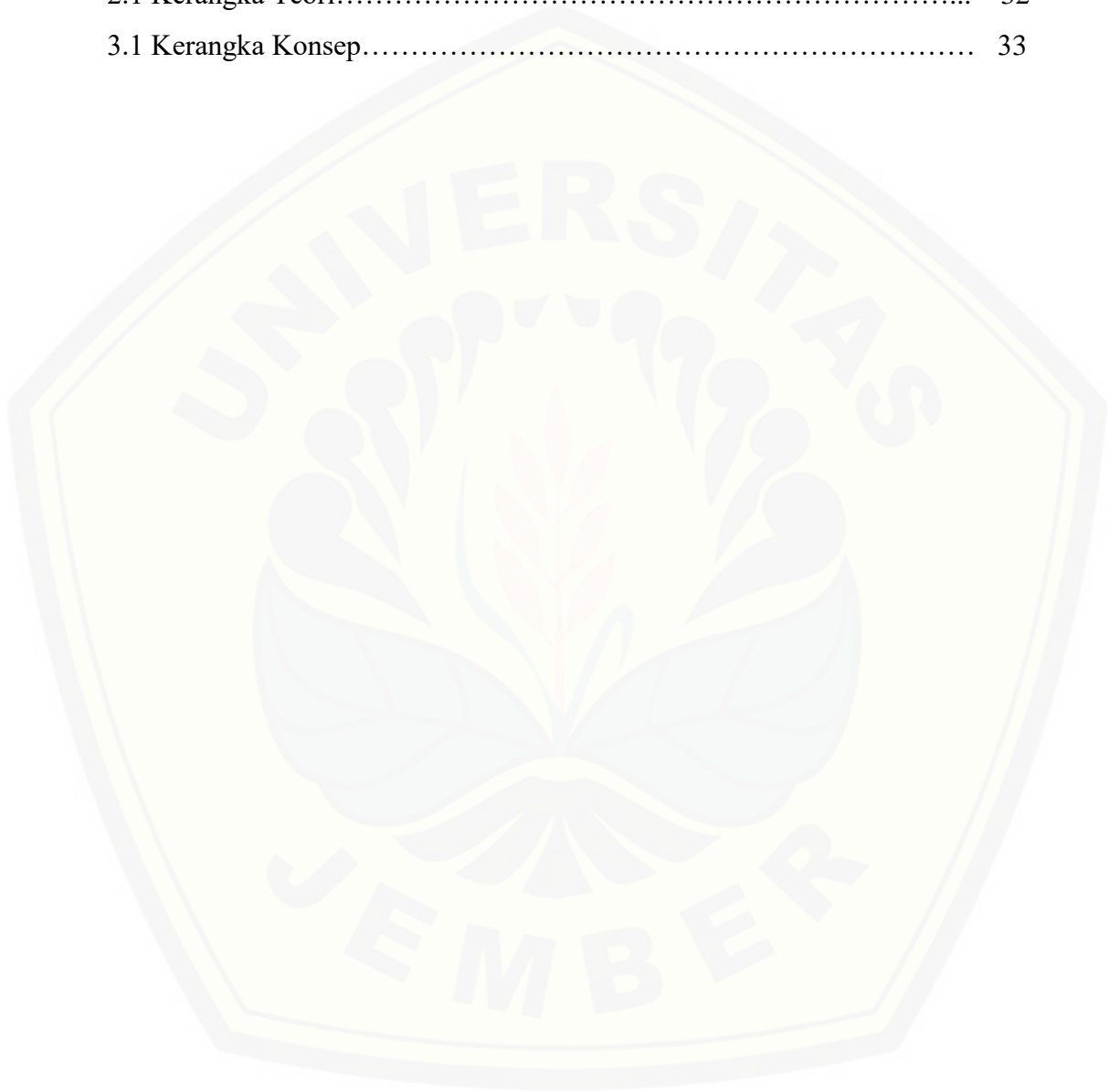
	Halaman
1.1 Keaslian penelitian	7
2.1 Klasifikasi <i>ICU</i> berdasarkan kelengkapan pelayanan.....	12
2.2 Klasifikasi <i>ICU</i> berdasarkan ketenagakerjaan	13
4.1 Waktu Penelitian	36
4.2 Definisi Operasional.....	38
4.3 <i>Blue Print</i> Kuesioner CCFNI.....	42
5.1 Rata-rata Usia Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember	48
5.2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember bulan Oktober-Desember 2018.....	48
5.3 Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember	50
5.4 Daftar 10 Item Kebutuhan Terpenting Dan Tidak Penting Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember	51
5.5 Distribusi Frekuensi Kebutuhan Jaminan Pelayanan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RS PTPN 10 Jember bulan Oktober-Desember 2018.....	52
5.6 Distribusi Frekuensi Kebutuhan Informasi Keluarga Pasien Perawatan Intensif RS PTPN 10 Jember bulan Oktober-Desember 2018.....	53
5.7 Distribusi Frekuensi Kebutuhan Kedekatan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RS PTPN 10 Jember bulan Oktober-Desember 2018.....	55
5.8 Distribusi Frekuensi Kebutuhan Dukungan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RS PTPN 10 Jember bulan Oktober-Desember 2018.....	56

5.9 Distribusi dan Persentase Kebutuhan Kenyamanan Keluarga
Pasien Perawatan Intensif RS PTPN 10 Jember bulan Oktober-
Desember 2018.....57



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	32
3.1 Kerangka Konsep.....	33



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	76
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	78
Lampiran 3. Lembar Data Demografi.....	79
Lampiran 4. Lembar Kuesioner CCFNI.....	81
Lampiran 5. Hasil Penelitian.....	83
Lampiran 6. Dokumentasi.....	98
Lampiran 7. Surat Keterangan Selesai Penelitian.....	99
Lampiran 8. Lembar Bimbingan DPU.....	100
Lampiran 9. Lembar Bimbingan DPA.....	102
Lampiran 10. Uji Etik.....	104

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Ruang Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit/ICU*) adalah bagian dari bangunan rumah sakit dengan kategori pelayanan kritis, selain instalasi bedah dan instalasi gawat darurat (Depkes RI, 2012). Paavilainen dkk (2017) menyebutkan bahwa peran serta keluarga dalam penanganan kegawat daruratan yang terjadi pada pasien merupakan bantuan yang sangat berarti. Paavilainen dkk (2017) mengidentifikasi bahwa 90 % masyarakat menilai keluarga adalah salah satu bagian penting dalam proses perawatan. Keluarga merupakan *supporting system* dalam proses penyembuhan pasien, apabila pasien tidak mendapatkan dukungan dari keluarganya maka akan berpengaruh pada proses penyembuhan dan pemulihan termasuk dalam segi spiritual (Morton dkk., 2012).

Peran keluarga sangat penting seperti kehadiran keluarga dalam fasilitator dan sumber informasi bagi perawat, pemberi harapan dan semangat, serta dapat membantu dalam memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien (McAdam dkk., 2008). Keluarga memiliki peran dan fungsi, yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan, memberikan perawatan, mempertahankan suasana yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, serta mempertahankan hubungan timbal balik antara lembaga kesehatan dengan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang telah disediakan (Friedman dkk., 2010). Nancy Molter telah melakukan penelitian pada tahun 1979 tentang kebutuhan keluarga di ruang *ICU*, hal ini ditujukan untuk memenuhi kebutuhan keluarga pasien (Freitas dkk., 2007).

Kebutuhan keluarga dalam perawatan intensif sering kali menjadi prioritas terendah (Dorris dan Warren, 1998). Kondisi kritis dan kondisi yang tidak menentu dari pasien dapat meningkatkan tingkat stress keluarga. Kebutuhan keluarga dalam segi informasi secara jelas dan jujur dapat mengurangi stress keluarga (Dorris dan Warren, 1998). Kebutuhan keluarga sendiri terdiri dari 5 aspek mulai dari

kebutuhan akan informasi, kepastian, kedekatan, kenyamanan, dan dukungan. Kebutuhan keluarga pasien di ruang *ICU* tidak terpenuhi secara keseluruhan, karena terjadi salah penilaian dari pentingnya kebutuhan tersebut (Ward, 2001).

Heyland dkk (2003) telah mengidentifikasi sebesar 54% keluarga merasakan kepuasan terutama dalam hal pengambilan keputusan. Penelitian yang dilakukan oleh Ozbayir dkk (2014) menyebutkan bahwa 84% keluarga mengatakan bahwa kebutuhan yang diperlukan adalah keyakinan dan kebutuhan akan informasi. Keyakinan yang dimaksudkan adalah untuk membuat diri sendiri percaya bahwa tenaga medis telah memberikan perawatan terbaik kepada pasien. Sedangkan untuk menerima informasi lebih cenderung setiap hari keluarga berhak untuk menerima informasi tentang pasien dari tenaga medis yang merawatnya. Muniyiginya dan Brysiewicz (2014) mendapatkan hasil pengukuran nilai kebutuhan keluarga yaitu rata-rata nilai tertinggi untuk subskala adalah kebutuhan untuk jaminan (3.17), kenyamanan (3.11), informasi (3,08), kedekatan (3,00), dan dukungan (2,64).

Penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh Saputra dan Utami (2015) di Rumah Sakit di Semarang didapatkan hasil bahwa kebutuhan jaminan pelayanan dianggap paling penting oleh sebagian besar responden (96.3%), kebutuhan dekat dengan pasien (86,4%), kebutuhan rasa nyaman (85,5%), kebutuhan akan informasi (79,8%), dan kebutuhan dukungan mental (72,3%). Lukmanulhakim dan Firdaus., (2018) telah melakukan penelitian dan mendapatkan hasil bahwa kebutuhan akan informasi merupakan suatu kebutuhan yang paling banyak terpenuhi (65,0%), sedangkan kebutuhan dukungan mental paling sedikit terpenuhi (57,5%). Akan tetapi pada provinsi Jawa Timur belum ada penelitian terkait kebutuhan keluarga, salah satunya di daerah Jember. Perbedaan dari segi demografi serta kebudayaan mempengaruhi dalam pemenuhan kebudayaan (Muniyiginya dan Brysiewicz, 2014; Lamore dkk., 2017). Selain faktor perbedaan kebudayaan, factor pekerjaan juga mempengaruhi salah satunya banyaknya perkebunan di daerah Jember sehingga banyak masyarakat bekerja sebagai petani.

Perawat merupakan tenaga kesehatan yang dekat dengan keluarga sehingga ia juga berperan penting dalam pemenuhan kebutuhan anggota keluarga pasien yang

sedang dirawat di ruang *ICU*. Pada penelitian yang dilakukan oleh Pradana (2014) kebutuhan keluarga diukur dengan menggunakan Kuesioner Data Demografi (KKD) dan Kuesioner Kebutuhan Keluarga (KKK). Kuesioner KKK terdiri dari lima komponen yaitu kebutuhan informasi, dukungan mental, rasa nyaman, kedekatan dengan pasien, dan jaminan pelayanan (Pradana, 2014). Akan tetapi, peneliti menggunakan kuesioner CCFNI dikarenakan kuesioner ini telah bersifat internasional dan banyak digunakan untuk menilai status kebutuhan keluarga secara global (Lamore dkk., 2017).

Nancy Molter pada tahun 1979 telah melakukan penelitian untuk mengembangkan daftar kebutuhan keluarga. Daftar kebutuhan keluarga tersebut kini menjadi alat ukur untuk mengukur kebutuhan keluarga yang disebut *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI). CCFNI terdiri dari 45 pertanyaan yang dibagi menjadi lima dimensi yaitu: informasi, jaminan, kedekatan, kenyamanan, dan dukungan (Ward, 2011). Tujuan dari alat ini adalah untuk menentukan peringkat dan mengevaluasi kebutuhan anggota keluarga yang dirasakan. Kebutuhan anggota keluarga dapat bervariasi sesuai dengan faktor-faktor yang beragam seperti demografi, budaya, pengalaman masa lalu, dan lingkungan (Munyiginya dan Brysiewicz, 2014)

Setiap anggota keluarga memiliki karakteristik yang berbeda antara satu dengan yang lainnya. Penelitian yang dilakukan oleh Hendra Saputra (2014) menunjukkan bahwa respon setiap individu berbeda. Perbedaan respon tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan lama rawat (Saputra, 2014). Hasil penelitian tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Sugimin (2017) menunjukkan adanya perbedaan respon antara anggota keluarga yang satu dengan yang lainnya. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi adalah usia, pekerjaan, tingkat pendidikan, dan jenis kelamin (Sugimin, 2017). Berdasarkan hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa perbedaan dari tingkat pendidikan sangat berpengaruh terhadap kebutuhan yang harus dipenuhi oleh tenaga kesehatan. Selain itu faktor pekerjaan dan biaya juga mempengaruhi terutama dalam hal kebutuhan kedekatan dan kenyamanan.

Pemenuhan kebutuhan keluarga dapat meningkat apabila perawat yang berada di *ICU* menunjukkan sikap untuk dekat dengan anggota keluarga pasien, menjadi advokat untuk peningkatan jam kunjung serta memberikan informasi tentang kemajuan kondisi pasien (Obringer dkk., 2012). Anggota keluarga biasanya melaporkan kebutuhan terbesar mereka adalah informasi tentang status dan peralatan yang digunakan tenaga medis untuk penanganan pasien (Obringer dkk., 2012).

Adapun dampak dari tidak terpenuhinya 5 dimensi kebutuhan keluarga, salah satunya yaitu tentang informasi terkait sakit dan penjelasan rencana pengobatan dapat meningkatkan kecemasan pada keluarga pasien (Lukmanulhakim dan Firdaus, 2018). Kecemasan yang dialami keluarga dapat berakibat terhadap prognosis dan pengobatan pasien di ruang *ICU* sehingga dapat mengakibatkan pengambilan keputusan yang tertunda dan pemberian tindakan secara intensif yang terlambat (Davidson dkk., 2017).

Keluarga pasien sering kali merasa tidak didukung dalam peran dan memerlukan informasi lebih lanjut dan tips untuk memenuhinya (Aubin dkk., 2017). Kebutuhan yang tak terpenuhi dapat mengganggu kualitas hidup mereka dan dapat berdampak negatif pada distress yang dirasakan. Melibatkan anggota keluarga untuk berkolaborasi dengan tenaga kesehatan dapat memenuhi kebutuhan individu mereka (Mitchell dkk., 2018). Oleh karena itu untuk mengisi kesenjangan tersebut dibutuhkan pengkajian mengenai perbedaan kebutuhan keluarga berdasarkan karakteristik responden.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “Bagaimana kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RS PTPN 10Jember?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RS PTPN 10 Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kebutuhan keluarga akan informasi di RS PTPN 10 Jember;
- b. Mengidentifikasi kebutuhan keluarga akan jaminan di RS PTPN 10 Jember;
- c. Mengidentifikasi kebutuhan keluarga akan kedekatan di RS PTPN 10 Jember;
- d. Mengidentifikasi kebutuhan keluarga akan kenyamanan di RS PTPN 10 Jember;
- e. Mengidentifikasi kebutuhan keluarga akan dukungan di RS PTPN 10 Jember.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Manfaat bagi peneliti dalam penelitian dengan judul kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RS PTPN 10 Jember Wilayah Jember adalah dapat meningkatkan kemampuan dalam melakukan penelitian, mampu berpikir kritis dan ilmiah serta meningkatkan pengetahuan tentang gambaran kebutuhan keluarga berdasarkan karakteristik responden.

1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Manfaat bagi dosen di pendidikan keperawatan adalah dapat menjadi bahan ajar dalam proses pembelajaran. Manfaat bagi mahasiswa keperawatan adalah dapat menjadi sumber rujukan tentang gambaran kebutuhan keluarga berdasarkan karakteristik terutama di wilayah agrikultur atau perkebunan.

1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Manfaat bagi pelayanan kesehatan adalah dapat menjadi sumber informasi dan pertimbangan dalam membuat kebijakan atau strategi pemecahan masalah terkait dengan kebutuhan keluarga terutama di kawasan perkebunan.

1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat

Manfaat bagi masyarakat adalah sebagai informasi tambahan mengenai kebutuhan keluarga pasien yang berada di Ruang *ICU*. Selain itu masyarakat bisa mendapatkan kebutuhannya terutama bagi mereka yang sedang menjaga atau menjadi keluarga salah satu pasien di Ruang *ICU*.

1.5 Keaslian penelitian

Penelitian yang berjudul “Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember” belum ada yang meneliti. Ada beberapa penelitian yang mendukung peneliti untuk melakukan penelitian ini antara lain yang berjudul *The Needs Of Families Of Trauma Intensive Care Patients: A Mixed Methods Study*; *Needs Of Adult Family Members Of Intensive Care Unit Patients*; dan *The Needs of patient family members in intensive care unit in Kigali, Rwanda*.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian mahasiswa
1.	Judul penelitian	<i>The Needs Of Families Of Trauma Intensive Care Patients: A Mixed Methods Study</i>	<i>Needs Of Adult Family Members Of Intensive Care Unit Patients</i>	<i>The Needs of patient family members in intensive care unit in Kigali, Rwanda</i>	Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember
2.	Variabel Independen	Kebutuhan keluarga pada pasien perawatan intensif trauma	Kebutuhan anggota keluarga dewasa pasien di <i>Intensive Care Unit</i>	<i>Kebutuhan keluarga pasien di ruang Intensive Care Unit</i>	Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif
3.	Variabel Dependen	-	-	-	-
4.	Tahun	2018	2011	2014	2018
5.	Tempat	Unit Perawatan Intensif Tersier di Australia	Ruang <i>ICU</i> di Amerika Serikat	Rumah Sakit Kigali, Rwanda	RS PTPN Jember Klinik
6.	Sampel	214 partisipan, terdiri dari 111 perawat dan 103 keluarga pasien ICU	50 partisipan	40 Partisipan	52 Partisipan
7.	Peneliti	Marion Mitchell, Toni Dwan, Mari Takashima, Kellie Beard, Sean Birgan, Krista Wetzig, Angela Tonge	Kelley Obringer, Cheryl Hilgenberg, dan Booker	Munyiginya, P & P Kathy Brysiewicz	Anggi Sulistiyani

8.	Desain Penelitian	<i>sequential mix method</i>	Desain survey kuantitatif	Desain eksplorasi kuantitatif	Deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>
9.	Teknik Sampling	<i>Purposive sampling</i>	<i>Convenience sampling</i>	<i>Convenience sampling</i>	<i>purposive sampling</i>
10.	Instrumen Penelitian	1. CCFNI (<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>) 2. Wawancara 3. Data demografi pasien 4. Data perawat ICU	1. CCFNI (<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>) 2. Data Demografi	3. NMI (<i>Needs Met Inventory</i>) 4. Wawancara	CCFNI (<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>)
11.	Uji Statistik	1. Teknik analisis deskriptif 2. Teknik analisis tematik induktif	Tehnik analisis deskriptif	1. Uji univariat 2. Analisis kontekstual tematik	Uji Univariat
12.	<i>Search Engine</i>	<i>Elsevier</i>	<i>Sciendirect</i>	<i>Directory of Open Access Journal</i>	-

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Unit Perawatan Intensif

2.1.1 Definisi

Intensive care unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri, dengan staf dan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan, dan terapi pasien yang menderita penyakit akut, cedera atau penyulit yang mengancam nyawa (Kemenkes, 2010). *ICU* menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana, serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan staf medis dan perawat yang telah berpengalaman dalam pengelolaan kasus dan keadaan tertentu.

2.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan *ICU*

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

- 1) Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik mengenai penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian bagi seseorang;
- 2) Memberikan bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh seseorang serta melakukan tindakan yang segera untuk kelangsungan hidup seseorang;
- 3) Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan komplikasi;
- 4) Memberikan dukungan psikologis pada pasien dan keluarga terutama bagi pasien yang kehidupannya bergantung pada obat dan alat.

2.1.3 Karakteristik Pasien *ICU*

Pasien yang dirawat di *ICU* adalah pasien dengan gangguan akut yang masih dapat pulih kembali. Menurut Kemenkes (2010), ada beberapa karakteristik pasien di ruang *ICU* antara lain:

- 1) Pasien yang membutuhkan intervensi medis segera oleh Tim *intensive care*;

- 2) Pasien yang membutuhkan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta membutuhkan pengawasan secara terus menerus;
- 3) Pasien sakit kritis yang membutuhkan pemantauan secara kontinyu dan membutuhkan tindakan segera untuk mencegah dekompensasi fisiologis.

2.1.4 Indikasi Masuk dan Keluar *ICU*

Tujuan dari pelayanan *ICU* adalah memberikan pelayanan medis tertitrasi dan berkelanjutan. Pelayanan ini ditujukan kepada pasien yang sakit kritis. Pasien kritis meliputi:

- 1) Pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat, atau tenaga medis lain yang terkoordinasi dan berkelanjutan. Pasien yang memerlukan perhatian secara teliti dan dilakukan pengawasan secara ketat dan terus menerus serta terapi titrasi;
- 2) Pasien yang berada dalam bahaya, mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan secara merata dan terus-menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah adanya penyulit yang merugikan pasien. (Kemenkes, 2010).

1. Kriteria masuk

Kriteria masuk pasien masuk *ICU* didasarkan pada prioritas yang telah ditentukan secara objektif (berdasarkan beratnya penyakit dan prognosinya), kriteria masuk tersebut antara lain:

a. Pasien prioritas 1

Pasien prioritas satu adalah pasien sakit kritis dengan kondisi tidak stabil sehingga membutuhkan terapi intensif dan tertitrasi, seperti: bantuan ventilasi, alat bantu suportif organ atau system yang lain. Institusi dapat membuat kriteria yang lebih spesifik untuk pasien masuk *ICU*, misalnya derajat hipoksemia, hipotensi dibawah tekanan tertentu. Pada pasien dengan prioritas satu terapi umumnya tidak terbatas (Kemenkes, 2010).

b. Pasien prioritas 2

Pasien prioritas dua adalah pasien yang membutuhkan pemantauan canggih di *ICU*, dikarenakan sangat beresiko apabila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial catheter. Terapi pada pasien prioritas dua tidak terbatas dikarenakan kondisinya yang selalu berubah-ubah (Kemenkes, 2010).

c. Pasien prioritas 3

Pasien prioritas 3 adalah pasien kritis yang status kesehatannya tidak stabil sebelumnya, penyakit yang mendasari atau penyakit akutnya, baik itu tunggal atau kombinasi. Kemungkinan sembuh untuk pasien prioritas 3 sangat kecil. Contoh dari pasien prioritas tiga adalah pasien dengan keganasan metastasik disertai dengan penyulit infeksi. Perawatan pasien prioritas tiga hanya untuk mengatasi keganasan akutnya dan tidak sampai melakukan tindakan intubasi atau resusitasi jantung paru (Kemenkes, 2010).

d. Pengecualian

Pasien dalam kelompok pengecualian, dengan pertimbangan luar dan persetujuan kepala *ICU*, indikasi masuk bisa dikecualikan dengan catatan kelompok ini dapat dikeluarkan sewaktu-waktu agar sarana dan prasarana yang ada dapat digunakan oleh kelompok pasien prioritas satu, dua, atau tiga. Pasien yang masuk dalam kategori ini adalah pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup, pasien dalam keadaan vegetatif permanen, dan pasien dengan mati batang otak (Kemenkes, 2010)

2. Kriteria keluar

Kriteria pasien keluar dari *ICU* (dipindahkan dari *ICU*) adalah dengan pertimbangan medis oleh kepala *ICU* dan tim yang merawat pasien tersebut.

2.1.5 Klasifikasi Pelayanan ICU

Pelayanan ICU dibagi menjadi beberapa klasifikasi. Klasifikasi pelayanan ICU dibagi berdasarkan jenis tenaga dan kelengkapan pelayanan (Kemenkes, 2010). Klasifikasi pelayanan ICU di rumah sakit dapat dilihat pada tabel 2.1.

1) Klasifikasi ICU berdasarkan kelengkapan pelayanan

Klasifikasi ICU berdasarkan kelengkapan pelayanan dibagi dalam tiga klasifikasi yaitu :

- a. Pelayanan ICU Primer (rumah sakit kelas C)
- b. Pelayanan ICU sekunder (rumah sakit kelas B)
- c. Pelayanan ICU tersier (rumah sakit kelas A)

Tabel 2.1 Klasifikasi ICU berdasarkan kelengkapan pelayanan

Kemampuan Pelayanan		
Primer	Sekunder	Tersier
Resusitasi jantung paru Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Resusitasi jantung paru Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Resusitasi jantung paru Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik
Terapi oksigen Pemasangan kateter vena sentral	Terapi oksigen Pemasangan kateter vena sentral dan arteri	Terapi oksigen Pemasangan kateter vena sentral, arteri, <i>Swan Ganz</i> , dan ICP monitor
Pemantauan EKG, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasif	Pemantauan EKG, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasif dan invasif	Pemantauan EKG, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasif dan invasif, <i>Swan Ganz</i> dan ICP serta ECHO monitor
Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi
Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
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

Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada
-	Melakukan prosedur isolasi	Melakukan prosedur isolasi
-	Melakukan hemodialisis intermitten dan kontinyu	Melakukan hemodialisis intermitten dan kontinyu

2) Klasifikasi *ICU* berdasarkan ketenagakerjaan

Klasifikasi *ICU* berdasarkan ketenagakerjaan terdiri tenaga dokter intensivis, dokter spesialis dan dokter yang telah mengikuti pelatihan *ICU* serta perawat yang telah mengikuti pelatihan *ICU*. Klasifikasi tersebut dapat dilihat pada table dibawah ini:

Tabel 2.2 Klasifikasi *ICU* berdasarkan ketenagakerjaan

Jenis Tenaga	Klasifikasi Pelayanan		
	Primer	Sekunder	Tersier
Kepala <i>ICU</i>	1. Dokter spesialis anesthesiologi. 2. Dokter spesialis lain yan telah mengikuti pelatihan <i>ICU</i> (jika belum ada dokter spesialis anesthesiologi)	1. Dokter intensivis. 2. Dokter spesialis anesthesiologi (jika belum ada dokter intensivis)	Dokter intensivis
Tim medis	1. Dokter spesialis sebagai konsultan (yang dapat dihubungi setiap diperlukan). 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusiatasi jantung paru yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan	1. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan). 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS	1. Dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan). 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS, dan FCCS

		bantuan hidup lanjut)	
Perawat terlatih	Perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	Minimal 50% dari jumlah perawat di <i>ICU</i> merupakan perawat terlatih dan bersertifikat <i>ICU</i>	Minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di <i>ICU</i> merupakan perawat terlatih dan bersertifikat <i>ICU</i>
Tenaga medis non	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga administrasi di <i>ICU</i> harus mempunyai kemampuan untuk mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga administrasi di <i>ICU</i> harus mempunyai kemampuan untuk mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga administrasi di <i>ICU</i> harus mempunyai kemampuan untuk mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga laboratorium 3. Tenaga kefarmasian 4. Tenaga pekarya 5. Tenaga kebersihan 6. Tenaga rekam medik 7. Tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian

2.1.6 Falsafah Asuhan Keperawatan Kritis

Pelayanan keperawatn intensive disediakan dan diberikan kepada pasien dalam keadaan gawat darurat sehingga perlu ditangani dan diawasi secara ketat, terus-menerus dan segera. Pelayanan keperawatan intensif diberikan melalui pendekatan multi disiplin secara komprehensif. Adapun seorang perawat yang berkerja di *ICU* mempunyai falsafah sebagai berikut (Team PPP HIPERCI, 2018):

- 1) memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga dengan masalah fisiologis akut dan tidak stabil;
- 2) bekerja pada lingkungan dengan alat-alat teknologi canggih;
- 3) harus mempunyai pengetahuan mengenai fisiologi, patofisiologi dan farmakologi;
- 4) mampu untuk menggunakan teknologi tinggi untuk mengukur parameter fisiologis dengan tepat.

Dengan demikian seorang perawat *critical care* harus meyakini bahwa (Team PPP HIPERCI, 2018):

- a) setiap pasien mempunyai kebutuhan individual dan berhak untuk mendapatkan pelayanan terbaik;
- b) kepedulian dan perhatian *caring* dari team keperawatan;
- c) kualitas hidup pasien optimal dengan didukung lingkungan internal, eksternal, fisik dan psikologis;
- d) lingkungan kerja yang kondusif dengan fasilitas yang memadai;
- e) kualifikasi tenaga perawat yang memiliki sertifikat khusus;
- f) pelayanan multidisiplin.

2.2 Konsep *Family Centered Care*

2.2.1 Keluarga

a. Definisi keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dimana setiap individu memiliki perannya masing-masing (Friedman dkk., 2010). Keluarga memiliki keragaman pada setiap anggotanya dan seorang pasien juga memiliki nilai-nilai yang berbeda mengenai keluarganya (Potter dan Perry, 2009).

b. Fungsi dan Peran keluarga

Fungsi keluarga didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga (Friedman dkk., 2010). Terdapat 5 fungsi keluarga antara lain (Friedman dkk., 2010) :

1) Fungsi Afektif

Fungsi afektif atau bisa disebut sebagai fungsi pemeliharaan kepribadian memiliki fungsi sebagai stabilitas kepribadian setiap anggota keluarga serta memenuhi kebutuhan-kebutuhan anggota keluarga itu sendiri.

2) Fungsi Sosialisasi

Keluarga selain memiliki fungsi sosialisasi juga memiliki fungsi sebagai penempatan sosial. Fungsi sosialisasi didalam keluarga berguna untuk melakukan sosialisasi primer anak-anak sehingga mereka dapat menjadi masyarakat yang produktif dan berguna bagi nusa dan bangsa.

3) Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi bertujuan untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga, tidak hanya mempertahankan keturunan tetapi juga mengembangkan fungsi reproduksi secara menyeluruh diantaranya seksualitas yang sehat dan berkualitas (BKKBN, 2013). Adapun fungsi reproduksi menurut BKKBN terdiri dari 4 fungsi antara lain:

- a) Membina hubungan keluarga untuk wahana pendidikan reproduksi yang sehat dan berkualitas bagi setiap anggota keluarga.
- b) Memberikan contoh kepada anggota keluarga lainnya tentang kaidah pembentukan keluarga misalnya usia, pendewasaan fisik dan mental.
- c) Mengamalkan kaidah dalam bereproduksi yang sehat dan baik. Salah satu contoh pengamalannya adalah pada waktu melahirkan, jarak antara anak yang satu dengan lainnya, dan jumlah ideal anak yang diharapkan dalam keluarga.
- d) Mengembangkan kehidupan reproduksi yang sehat sebagai modal utama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

4) Fungsi Ekonomi

Pada fungsi ekonomi, keluarga sebagai unsur kemandirian dan ketahanan keluarga. Fungsi ekonomi melibatkan penyediaan sumber daya yang cukup bagi keluarga baik dari segi finansial, ruang, dan materi. Selain itu fungsi ekonomi keluarga mengatur alokasi perekonomian yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan.

5) Fungsi Perawatan Keluarga

Fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan terhadap bahaya. Pelayanan dan praktik kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga (Friedman dkk., 2010).

Selain memiliki fungsi, keluarga juga memiliki peran. Peran keluarga adalah tingkah laku yang diharapkan oleh seseorang dalam suatu konteks. Peranan keluarga menggambarkan individu dalam posisi dan situasi tertentu dimana peran tersebut didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok, dan masyarakat. Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing, antara lain ayah, dimana seorang ayah memiliki peran sebagai tulang punggung keluarga, pendidik, pelindung, pemberi rasa aman bagi setiap anggota keluarga dan juga sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu (Setiadi, 2008).

Selain seorang ayah, ibu juga berperan sebagai pengurus rumah tangga, pengasuh, pendidik anak-anaknya, pelindung keluarga dan sebagai anggota masyarakat kelompok sosial tertentu. Kemudian seorang anak berperan sebagai perilaku psikososial sesuai dengan perkembangan fisik, mental, sosial, dan spiritualnya (Setiadi, 2008).

2.2.2 *Family Centered Care*

a. Definisi *Family Centered Care*

Family centered care di definisikan menurut Harson (De Fretes, 2012), sebagai suatu pendekatan inovatif dalam merencanakan, melakukan dan mengevaluasi

tindakan keperawatan yang diberikan kepada anak didasarkan pada manfaat hubungan antar perawat dan keluarga yaitu orang tua.

Menurut Stower (De Fretes, 2012), *Family centered care* merupakan suatu pendekatan yang holistik. Pendekatan *Family centered care* tidak hanya memfokuskan asuhan keperawatan kepada anak sebagai klien atau individu dengan kebutuhan biologis, psikologi, sosial, dan spiritual (biopsikospritual) tetapi juga melibatkan keluarga sebagai bagian yang konstan dan tidak bisa dipisahkan dari kehidupan anak.

b. Tujuan *Family Centered Care*

Family centered care memiliki tujuan untuk memberikan kesempatan bagi orang tua untuk merawat anak mereka selama proses hospitalisasi dengan aturan yang sesuai di rumah sakit dan pengawasan perawat (De Fretes, 2012). Selain itu *Family centered care* memiliki tujuan untuk meminimalkan trauma selama proses hospitalisasi dan untuk meningkatkan kemandirian dari keluarga dalam proses perawatan di rumah sakit ataupun dirumah. *Family centered care* juga bertujuan untuk memfasilitasi membangun hubungan dan menyediakan fasilitas dan layanan yang memfasilitasi keluarga (Elliott dkk., 2012).

c. Konsep dan Elemen *Family Centered Care*

Family centered care memiliki empat konsep dan sembilan elemen yang harus dilakukan dengan baik. Konsep *Family centered care*, antara lain (Shelton dkk., 2008):

1) Martabat dan kehormatan

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

2) Berbagi informasi

Praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada

pasien dan keluarga. Pasien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

3) Partisipasi

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

4) Kolaborasi

Pasien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan.

ACCH mengidentifikasi elemen-elemen yang ada didalam *family centered care*. Elemen-elemen tersebut antara lain (Shelton dkk., 2008):

- a) Perawat menyadari bahwa keluarga adalah bagian yang konstan dalam kehidupan, sementara sistem layanan dan anggota dalam sistem tersebut berfluktuasi.
- b) Memfasilitasi kerjasama antara keluarga dengan perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan, merawat secara individual, pengembangan program, pelaksanaan dan evaluasi.
- c) Meningkatkan kekuatan keluarga, dan mempertimbangkan metode-metode alternatif dalam coping.
- d) Memperjelas hal-hal yang kurang jelas dan informasi lebih komplit oleh orang tua tentang perawatan anaknya yang tepat.
- e) Menimbulkan kelompok *support* antara orang tua.
- f) Mengerti dan memanfaatkan sistem pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan perkembangan bayi, anak, dewasa, dan keluarganya.
- g) Melaksanakan kebijakan dan program yang tepat, komprehensif meliputi dukungan emosional dan finansial dalam memenuhi kebutuhan kesehatan keluarganya.

- h) Menunjukkan desain transportasi perawatan kesehatan fleksibel, *accessible*, dan *responsive* terhadap kebutuhan pasien.
- i) Implementasi kebijakan dan program yang tepat komprehensif meliputi dukungan emosional dengan staff.

2.2.3 *Family Centered Care di Ruang ICU*

Institut dari *Family Centered Care* mendefinisikan *family centered care* sebagai suatu pendekatan inovatif untuk perencanaan, pengiriman, dan evaluasi kesehatan dimana diatur oleh kemitraan yang saling menguntungkan yaitu antara penyedia layanan kesehatan, pasien dan keluarga (Elliott dkk., 2012). Perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga ini diperuntukkan untuk pasien dengan segala usia dan dapat dipraktekkan dalam pengaturan perawatan kesehatan apapun. *Family centered care* melibatkan orang tua sehingga mereka dapat berperan aktif dalam perawatan (Akbarbegloo dkk., 2009; Soury-Lavergne dkk., 2012; O'Brien dkk., 2013).

Perawatan yang berpusat keluarga didasarkan pada sikap saling menghormati dan kemitraan diantara pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan. Perawatan ini menggabungkan semua aspek perawatan mulai dari fisik dan psikososial, dari tahap pengkajian hingga evaluasi (Webster dan Johnson, 1999). Tenaga kesehatan yang menghargai keluarga selama perawatan kritis berusaha untuk memberikan fasilitas, menyediakan kenyamanan dan pelayanan sedekat mungkin selama berada di rumah sakit (Cypress, 2010). Penerapan dari konsep perawatan yang berpusat keluarga tersebut memiliki beberapa dampak baik dari perubahan lingkungan fisik (peningkatan privasi dan kenyamanan) hingga perubahan positif bagi tenaga medis.

Anggota keluarga sering menjadi pengambil keputusan terutama dalam hal pemilihan pengobatan pasien karena adanya gangguan kognitif pasien (Elliott dkk., 2012). Kontribusi mereka dalam pengambilan keputusan diperlukan terutama pada situasi-situasi perawatan yang akut dan berkesinambungan walaupun pemahaman antara keluarga dan tim kesehatan berbeda. Oleh karena itu kehadiran anggota

keluarga tidak hanya sebagai *support* untuk pasien, tetapi juga untuk keperawatan berkelanjutan. Situasi tersebut dapat menyebabkan stress dan kecemasan bagi anggota keluarga sehingga keluarga perlu untuk mempersiapkan diri dan emosi.

Strategi untuk meningkatkan perawatan yang berpusat pada keluarga dalam area perawatan kritis dewasa adalah dengan melibatkan anggota keluarga dalam bermitra dengan tenaga kesehatan terutama perawatan untuk mempertimbangkan dan memaparkan keterlibatan anggota keluarga dalam menyediakan perawatan dasar yang menyenangkan bagi kerabat keluarga di ruang *ICU* (Mitchell dkk., 2009). Akan tetapi, masih ditemukan bahwa terdapat komunikasi di *ICU* yang tidak adekuat pada pasien dengan akhir kehidupan (Curtis dan White, 2008). Hal tersebut didukung oleh observasi yang dilakukan oleh Hendrawati dkk., (2017) yang menunjukkan bahwa besarnya beban dan kesibukan perawat di *ICU* membuat interaksi dengan keluarga hanya untuk memberikan informasi mengenai kesehatan klien. Komunikasi yang baik merupakan dasar diantara keluarga dan tim tenaga medis (Curtis dan White, 2008). Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa anggota keluarga menginginkan kejujuran dalam berkomunikasi dan kepastian (Apatira et al, 2008). Terdapat beberapa hal yang perlu dilakukan oleh tenaga medis terutama seorang perawat terhadap keluarga dengan pasien di *ICU* antara lain:

1) Memahami keluarga pasien

Langkah pertama yang harus dilakukan untuk komunikasi secara efektif dengan keluarga pasien di *ICU* adalah memahami dan menghargai cerita mereka. Tindakan tersebut lebih baik dilakukan oleh seorang perawat dikarenakan mereka lebih dekat dan 24 jam berada disamping pasien beserta keluarganya dibandingkan dengan tenaga medis lainnya (Wiegand dkk., 2013). Di Gangi dkk (2013) menyebutkan bahwa di dalam mendengarkan cerita keluarga terdapat 3 hal yang harus diperhatikan yaitu:

- a) apa yang keluarga mengerti mengenai kondisi medis pasien;
- b) kata dan Bahasa yang digunakan dalam berkomunikasi mengenai kondisi medis pasien (dalam hal berkomunikasi perawat dapat menggunakan bahasa yang umum dan sederhana);

- c) bagaimana perasaan keluarga terhadap situasi yang sedang dihadapi serta mekanisme koping yang digunakan sebagai support system.

Selain itu perawat dapat berbagi cerita keluarga, perasaan yang dirasakan oleh keluarga dengan anggota tim kesehatan lainnya, hal ini bertujuan untuk berdiskusi sehingga memberikan petunjuk mengenai tujuan perawatan dan kualitas hubungan antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan (Wiegand dkk., 2013). Perawat harus mendokumentasikan informasi yang didapat didalam rekam medis.

2) Menjaga pemberian informasi kepada keluarga

Hubungan yang telah terjalin antara keluarga dan tim kesehatan di ruang ICU memberikan berbagai manfaat salah satunya yaitu informasi. Tim kesehatan penting untuk tetap memberikan informasi kepada keluarga pasien. Hal ini dapat dilakukan dengan cara memberi keluarga pembaruan informasi dan dukungan regular (Wiegand dkk., 2013). Kebanyakan pasien kritis yang berada didalam ruang *ICU* memiliki intervensi yang beragam, tanda-tanda pemulihan maupun kemunduran status kesehatan pasien (Wiegand, 2008).

3) Melakukan pertemuan keluarga

Pertemuan keluarga merupakan salah satu mekanisme yang sangat membantu untuk memperbarui keluarga (Wiegand dkk., 2013). Lilly dkk (2003) menemukan bahwa pertemuan keluarga dini (dilakukan dalam 72 jam setelah pasien masuk ke ruang *ICU*) efektif dalam meningkatkan waktu pengambilan keputusan keluarga dan tim kesehatan terkait dengan tujuan perawatan pasien dan akses awal perawatan paliatif.

Hal ini memberi tim kesehatan waktu untuk memahami situasi medis pasien dan melibatkan keluarga di awal perawatan *ICU* dengan cara berdiskusi. Pertemuan keluarga dini dapat membantu keluarga siap untuk kemungkinan hasil yang buruk dan memastikan bahwa orang yang mereka cintai menerima jenis perawatan yang tepat (Wiegand dkk., 2013). Setelah pertemuan awal dapat diagendakan untuk pertemuan selanjutnya setiap beberapa hari, hal ini untuk

memastikan bahwa semua yang terlibat dan apa yang terjadi secara medis terjadi sesuai dengan keputusan yang diambil (Davidson dkk., 2007).

4) Pembuatan rencana akhir kehidupan pasien.

Pembuatan keputusan merupakan suatu hal yang rumit. Keluarga pasien dan tim kesehatan perlu bekerja sama dalam pembuatan keputusan untuk pasien. Konferensi yang dilakukan oleh *The International Consensus Conference In Critical Care*, *The American College Of Chest Physiciaans*, dan *The Society Of Critical Care Medicine* merekomendasikan model keputusan bersama dimana keputusan didapatkan dari nilai yang pegang oleh pasien dan pendapat terbaik dari tenaga medis di ruang *ICU* (Carlet dkk., 2004; Davidson dkk., 2007). Aspek penting dari proses ini adalah mengidentifikasi apakah pasien dapat berpartisipasi atau tidak, apabila pasien tidak dapat berpartisipasi maka dibutuhkan pengganti dari anggota keluarga untuk berkomunikasi dalam pengambilan keputusan bersama dengan melakukan pertemuan keluarga atau konferensi antara tim kesehatan dan anggota keluarga (Carlet dkk., 2004). Faktor-faktor penting yang mempengaruhi keputusan anggota keluarga untuk menyetujui menahan atau menarik terapi penunjang kehidupan (LST) meliputi: kualitas hidup yang buruk, prognosis keseluruhan yang buruk, tingkat penderitaan pasien, dan penjelasan tentang kejadian sebelumnya (Wiegand dkk., 2013).

2.3 Konsep Kebutuhan Keluarga di Ruang Intensif

2.3.1 Kebutuhan Keluarga di Ruang Intensif

Ruang Perawatan Intensif (*Intensive Care Unit/ICU*) adalah bagian dari bangunan rumah sakit dengan kategori pelayanan kritis, selain instalasi bedah dan instalasi gawat darurat (Depkes RI, 2012). Paavilainen dkk (2017) menyebutkan bahwa peran serta keluarga dalam penanganan gawat darurat yang terjadi pada pasien merupakan bantuan yang sangat berarti pada pasien. Akan tetapi keluarga pasien yang anggota keluarganya dalam keadaan kritis, mengalami kecemasan yang tinggi. Kecemasan yang dirasakan keluarga menjadi sumber daya ketidakfungsian

perawatan pasien. Selain itu kecemasan keluarga dapat dikomunikasikan atau ditransfer kepada pasien sehingga berakibat memperparah penyakit dan menghambat proses penyembuhan. Menurut penelitian (Stuart, 2013). Model perawatan dipusatkan pada keluarga (*Family Centered Model*) adalah konsep yang memperlakukan pasien dan keluarga sebagai bagian yang tidak terpisahkan.

Kebutuhan keluarga dalam perawatan intensif harus diperhatikan. Kebutuhan akan informasi mengenai kondisi pasien, penyediaan dukungan psikologis dan bimbingan keluarga mengenai kesehatan pasien sangat diperlukan dalam fase adaptasi keluarga selama perawatan pasien di *ICU*. Kondisi seperti ini dapat mengakibatkan anggota keluarga mulai mengalami penurunan kendali dan semakin meningkatkan tingkat kecemasan dengan ditunjang oleh kurangnya pengetahuan mereka. Menurut Ward (2001) kebutuhan keluarga dibagi kedalam 5 hal yaitu:

1) Kebutuhan akan informasi (*information*)

Komunikasi adalah proses dua arah dan perlu diterima dengan cara yang tepat (Elliott dkk., 2012). Dalam perawatan pasien *ICU* keluarga perlu untuk mendapatkan informasi terbaru, jujur dan keberlanjutan mengenai kondisi pasien. Kebutuhan keluarga akan informasi dan kepastian adalah hal yang terpenting selama perawatan kritis. Mereka perlu untuk mengetahui progress dan prognosis dari pasien. Informasi yang didapatkan keluarga menunjang dalam pengambilan keputusan dan rencana mereka terhadap intervensi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Strategi untuk meningkatkan komunikasi dengan anggota keluarga adalah dengan mengadakan sesi pendidikan bersama perawat untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga (Elliott dkk., 2012). Setelah kebutuhan diidentifikasi, program khusus dapat dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Berdasarkan hasil penelitian strategi ini efektif ketika dua sesi yaitu selama satu jam dilakukan dengan anggota keluarga terutama dengan tingkat kecemasan yang rendah dan tingkat kepuasa yang tinggi (Chien dkk., 2006). Selain strategi tersebut terdapat cara lain untuk penyampaian dan pertukaran informasi antara keluarga pasien dengan tim kesehatan yaitu dengan melakukan pertemuan rutin antara keduanya. Pertemuan yang dilakukan secara

rutin ini memiliki tujuan yang sama yaitu untuk membuat keputusan penting tentang perawatan berkelanjutan dan berdiskusi mengenai rencana perawatan menurut keluarga untuk pasien sehingga bisa diintegrasikan ke dalam perawatan pasien (Elliott dkk., 2012).

2) Kebutuhan terhadap jaminan (*assurance*)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ward (2001) didapatkan hasil bahwa orang tua mempunyai harapan kesembuhan bayinya yang dirawat dengan mendapatkan perawatan yang tepat dan benar dari tenaga kesehatan. Hal ini berhubungan dengan pasien dewasa dimana setiap anggota keluarga juga menginginkan kepastian mengenai perawatan dan kondisi pasien dengan jujur dan jelas.

3) Kebutuhan terhadap kedekatan (*proximity*)

Hasil penelitian oleh Davidson dkk., (2007) menunjukkan bahwa kebutuhan terhadap kedekatan dengan pasien dan dapat mengunjungi pasien setiap waktu merupakan kebutuhan yang sangat penting, karena keluarga bisa mendapatkan informasi yang penting. Penelitian yang dilakukan oleh McAdam dkk (2008) menjelaskan bahwa dengan mendampingi anggota keluarga yang sakit kritis, dapat melihat anggota keluarga yang sakit dan juga mendapatkan informasi mengenai perkembangan kondisi pasien tersebut dapat mengurangi kecemasan yang dirasakan oleh keluarga.

4) Kebutuhan terhadap kenyamanan (*comfort*)

Jurnal yang berjudul *Guidelines for Family Centered Care In The Neonatal, Pediatric, and Adult ICU* menjelaskan bahwa dukungan yang diperlukan oleh keluarga bisa didapatkan dengan cara meningkatkan kepercayaan anggota keluarga serta meningkatkan kesehatan psikologis keluarga selama berada di *ICU* (Davidson dkk., 2007). Perawat dapat melakukan suatu tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan dukungan antara lain dengan memberikan mendukung keluarga sehingga kecemasan yang dirasakan menurun, memvalidasi setiap tindakan dan peralatan yang digunakan selama masa perawatan.

5) Kebutuhan akan dukungan (*support*)

Membantu transisi keluarga dari hidup sampai mati serta memfasilitasi awal dari proses kesedihan bagi keluarga. Sangat penting bahwa anggota tim perawatan kesehatan mendukung keluarga selama proses kematian. Keluarga perlu tahu bahwa mereka akan didukung dan tidak ditinggalkan oleh penyedia layanan kesehatan selama proses kematian (Wiegand dkk., 2013). Dukungan akan diberikan oleh perawat *ICU* dan dokter. Dukungan tambahan juga dapat diberikan oleh anggota atau anggota tim perawatan paliatif, seorang pendeta, pekerja sosial, dan spesialis kematian (Wiegand dkk., 2013).

2.3.2 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Keluarga di Ruang Intensif

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Sugimin (2017) didapatkan hasil bahwa ada beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan keluarga salah satunya adalah karakteristik responden. Karakteristik responden digunakan untuk mengetahui karakteristik berdasarkan jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan lain sebagainya. Hal tersebut dapat memberikan gambaran mengenai kondisi dari responden terkait masalah yang sedang diteliti.

1) Jenis kelamin

Jenis kelamin terdiri dari laki-laki dan perempuan. Perempuan cenderung memiliki sifat keibuan, telaten, perhatian, dan lembut, sehingga pasien biasanya merasa lebih nyaman apabila ditunggu oleh seorang perempuan (Sugimin, 2017). Selain itu, perempuan juga cakap dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarganya, sehingga perempuan sangat berperan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan secara baik dan berkualitas. Seorang perempuan pada umumnya bisa diajak untuk bekerja sama, saling tolong menolong serta mampu untuk menggunakan waktu secara efektif, dan memiliki perilaku yang proporsional (Sahrah, 2012). Koziar dkk (2010) mengatakan bahwa perempuan cenderung harus diberlakukan dengan kata-kata yang lembut karena perempuan dalam menerima sesuatu lebih dipengaruhi oleh perasaan. Sehingga perempuan cukup sensitif dalam menilai

sesuatu dan cenderung memerlukan banyak pertimbangan dalam mengambil suatu keputusan (Saputra, 2014). Hal ini tentu berbeda dengan laki-laki yang cenderung menggunakan rasional dalam mengambil suatu keputusan, dan cenderung untuk kurang memberikan perhatian serta ketelatenan. Selain itu dalam hal pemenuhan kebutuhan, perempuan cenderung memerlukan banyak kebutuhan dibandingkan laki-laki (Kynoch dkk., 2018).

2) Usia

Usia dikategorikan kedalam karakteristik responden karena setiap rentang usia tertentu memiliki tahap perkembangan yang berbeda. Pada usia 17-25 tahun umumnya memiliki karakteristik kemampuan berfikir yang masih kurang, akan tetapi pada usia ini mereka cenderung ingin tahu dan dapat diandalkan apabila hanya melakukan suatu tugas seperti menjaga pasien di ruang *ICU* (Sugimin, 2017). Responden dengan rentang usia 40-49 tahun atau dapat dikategorikan usia dewasa pertengahan merupakan usia yang dapat mempengaruhi proses pemberian asuhan keperawatan. Hal ini dikarenakan pada usia ini mereka lebih matang dan kemampuan dalam berfikirnya juga meningkat (Saputra, 2014).

3) Pekerjaan

Menurut Yunitasari (2012) sosial ekonomi juga mempengaruhi karakteristik responden. Apabila responden tersebut memiliki status sosial ekonomi yang rendah (misalnya dengan pekerjaan wiraswasta) maka mekanisme koping yang timbul akan semakin mengarah ke maladaptif, pasrah, dan mereka cenderung gampang untuk mengalami kecemasan. Hal ini dikarenakan responden kurang memiliki dukungan secara maksimal dari segi finansial, sehingga kesadaran untuk merencanakan pengembangan diri yang muncul kurang optimal. Berbeda dengan seseorang dengan status sosial ekonomi yang tinggi, mereka akan cenderung untuk menuntut dan mengoptimalkan pengembangan diri. Menurut Liliweri (2008) seseorang yang memiliki pekerjaan sebagai petani atau pekerja kasar cenderung takut untuk mengemukakan pendapat secara kritis.

4) Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikirnya. Apabila seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah maka kemampuan dalam berfikir secara rasional dan menangkap informasi baru yang diterimanya semakin rendah (Yunitasari, 2012).

5) Agama atau kepercayaan

Penelitian yang dilakukan oleh Al-Mutair dkk., (2014) menyebutkan bahwa spritual menjadi salah satu sub skala tambahan kebutuhan keluarga di masyarakat Saudi Arabia. Agama dianggap suatu hal yang mempengaruhi kebutuhan keluarga. Keyakinan seseorang kepada Tuhan dapat menurunkan angka kecemasan. Keluarga merasa lebih nyaman dan tenang ketika kebutuhan spiritual ini terpenuhi (Al-Mutair dkk., 2014).

6) Psikologis

Masalah psikologis yang paling sering terjadi di keluarga pasien di ruang ICU adalah kecemasan. Kecemasan yang dirasakan oleh keluarga dapat di distorsi kepada pasien sehingga mempengaruhi proses penyembuhan. Anggota keluarga yang berjenis kelamin perempuan cenderung lebih mudah merasakan kecemasan dibandingkan dengan laki- laki (Kynoch dkk., 2018).

7) Budaya

Budaya merupakan salah satu faktor yang kuat dalam mempengaruhi kebutuhan keluarga. Lamore dkk (2017) telah melakukan penelitian dan mendapatkan hasil bahwa keluarga Asia memiliki kedekatan antar keluarga yang sangat kuat, sehingga hal ini berpengaruh terhadap kebutuhan keluarga terutama pada hal kedekatan. Selain itu keluarga Asia juga sering terlibat dalam proses pengambilan keputusan perawatan, hal ini berhubungan dengan kebutuhan keluarga dalam hal jaminan.

8) Konsep diri

Konsep diri berperan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia, hal ini dikarenakan konsep diri yang positif dapat memberikan makna dan keutuhan bagi seseorang. Konsep diri yang sehat menghasilkan perasaan yang positif dari dalam diri seseorang, sehingga dirinya akan mudah untuk berubah,

mengenalinya apa saja kebutuhannya, dan mengembangkan cara hidup yang sehat sehingga seluruh kebutuhan dasar manusia dapat terpenuhi secara seutuhnya (Pradana, 2014).

9) Tahap Perkembangan

Manusia akan mengalami perkembangan seiring dengan bertambahnya usia, hal ini membuat fungsi dari organ tubuh juga mengalami perkembangan dan terjadi perubahan aktivitas. Setiap tahap perkembangan tersebut memerlukan pemenuhan kebutuhan yang berbeda baik kebutuhan biologis, psikologis, social, maupun spiritual (Pradana, 2014).

10) Hubungan Keluarga

Keluarga merupakan system pendukung dari dalam diri seseorang. Hubungan kekeluargaan yang baik dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar manusia orang tersebut dengan cara adanya rasa saling percaya. Kesenangan, tidak ada curiga satu dengan yang lainnya, dan lain sebagainya (Pradana, 2014).

11) Penyakit

Adanya penyakit yang terdapat dalam tubuh seseorang dapat menyebabkan perubahan pemenuhan kebutuhan, baik itu secara fisiologis dan psikologis. Hal ini dikarenakan adanya beberapa organ yang membutuhkan kebutuhan yang lebih besar (Pradana, 2014).

12) Pembiayaan Rumah Sakit

Menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pembiayaan rumah sakit dengan kepuasan pemenuhan kebutuhan keluarga, akan tetapi hal ini tidak dibedakan pembiayaan dengan menggunakan BPJS ataupun tidak. Tenaga kesehatan memenuhi kebutuhan informasi yaitu dengan cara meluangkan waktu untuk berkomunikasi dengan keluarga pasien dan berlaku secara adil ataupun pilih kasih. Selain itu dalam kebutuhan dukungan, tenaga medis mampu memberikan dukungan salah satunya dengan menenangkan anggota keluarga pada saat merasa cemas, dan memberikan dorongan untuk kesembuhan kepada pasien (Yuniarti, 2015).

2.4 Instrumen Pengukuran Kebutuhan Keluarga

2.4.1 *Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)*

Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) merupakan suatu cara untuk mengetahui kebutuhan keluarga. CCFNI ini dikembangkan oleh Leske pada tahun 1986 dari peneliti awalnya yaitu *Nancy Molter* pada tahun 1979. CCFNI terdiri dari 45 item pilihan ganda yang mengharuskan respondenya untuk menilai pernyataan tersebut sesuai dengan tingkat kepentingannya. CCFNI menggunakan skala likert empat poin yaitu dimana rentang satu hingga empat tersebut bermakna dari tidak penting ke sangat penting. CCFNI sendiri memiliki lima sub skala yaitu dukungan (15 item), kenyamanan (6 item), informasi (8 item), kedekatan (9 item), dan jaminan (7 item) (Molter, 1979)

CCFNI telah digunakan secara luas dan telah diadaptasi untuk alat ukur survei perawat mengenai kebutuhan keluarga pasien di ruang *ICU*. Data demografi tambahan dari anggota keluarga seperti : seks, usia, hubungan dengan pasien, pengalaman *ICU* sebelumnya, tempat tinggal dalam kaitannya dengan rumah sakit dan frekuensi situs kunjungan ke *ICU* juga dapat dimasukkan kedalam pendataan. Sedangkan untuk usia, jenis kelamin, dan lama pasien *ICU*, bersifat elektif. Data perawat termasuk: jenis kelamin; usia, posisi, jenis pekerjaan, dan tahun bekerja sebagai perawat dan sebagai *ICU* perawat. 45 pernyataan dari CCFNI diberi nilai 1 hingga 4, dimana 1 = tidak penting, 2 = sedikit penting, 3 = penting, dan 4 = sangat penting (Pradana, 2014)

2.4.2 Kuesioner Kebutuhan Keluarga (KKK)

Kuesioner Kebutuhan Keluarga terdiri dari lima komponen yaitu informasi, dukungan mental, rasa nyaman, kedekatan dengan pasien, dan jaminan layanan. KKK merupakan kuesioner dengan 30 pertanyaan tertutup (hanya terdapat dua jawaban yaitu ya dan tidak). 30 pertanyaan tersenut dibagi menjadi 4 sub skala antara lain: 10 pertanyaan sosial. 10 pertanyaan biologis, 5 pertanyaan psikologis, dan 5 pertanyaan spiritual. Setiap akhir dari pertanyaan tertutup terdapat pertanyaan terbuka yang diisi sesuai dengan jawaban dari responden (Pradana, 2014).

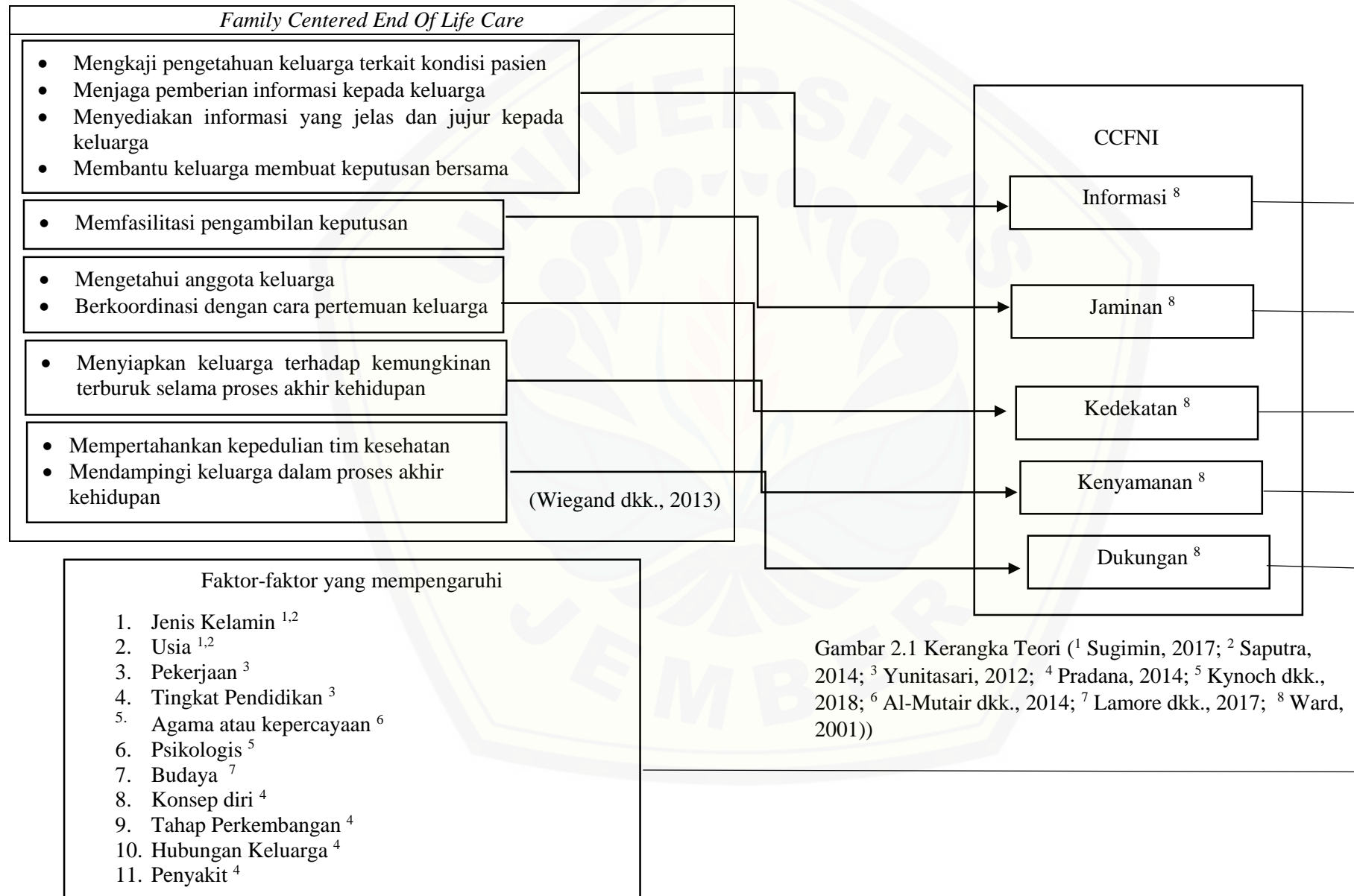
2.4.3 *Need Met Inventory* (NMI)

NMI merupakan suatu kuesioner yang digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan mandiri bagi anggota keluarga salah satunya dalam hal bertemu. Kuesioner ini memiliki item dan subskala yang sama dengan CCFNI. Penilaian yang digunakan dalam NMI adalah dari 1= tidak pernah bertemu, hingga 4 = selalu bertemu (Omari, 2009a).

2.4.4 *NICU Family Needs Inventory* (NFNI)

NICU Family Needs Inventory (NFNI) merupakan kuesioner untuk mengukur kebutuhan keluarga di ruang NICU. NFNI ini terdiri dari 56 pernyataan yang berhubungan dengan kebutuhan keluarga. Kuesioner ini menggunakan skala likert dimana rentang nilai dari 1-4, nilai 1 =tidak penting, 2 =cukup penting, 3=penting, dan 4= sangat penting. Sama seperti CCFNI kuesioner NFNI juga membagi kebutuhan keluarga menjadi 5 dimensi yaitu informasi, kenyamanan, kedekatan, jaminan, dan dukungan (Hendrawati dkk., 2017).

2.5 Kerangka Teori

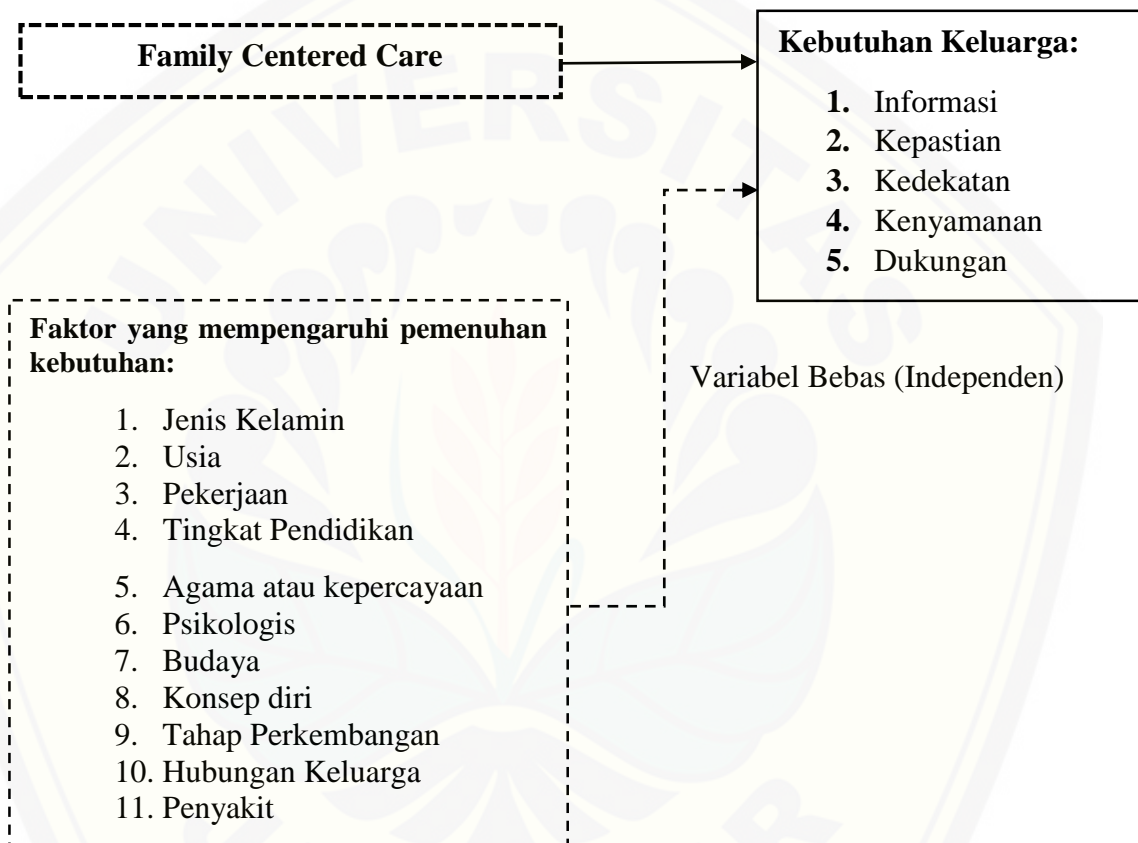


Gambar 2.1 Kerangka Teori (¹ Sugimin, 2017; ² Saputra, 2014; ³ Yunitasari, 2012; ⁴ Pradana, 2014; ⁵ Kynoch dkk., 2018; ⁶ Al-Mutair dkk., 2014; ⁷ Lamore dkk., 2017; ⁸ Ward, 2001))

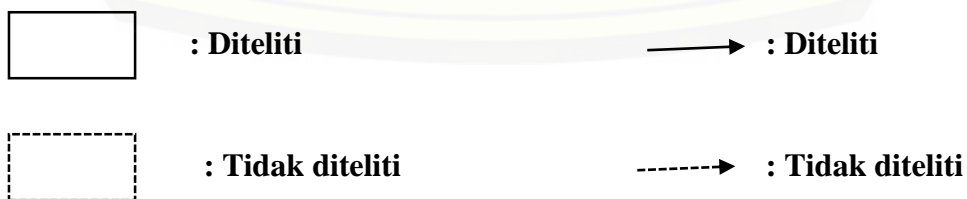
BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian yang akan diteliti



Gambar 3.1 Kerangka Konsep



BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Desain penelitian

Desain penelitian adalah rencana penelitian yang digunakan untuk menguji validitas hipotesis untuk mendapatkan jawaban dari pertanyaan yang telah disusun oleh peneliti (Sastroasmoro dan Ismael, 1995). Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Metode *cross sectional* merupakan penelitian untuk mempelajari hubungan antara variabel bebas (faktor resiko) dengan variabel tergantung (efek) dengan pengukuran dalam satu waktu (Sastroasmoro dan Ismael, 1995). Pada penelitian ini setiap subjek penelitian diobservasi sekali saja dan pengukuran terhadap variabel subjek dilakukan pada saat pemeriksaan, akan tetapi tidak semua subjek diamati pada waktu yang bersamaan (Notoadmojo, 2012). Peneliti ingin melakukan analisis deskriptif mengenai kebutuhan keluarga (variabel independen) di RS Jember Klinik.

4.2 Populasi dan Sampel penelitian

4.2.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga pasien di ruang *ICU* di RS Jember Klinik. Populasi pada penelitian ini dilihat dari rata-rata per bulan yaitu sebanyak 60 orang, dan dihitung dari bulan Juni hingga Agustus yang berjumlah 201 orang.

4.2.2 Sampel penelitian

Sampel terdiri atas bagian populasi yang terjangkau dan dapat digunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2015). Sampling adalah proses menyeleksi banyaknya populasi yang dapat mewakili dari populasi tersebut. Pada penelitian ini sampel yang digunakan adalah salah satu anggota keluarga dari pasien yang berada di ruang *ICU* di RS Jember Klinik.

Jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian sebesar 52 orang. Adapun cara penentuan jumlah sampel yaitu menggunakan rumus Slovin. Slovin merupakan formula untuk penentuan besarnya sampel dari suatu populasi (Suharsaputra, 2014). Slovin dirumuskan sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{60}{1 + (60 \times 0,05^2)} \\ &= 52 \text{ orang} \end{aligned}$$

n merupakan jumlah sampel, sedangkan untuk N merupakan populasi dan e^2 adalah toleransi kesalahan sebesar 0,05.

Teknik sampling yang digunakan adalah dengan cara *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki oleh peneliti, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik populasi yang diinginkan (Nursalam, 2015). Pada penelitian ini jenis data yang dikumpulkan adalah data primer yaitu diperoleh langsung dari responden.

4.2.3 Kriteria sampel penelitian

Kriteria sampel dibedakan menjadi dua bagian, yaitu: inklusi dan eksklusi (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi adalah syarat yang harus dipenuhi oleh responden sehingga bisa dimasukkan dalam penelitian, sedangkan kriteria eksklusi adalah syarat responden untuk tidak masuk kedalam penelitian dikarenakan tidak memenuhi syarat yang telah ditentukan.

a) Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) bersedia menjadi responden dan mengisi lembar informed consent serta kuesioner yang telah disediakan peneliti;
- 2) salah satu anggota keluarga pasien di ruang ICU;

- 3) responden dapat berkomunikasi dengan baik dan dapat mengisi serta memahami kuesioner yang telah disediakan peneliti;
 - 4) salah satu anggota keluarga dengan lama rawat inap pasien minimal 18jam;
 - 5) Sedang merawat pasien di rumah sakit saat pengambilan data;
- b) Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:
- 1) responden yang mengundurkan diri selama proses penelitian;
 - 2) responden dengan usia dibawah 17 tahun;

4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di ruangan intensif Rumah Sakit Jember Klinik. Rumah Sakit Jember Klinik berlokasi di Jalan Bedadung no 2, Patrang, Kabupaten Jember.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini terdiri dari penyusunan proposal, laporan hasil penelitian, dan publikasi. Penyusunan proposal dilakukan pada bulan September – Oktober 2018, uji validitas dan reliabilitas pada minggu pertama dan kedua bulan Oktober 2018, pengumpulan dan pengolahan data akan dilakukan pada bulan Oktober – Desember 2018.

Tabel 4.1 Waktu Penelitian

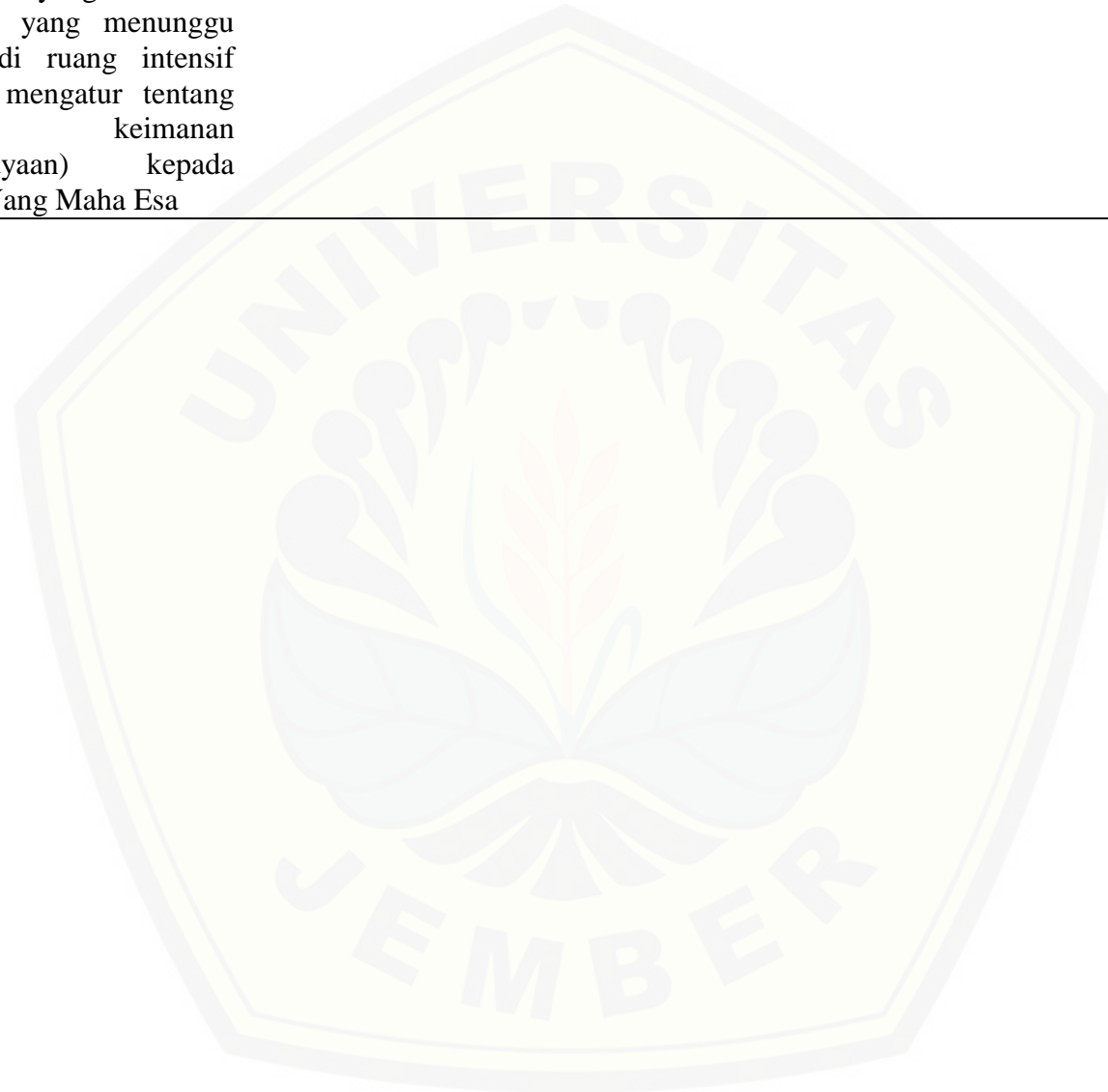
Kegiatan	September				Oktober				November				Desember				Januari			
	Minggu ke-																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengajuan Judul																				
Penyusunan Proposal																				

Tabel 4.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Kebutuhan keluarga pasien kritis	Segala sesuatu yang diperlukan oleh keluarga pasien untuk meningkatkan kesejahteraan dan dukungan selama menjaga pasien di ruang <i>ICU</i>	a. Informasi b. Jaminan c. Kedekatan d. Kenyamanan e. Dukungan	<i>Critical Care Family Inventory</i> (CCFNI)	Interval	Skor kebutuhan keluarga berdasarkan prioritas. Skor tersebut menggunakan skala likert yang terdiri dari: 1 = tidak penting 2 = cukup penting 3 = penting 4 = sangat penting (Ward., 2001)
Jenis Kelamin	Ragam individu atau identitas individu.			Nominal	1. Laki-laki 2. Perempuan

Usia anggota keluarga	Satuan waktu yang mengukur rentang kehidupan dari waktu kelahiran seseorang	Interval	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remaja Akhir = 17-25 tahun 2. Dewasa Awal = 26-35 tahun 3. Dewasa Akhir = 36-45 tahun 4. Lansia Awal = 46-55 tahun 5. Lansia Akhir = 56-65 tahun 6. Manula = >65 tahun (Depkes RI, 2009)
Pekerjaan anggota keluarga pasien kritis	Kegiatan individu dengan pasien di ruang <i>ICU</i> yang dilakukan diluar pekerjaan rumah dimana mendapatkan upah sebagai tanda apresiasinya	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak bekerja 2. Petani 3. Wiraswasta 4. PNS 5. Buruh 6. Lain-lain
Tingkat pendidikan anggota keluarga pasien kritis	Jenjang pendidikan yang terakhir ditempuh oleh individu dengan pasien di ruang <i>ICU</i>	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. Perguruan Tinggi
Suku anggota keluarga pasien kritis	Individu seketurunan yang menunggu pasien di ruang intensif	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jawa 2. Madura 3. China

Agama anggota keluarga pasien kritis	Ajaran yang dianut individu yang menunggu pasien di ruang intensif dimana mengatur tentang tata keimanan (kepercayaan) kepada Tuhan Yang Maha Esa	Nominal	<ol style="list-style-type: none">1. Islam2. Kristen3. Katolik4. Hindu5. Buddha (UU no.23 tahun 2006)
--------------------------------------	---	---------	---



4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber data

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer. Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung oleh peneliti dimana data tersebut berasal dari subyek penelitian secara langsung melalui kuesioner atau angket (Notoadmojo, 2012). Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari pengisian kuesioner *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) oleh responden sebagai acuan dalam penilaian.

4.6.2 Teknik pengumpulan data

Data pada penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) yang telah diadopsi ke dalam bahasa Indonesia dan juga telah melalui uji validitas dan reliabilitas. Pengumpulan data pada setiap responden dilakukan satu kali. Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Peneliti mendatangi kepala ruangan ICU kemudian bertanya mengenai populasi pasien diruangan per bulan;
- b. Setelah mengetahui jumlah populasi per bulan, peneliti melakukan penghitungan sampel;
- c. Peneliti melihat rekam medis pasien sehingga mengetahui kriteria inklusi perawatan pasien minimal 18 jam, kemudia peneliti mencatatat nama penanggung jawab pasien;
- d. Peneliti bertanya kepada perawat ruangan mengenai penanggung jawab pasien dan mendatangi responden;
- e. Peneliti memperkenalkan diri kepada keluarga serta menjelaskan maksud dan tujuan peneliti;
- f. Peneliti memberikan lembar *informed consent* kepada keluarga dan membiarkan responden membaca dan memahami maksud dari penelitian yang peneliti lakukan, kemudian meminta persetujuan responden;
- g. Peneliti membagikan kuesioner *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) yang telah diadopsi dalam bahasa Indonesia kepada responden yang diikuti

dengan penjelasan kuesioner oleh peneliti dan pengisian kuesioner dilakukan oleh responden;

h. Pengumpulan data pada setiap responden hanya akan dilakukan satu kali;

4.6.3 Alat pengumpulan data

Alat pengumpul data yang digunakan oleh peneliti berupa kuesioner *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) yang telah diadopsi ke dalam bahasa Indonesia. CCFNI adalah alat ukur yang digunakan untuk penilaian kebutuhan keluarga di ruang intensif. CCFNI telah diadopsi dan diuji reliabilitas dalam beberapa negara. CCFNI terdiri dari 45 item pertanyaan berdasarkan lima dimensi kebutuhan keluarga dimana masing-masing diukur dengan skala likert yang memiliki rentang nilai dari 1-4.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner CCFNI

Variabel	Dimensi	Nomor Item	Jumlah Butir
Kebutuhan Keluarga pasien kritis	Kedekatan	5, 7, 19, 35	4
	Jaminan pelayanan	1, 3, 4, 10, 13, 21, 22, 28, 30,	9
	Dukungan keluarga	9, 15, 16, 17, 20, 24, 26, 29, 33,	9
	Informasi	2, 8, 11, 12, 14, 18, 27, 31, 32, 34,	10
	Kenyamanan	6, 23, 25, 36	4
			36

sumber: (Wantiyah dkk., 2018)

Pengukuran hasil dalam penelitian ini menggunakan skala Likert, yaitu 1 = tidak penting, 2 = cukup penting, 3 = penting, 4 = sangat penting.

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Muri, 2017). Semakin tinggi validitas suatu instrumen, maka semakin baik instrumen tersebut untuk digunakan (Muri, 2017). Uji validitas berbeda dengan uji reliabilitas. Reliabilitas adalah konsistensi atau kestabilan skor suatu instrument penelitian terhadap individu yang sama, dan diberikan dalam waktu yang berbeda (Muri, 2017). Suatu instrumen dikatakan reliable apabila

instrumen tersebut diujicobakan kepada subjek yang sama secara berulang-ulang namun hasilnya tetap sama atau relatif sama.

Uji validitas untuk kuesioner CCFNI ini menggunakan *content validity index* (CVI), dimana validitas diestimasi melalui pengujian terhadap kelayakan atau relevansi isi tes melalui analisis rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui *expert judgemental* (penilaian ahli). Sedangkan untuk uji reliabilitas menggunakan *Cronbach Alfa*, dimana variabel dianggap reliabel jika nilai *Cronbach Alfa* $> 0,60$. Penelitian uji validitas dan reliabilitas kuesioner CCFNI versi Bahasa Indonesia yang dilakukan oleh Wantiyah dkk (2018) menghasilkan $\alpha=0,97$ dengan 36 item pernyataan yang dianggap valid dan reliabel.

4.7 Pengolahan Data

4.7.1 Pengolahan Data

a. Editing

Editing adalah kegiatan pengecekan dan perbaikan isi dari formulir atau kuesioner. Pengecekan ini berupa kelengkapan jawaban pernyataan, kejelasan, dan keterbacaan jawaban, jawaban relevan dengan pernyataan, konsistensi jawaban responden (Notoadmojo, 2012). Peneliti memeriksa lembar kuesioner yang telah diisi oleh responden. Jika masih ada yang kurang seperti jawaban yang masih kosong maka peneliti melakukan *drop out*.

b. Coding

Coding adalah mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan pada saat memasukkan data (*data entry*) (Notoadmojo, 2012). Mengklasifikasikan data yang diperoleh dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan kode berupa angket, kemudian dimasukkan ke dalam lembar tabel kerja. Hal ini berguna untuk mempermudah dalam membaca dan pengolahan data. Pada penelitian ini, setelah data dikoreksi dan terisi secara lengkap maka akan diberi kode sesuai dengan definisi operasional. Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Jenis Kelamin

Laki-laki diberi kode 1

Perempuan diberi kode 2

b. Tingkat Pendidikan

Kode 1 untuk tidak sekolah

Kode 2 untuk tingkat pendidikan terakhir SD

Kode 3 untuk tingkat pendidikan terakhir SMP

Kode 4 untuk tingkat pendidikan terakhir SMA

Kode 5 untuk tingkat pendidikan terakhir Perguruan Tinggi

c. Usia

Kode 1 untuk usia 17-25 tahun

Kode 2 untuk usia 26-45 tahun

Kode 3 untuk usia 46-65 tahun

Kode 4 untuk usia >65 tahun

d. Pekerjaan

Kode 1 untuk tidak bekerja

Kode 2 untuk petani

Kode 3 untuk wiraswasta

Kode 4 untuk buruh

Kode 5 untuk PNS

Kode 6 untuk BUMN

Kode 7 untuk PLN

Kode 8 untuk karyawan swasta

Kode 9 untuk tukang listrik

e. Suku

Kode 1 untuk Jawa

Kode 2 untuk Madura

Kode 3 untuk China

f. Agama

Kode 1 untuk Islam

Kode 2 untuk Kristen

Kode 3 untuk Katolik

Kode 4 untuk Hindu

Kode 5 untuk Buddha

c. Entry Data

Processing/Entry yaitu memasukkan jawaban dari masing-masing responden yang berbentuk “kode” (angka atau huruf) ke dalam program atau “software” komputer (Notoadmojo, 2012). Pada penelitian ini peneliti akan mengolah data dengan menggunakan program komputer yaitu SPSS versi 25.

d. Cleaning

Cleaning yaitu pengecekan kembali data yang telah dimasukkan untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi (Notoadmojo, 2012). Peneliti melakukan pengecekan ulang pada setiap data yang telah dimasukkan di program SPSS untuk melihat apakah data sudah benar atau salah dan juga kelengkapannya sehingga analisis data dapat dilakukan dengan benar.

4.7.2 Analisa Data

Data adalah kumpulan huruf/kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoadmojo, 2012). Analisa data dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisa tentang kebutuhan keluarga di RS PTPN 10 Jember.

Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisa univariat. Analisa univariat digunakan untuk mendeskripsikan data seperti rata-rata, median, mode, proporsi dan digunakan pada 1 variabel (Sastroasmoro dan Ismael, 2014). Analisis univariat dalam penelitian ini bertujuan untuk menganalisis data indikator kebutuhan keluarga yang meliputi jaminan, dukungan, informasi, kedekatan, dan kenyamanan dengan perhitungan berupa rata-rata, median, dan standar deviasi. Sebelum melakukan analisa data peneliti melakukan uji normalitas terlebih dahulu

pada data usia responden dan jawaban kuesioner. Hasil normalitas menunjukkan bahwa data yang didapat berdistribusi normal.

4.8 Etika Penelitian

Etika penelitian terdiri atas beberapa prinsip (Polit dan Beck, 2010). Penelitian ini telah diuji etik oleh komite uji etik dengan nomor surat 228/UN258/KEPK/DL/2019. Adapun prinsip etika penelitian ini adalah 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. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan tentang kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RS PTPN 10 Jember dapat disimpulkan bahwa:

- a. rata-rata kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif adalah 3,29 dengan SD= 0,717. Berdasarkan rata-rata kebutuhan per indikator, kebutuhan akan jaminan pelayanan (Mean=3,61) merupakan kebutuhan yang paling dibutuhkan oleh responden, kemudian kebutuhan akan informasi (Mean=3,47), kedekatan (Mean=3,15), dukungan (Mean=2,99), dan kenyamanan (Mean=2,93);
- b. kebutuhan akan jaminan pelayanan terutama responden memiliki harapan kesembuhan untuk pasien merupakan kebutuhan terpenting oleh 46 orang (88,5%);
- c. pada indikator informasi, 39 orang (75%) ingin mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya;
- d. pada indikator kedekatan, 22 orang (42,3%) ingin mengunjungi pasien setiap saat;
- e. pada indikator dukungan, 29 orang (55,8%) ingin mendapatkan dukungan antar keluarga.
- f. pada indikator kenyamanan, 24 orang (46,2%) ingin tersedianya ruang tunggu di dekat ruang intensif.

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan peneliti terkait hasil penelitian ini adalah

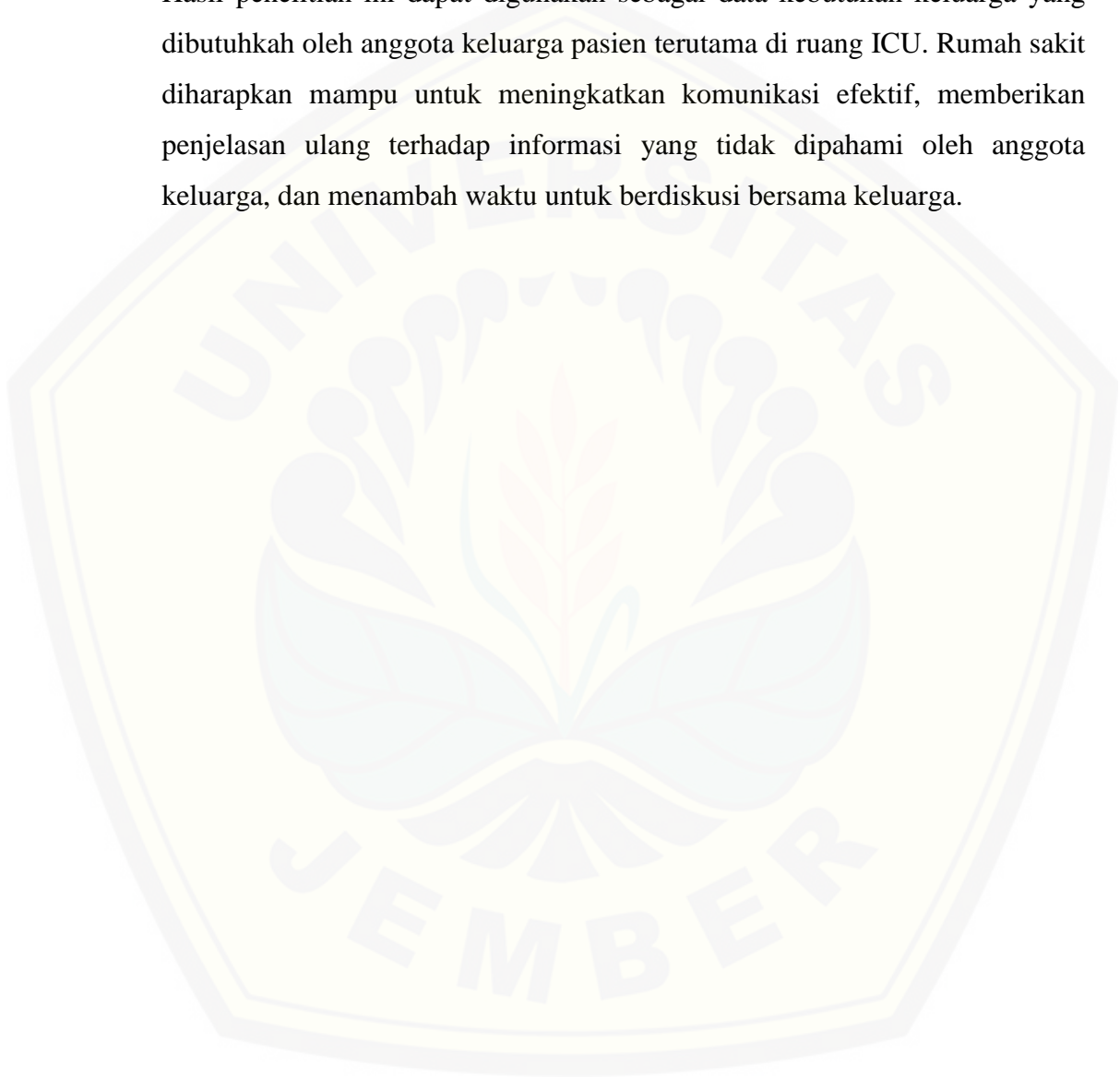
- a. Bagi penelitian selanjutnya
Penelitian lebih lanjut yang dapat dilakukan yakni mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif dan perbedaan persepsi kebutuhan keluarga menurut perawat dan keluarga pasien;

b. Bagi profesi keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada keluarga pasien.

c. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data kebutuhan keluarga yang dibutuhkan oleh anggota keluarga pasien terutama di ruang ICU. Rumah sakit diharapkan mampu untuk meningkatkan komunikasi efektif, memberikan penjelasan ulang terhadap informasi yang tidak dipahami oleh anggota keluarga, dan menambah waktu untuk berdiskusi bersama keluarga.



DAFTAR PUSTAKA

- Abvali, A., H. Peyrovi, O. M. Moghaddam, dan M. Gohari. 2015. Effect Of Support Program On Satisfaction Of Family Members Of Icu Patients. 1(1):29–36.
- Akbarbegloo, M., L. Valizadeh, dan M. Asadollahi. 2009. Mothers And Nurses Viewpoint About Importance And Perceived Nursing Supports For Parents With Hospitalized Premature Newborn In Natal Intensive Care Unit. *Journal Of Critical Care Nursing*. 2(2):71–74.
- 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 Hassan, M. A. dan I. M. Hweidi. 2004. The Perceived Needs Of Jordanian Families Of Hospitalized, Critically Ill Patients. 64–71.
- Anjaryani, W. D. 2009. Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Perawat Di RSUD Tugurejo Semarang. Universitas Diponegoro.
- Aubin, M., L. Vézina, R. Verreault, S. Simard, J.-F. Desbiens, L. Tremblay, S. Dumont, L. Fillion, M. J. Dogba, dan P. Gagnon. 2017. Effectiveness Of An Intervention To Improve Supportive Care For Family Caregivers Of Patients With Lung Cancer: Study Protocol For A Randomized Controlled Trial. *Trials*. 18(1)
- Azoulay, E., F. Pochard, S. Chevret, F. Lemaire, M. Mokhtari, J. R. Le Gall, J. F. Dhainaut, dan B. Schlemmer. 2001. Meeting The Needs Of Intensive Care Unit. A Multicenter Study. *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*. 163
- BKKBN. 2013. *Buku Pegang Kader BKR Tentang Delapan Fungsi Keluarga*. Jakarta: BKKBN.
- Carlet, J., L. G. Thijs, M. Antonelli, J. Cassell, P. Cox, N. Hill, C. Hinds, J. Pimentel, K. Reinhart, dan B. T. Thompson. 2004. Statement Of The 5th International Consensus Conference In Critical Care Challenges In End-Of-Life Care In The Icu: Brussels, Belgium, April 2003. *Resuscitation*. 13(6–7):440–452.
- Chatzaki, M., M. Klimathianaki, M. Anastasaki, G. Chatzakis, dan E. Apostolakou. 2012. Defining The Needs Of Icu Patient Families In A Suburban / Rural Greek Population : A Prospective Cohort Study. 1–9.
- Chien, W. T., Y. L. Chiu, L. W. Lam, dan W. Y. Ip. 2006. Effects Of A Needs-Based Education Programme For Family Carers With A Relative In An Intensive Care Unit: A Quasi-Experimental Study. *International Journal Of Nursing Studies*. 43(1):39–50.

- Curtis, J. R. dan D. B. White. 2008. Practical Guidance For Evidence-Based Icu Family Conferences. *Chest*. 134(4):835–843.
- Cypress, B. S. 2010. The Intensive Care Unit: Experiences Of Patients, Families, And Their Nurses. *Hospital Infections*. 99–104.
- Davidson, J. E., R. A. Aslakson, A. C. Long, K. A. Puntillo, E. K. Kross, J. Hart, C. E. Cox, H. Wunsch, M. A. Wickline, M. E. Nunnally, G. Netzer, N. Kentish-Barnes, C. L. Sprung, C. S. Hartog, M. Coombs, R. T. Gerritsen, R. O. Hopkins, L. S. Franck, Y. Skrobik, A. A. Kon, E. A. Scruth, M. A. Harvey, M. Lewis-Newby, D. B. White, S. M. Swoboda, C. R. Cooke, M. M. Levy, E. Azoulay, dan J. R. Curtis. 2017. Guidelines For Family-Centered Care In The Neonatal, Pediatric, And Adult Icu. *Critical Care Medicine*. 45(1):103–128.
- 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.
- De Fretes, F. 2012. Hubungan Family Centered Care Dengan Efek Hospitalisasi Anak Usia 3-6 Tahun. Universitas Kristen Satya Wicana.
- Depkes RI. 2009. Kategori Usia. [Http://Kategori-Umurmenerurut-Depkes.html](http://Kategori-Umurmenerurut-Depkes.html) [Diakses Pada September 27, 2018].
- Depkes RI. 2012. *Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Perawatan Intensif*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Di Gangi, S., G. Naretto Dr, N. Cravero, dan S. Livigni Dr. 2013. A Narrative-Based Study On Communication By Family Members In Intensive Care Unit. *Journal Of Critical Care*. 28(4):483–489.
- Dorris, M. dan N. A. Warren. 1998. Perceived And Unmet Needs Of Critical Care Family Members. *Critical Care Nursing Quarterly*. 21
- Elliot, D., L. Aitken, dan W. Chaboyer. 2012. *ACCCN's Critical Care Nursing*. Edisi 2. Australia: Elsevier.
- Freitas, K. S., M. Kimura, dan K. A Ferreira. 2007. Family Members Needs At Intensive Care Units: Comparative Analysis Between A Public And A Private Hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15(1):84–92.
- Friedman, M. M., V. R. Bowden, dan E. G. Jones. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori Dan Praktek*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Hendrawati, S., S. Fatimah, S. Yuyun, R. Fitri, dan I. Nurhidayah. 2017. Kajian Kebutuhan Family Centered Care Dalam Perawatan Bayi Sakit Kritis Di Neonatal Intensive Care Unit Study Of Family Centered Care Needs In Critically Ill Infants Care In The Neonatal Intensive Care Unit. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*. 5(2):155–171.

- Heyland, D. K., G. M. Rocker, C. J. O'Callaghan, P. M. Dodek, dan D. J. Cook. 2003. Dying In The Icu: Perspectives Of Family Members. *Chest*. 124(1):392–397.
- Hwedi, I. dan Shannag F. 2016. The Needs Of Families In Critical Care Settings- Are Existing Findings Replicated In A Muslim Population A Survey Of ... The Needs Of Families In Critical Care Settings- Are Existing Findings Replicated In A Muslim Population A Survey Of Nurses ' Percepti
- 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. 25(2):118–125.
- Kemenkes, R. 2010. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (Icu) Di Rumah Sakit. 53.
- Kozier, B. Erb, dan Synder. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta: EGC.
- 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*. (July):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., D. TK, G. GK, M. RK, 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
- Liliweri, A. 2008. *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Lilly, C. M., L. A. Sonna, K. J. Haley, dan A. F. Massaro. 2003. Intensive Communication: Four-Year Follow-Up From A Clinical Practice Study. *Critical Care Medicine*. 31(Supplement):S394–S399.
- Lukmanulhakim dan W. Firdaus. 2018. Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis Di Ruang Intensive Care Unit (Icu) Rsud Dr. Dradjat Prawiranegara Serang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*. 9(104)
- Mcadam, J. L., S. Arai, dan K. A. Puntillo. 2008. Unrecognized Contributions Of Families In The Intensive Care Unit. *Intensive Care Medicine*. 34(6):1097–1101.
- Mckiernan, M. dan G. Mccarthy. 2010. Family Members Lived Experience In The Intensive Care Unit : A Phemenological Study. 254–261.
- Mitchell, M., W. Chaboyer, E. Burmeister, dan M. Foster. 2009. Positive Effects

- Of A Nursing Intervention On Family-Centered Care In Adult Critical Care. *American Journal Of Critical Care*. 18(6):543–552.
- Mitchell, M., T. Dwan, M. Takashima, K. Beard, S. Birgan, K. Wetzig, dan A. Tonge. 2018. The Needs Of Families Of Trauma Intensive Care Patients: A Mixed Methods Study. *Intensive And Critical Care Nursing*
- 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. 2012. *Keperawatan Kritis: Pendekatan Asuhan Holistik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- 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.
- Muri, Y. A. 2017. *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, Dan Penelitian Gabungan*. Jakarta: Kencana.
- Notoadmojo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- O'Brien, K., M. Bracht, K. Macdonell, T. McBride, K. Robson, L. O'Leary, K. Christie, M. Galarza, T. Dicky, A. Levin, dan S. K. Lee. 2013. A Pilot Cohort Analytic Study Of Family Integrated Care In A Canadian Neonatal Intensive Care Unit. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 13(1):S12–S12 1p.
- 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. 2009a. Perceived And Unmet Needs Of Adult Jordanian Family Members Of Patients In Icus. *Journal Of Nursing Scholarship*. 41(1):28–34.
- Omari, F. H. 2009b. Perceived And Unmet Needs Of Adult Jordanian Family Members Of Patients In Icu. 28–34.
- Ozbayir, T., N. Tasdemir, dan E. Ozseker. 2014. Intensive Care Unit Family Needs : Nurses And Families Perceptions. 19:137–140.
- Paavilainen, E., R. Mikkola, M. Salminen-Tuomaala, dan P. Leikkola. 2017. Counseling Patients And Family Members In Out-Of-Hospital Emergency Situations: A Survey For Emergency Staff. *BMC Nursing*. 16(1):1–8.
- Pambudi, H. A. 2008. Pasien Stroke Yang Dirawat Di Ruang Hnd Santo Phenomenological Study : Family Anxiety Upon Stroke Patient Treated In Hnd Theatre Of Santo Lukas Of Santa Elisabeth Hospital Semarang. 1–15.
- Pane, T. H. 2012. Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Yang Menunggu

- Keluarganya Di Ruang Rawat ICU RSUP Haji Adam Malik Medan. Universitas Sumatra Utara.
- Polit, D. F. Dan C. T. Beck. 2010. *Essentials Of Nursing Research Appraising Evidence For Nursing Practice*. Edisi 7. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter Dan Perry. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Pradana, A. 2014. Kebutuhan Keluarga Pasien Selama Perawatan Di Ruangan ICU/ICCU Di Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Thalibkerinci Sungai Penuh Jambi. Universitas Sumatra Utara.
- Sahrah, A. 2012. Organizational Citizenship Behavior Ditinjau Para Perawat Rumah Sakit. 197.
- Saputra, G. H. Dan R. S. Utami. 2015. Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Intensive Care Unit Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang. 1(1). 2015. Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan 2015 3rd Adult Nursing Practice: Using Evidence In Care
- Saputra, H. 2014. Hubungan Penerapan Asuhan Keperawatan Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang Rawat Inap Kelas III RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah.
- Sastroasmoro, S. Dan S. Ismael. 1995. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Sastroasmoro, S. Dan S. Ismael. 2014. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi 5. Jakarta: Sagung Seto.
- Setiadi. 2008. *Konsep Dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Shelton, T. L., J. Elizabeth S, dan J. Beverley H. 2008. *Family Centered Care For Children With Special Health Care Needs*. Wangshinton: Association For The Care Of Children's Health.
- Shorofi, S. A., Y. Jannati, H. R. Moghaddam, dan J. Y. Charati. 2016. Psychosocial Needs Of Families Of Intensive Care Patients: Perception Of Nurses And Families. *Nigerian Medical Journal*. 57(1)
- Soury-Lavergne, A., I. Hauchard, S. Dray, M. Lou Baillot, E. Bertholet, K. Clabault, S. Jeune, C. Ledroit, I. Lelias, V. Lombardo, Y. Maetens, F. Meziani, J. Reignier, B. Souweine, A. Tabah, K. Barrau, dan A. Roch. 2012. Survey Of Caregiver Opinions On The Practicalities Of Family-Centred Care In Intensive Care Units. *Journal Of Clinical Nursing*. 21(7-8):1060-1067.
- Stuart, G. W. 2013. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sugimin. 2017. Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit Rumah

Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten

- Suharsaputra, U. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, Dan Tindakan*. Refika Aditama.
- Team PPP HIPERCI. 2018. *Modul Pelatihan Keperawatan Intensif Dasar*. Jakarta: In Media.
- Wantiyah, M. Zulfatul A'la, B. Setioputro, dan Siswoyo. 2018. Validity And Realiability Of Critical Care Family Needs Inventory (Ccfni) In Indonesian Version. 3(2)
- Ward, K. 2001. Perceived Needs Of Parents Of Critically Ill Infants In A Neonatal Intensive Care Unit (Nicu). *Pediatric Nursig*. 27(3)
- Webster, P. D. dan B. Johnson. 1999. *Developing Family Centered Vision, Mission, And Philosophy Of Care Statements*. Institute Family Centered Care.
- Wiegand, D. 2008. In Their Own Time: The Family Experience During The Process Of Withdrawal Of Life-Sustaining Therapy. *Journal Of Palliative Medicine*. 11(8):1115–1121.
- Wiegand, D. L., M. S. Grant, J. Cheon, dan M. A. Gergis. 2013. Family Centered End Of Life Care In The Icu. *Journal Of Gerontological Nursing*. 39(8):60–68.
- Yang, S. 2008. A Mixed Methods Study On The Needs Of Korean Families In The Intensive Care Unit. 25(4):79–86.
- Yuniarti, S. R. I. 2015. HUBUNGAN Antara Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Bpjs Di Ruang Perawatan Rsud Sultan Syarif Mohamad Alkadrie Kota Pontianak Tahun 2015
- Yunitasari, L. Neny. 2012. Hubungan Beberapa Faktor Demografi Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Pasca Diagnosis Kanker Di Rsup Dr. Kariadi Semarang. *Medical Hospital*. 1(2):127–129.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informed*

Kode Responden:

PENJELASAN PENELITIAN

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, maka saya:

Nama : Anggi Sulistiyani

NIM : 152310101248

Alamat : Jl. Mastrip Timur No 82, Kecamatan Sumpalsari, Jember

No.Telp : 081332610931

E-mail : aogiaprialdi@gmail.com

Bermaksud mengadakan penelitian yang berjudul **Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember**. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis gambaran kebutuhan keluarga di RS Jember Klinik. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk program pendidikan sarjana saya di Universitas Jember. Pembimbing saya adalah Ns. Wantiyah.,S.Kep.,M.Kep dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Penelitian ini tidak akan membahayakan dan tidak akan menimbulkan kerugian bagi responden. Penelitian ini akan melibatkan anggota keluarga pasien di ruang intensif di RS Jember Klinik. Responden penelitian akan mengisi lembar kuesioner yang membutuhkan waktu pengisian selama 15 menit. Lembar kuesioner terdiri dari 45 pernyataan.

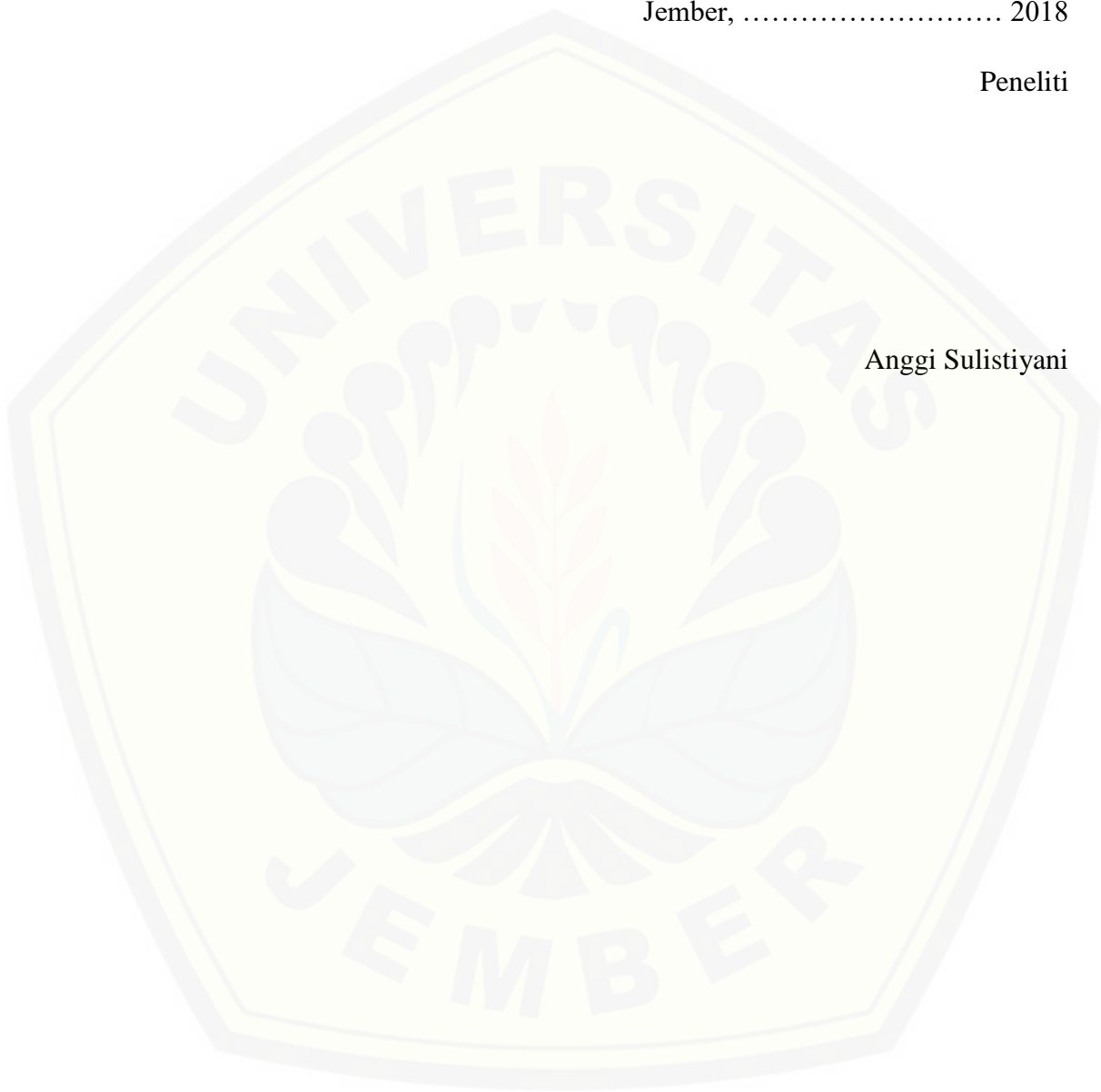
Peneliti akan menjaga kerahasiaan data klien yang menjadi responden dan identitas responden tidak akan dicantumkan oleh peneliti. Data yang diperoleh hanya akan digunakan untuk kepentingan riset. Penelitian ini mempunyai manfaat langsung terhadap klien, yaitu mengetahui skor kebutuhan keluarga.

Demikian penjelasan penelitian yang saya sampaikan, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Jember, 2018

Peneliti

Anggi Sulistiyani



Lampiran 2. Lembar *Consent*

Kode Responden:

PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian ini dalam keadaan sadar, jujur, dan tidak ada paksaan dalam penelitian dari:

Judul penelitian : Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10 Jember

Peneliti : Anggi Sulistiyani

NIM : 152310101248

Asal : Jl. Mastrip Timur No 82, Kecamatan Sumbersari, Jember

Setelah membaca informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, tanpa ada paksaan dari pihak manapun saya bersedia menjadi responden penelitian. Saya mengetahui tidak ada risiko yang membahayakan dalam penelitian ini, jaminan kerahasiaan data akan dijaga, dan memahami manfaat penelitian ini bagi pelayanan keperawatan.

Demikian pernyataan ini saya buat, semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 2018

Peneliti

Responden

Anggi Sulistiyani

(.....)

Lampiran 3. Lembar Data Demografi**Data Demografi**

Berilah tanda centang (V) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan jawaban

anda:

Nama :

Alamat:

1. Jenis kelamin :

() Laki-laki

() Perempuan

2. Pendidikan :

() Tidak sekolah

() SD

() SMP

() SMA

() Perguruan Tinggi

3. Hubungan darah dengan pasien :

() Kakek-Nenek

() Ayah-Ibu

() Suami-Istri

() Paman-Tante

() Saudara Kandung

Keluarga Dekat/Kerabat

4. Apakah ada anggota keluarga yang pernah di rawat di ICU:

Lama menunggu pasien :

Dua hari

Tiga hari

Empat hari

Lima hari

Lima hari (sebutkan) :

5. Umur :

20-35 Tahun

36-54 Tahun

55-65 Tahun

> 65 Tahun (sebutkan) :

6. Pekerjaan :

Tidak bekerja

PNS / TNI / POLRI

wiraswasata

Buruh/Tani

Lain-lain (sebutkan) :

7. Suku, sebutkan :

8. Agama, sebutkan :

Lampiran 4. Lembar Kuesioner CCFNI

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				
No.	Pernyataan	Tidak Penting	Kurang Penting	Penting	Sangat Penting
15.	Merasa kehadirannya diterima oleh petugas RS				
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 berbaga 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				

Lampiran 5. Hasil Penelitian

1. Karakteristik responden

Statistics

usia		
N	Valid	52
	Missing	0
Mean		42.69
Median		42.00
Std. Deviation		11.600
Minimum		20
Maximum		65

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Usia	.082	52	.200*	.970	52	.220

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	17	32.7	32.7	32.7
	perempuan	35	67.3	67.3	100.0
Total		52	100.0	100.0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	1	1.9	1.9	1.9
	SD	1	1.9	1.9	3.8
	SMP	2	3.8	3.8	7.7
	SMA	31	59.6	59.6	67.3
	Perguruan Tinggi	17	32.7	32.7	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	3	5.8	5.8	5.8
	26-35	14	26.9	26.9	32.7
	36-45	12	23.1	23.1	55.8
	46-55	16	30.8	30.8	86.5
	55-65	7	13.5	13.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Suku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jawa	46	88.5	88.5	88.5
	Madura	3	5.8	5.8	94.2
	China	3	5.8	5.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Agama

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	49	94.2	94.2	94.2
	Kristen	1	1.9	1.9	96.2
	Katolik	2	3.8	3.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Lama Menunggu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	24 jam	47	90.4	90.4	90.4
	48 jam	2	3.8	3.8	94.2
	>72 jam	3	5.8	5.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja/IRT	21	33.9	40.4	40.4
	Petani	2	3.2	3.8	44.2

	Wiraswasta	15	24.2	28.8	73.1
	Buruh	1	1.6	1.9	75.0
	PNS	4	6.5	7.7	82.7
	BUMN	3	4.8	5.8	88.5
	PLN	1	1.6	1.9	90.4
	karyawan	4	6.5	7.7	98.1
	tukang listrik	1	1.6	1.9	100.0
	Total	52	83.9	100.0	
Missing	System	10	16.1		
Total		62	100.0		

Pernah atau tidak menunggu di ICU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Pernah	45	86.5	86.5	86.5
	Pernah	7	13.5	13.5	100.0
Total		52	100.0	100.0	

2. Gambaran Kebutuhan Keluarga

Statistics Kebutuhan Keluarga

N	Valid	1871
	Missing	0
Mean		3.29
Median		3.00
Std. Deviation		.717
Minimum		1
Maximum		4

Statistics

Informasi		
N	Valid	520
	Missing	0
Mean		3.47
Median		4.00
Std. Deviation		.608
Minimum		1
Maximum		4

Statistics

		Jaminan	Dukungan
N	Valid	468	468
	Missing	0	0
Mean		3.61	2.99
Median		4.00	3.00
Std. Deviation		.510	.745
Minimum		2	1
Maximum		4	4

Statistics

		Kedekatan	Kenyamanan
N	Valid	208	208
	Missing	0	0
Mean		3.15	2.93
Median		3.00	3.00
Std. Deviation		.682	.865
Minimum		1	1
Maximum		4	4

Statistics

		Informasi 1	Informasi 2	Informasi 3	Informasi 4	Informasi 5	Informasi 6
N	Valid	52	52	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		3.29	3.44	3.25	3.67	3.50	2.92
Median		3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	3.00
Std. Deviation		.605	.502	.556	.585	.542	.788
Minimum		2	3	2	2	2	1
Maximum		4	4	4	4	4	4

Statistics

		Informasi 7	Informasi 8	Informasi 9	Informasi 10
N	Valid	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0

Mean	3.63	3.71	3.58	3.73
Median	4.00	4.00	4.00	4.00
Std. Deviation	.486	.457	.537	.490
Minimum	3	3	2	2
Maximum	4	4	4	4

Informasi 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	4	7.7	7.7	7.7
	penting	29	55.8	55.8	63.5
	sangat penting	19	36.5	36.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	29	55.8	55.8	55.8
	sangat penting	23	44.2	44.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	3	5.8	5.8	5.8
	penting	33	63.5	63.5	69.2
	sangat penting	16	30.8	30.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	3	5.8	5.8	5.8
	penting	11	21.2	21.2	26.9
	sangat penting	38	73.1	73.1	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	1	1.9	1.9	1.9
	penting	24	46.2	46.2	48.1

	sangat penting	27	51.9	51.9	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	2	3.8	3.8	3.8
	kurang penting	12	23.1	23.1	26.9
	penting	26	50.0	50.0	76.9
	sangat penting	12	23.1	23.1	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	19	36.5	36.5	36.5
	sangat penting	33	63.5	63.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	15	28.8	28.8	28.8
	sangat penting	37	71.2	71.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	1	1.9	1.9	1.9
	penting	20	38.5	38.5	40.4
	sangat penting	31	59.6	59.6	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Informasi 10

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	1	1.9	1.9	1.9
	penting	12	23.1	23.1	25.0
	sangat penting	39	75.0	75.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Statistics

		Jaminan 1	Jaminan 2	Jaminan 3	Jaminan 4	Jaminan 5	Jaminan 6
N	Valid	52	52	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		3.85	3.52	3.60	3.88	3.83	3.67
Median		4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00
Std. Deviation		.364	.505	.495	.323	.382	.474
Minimum		3	3	3	3	3	3
Maximum		4	4	4	4	4	4

Jaminan 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	8	15.4	15.4	15.4
	sangat penting	44	84.6	84.6	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Jaminan 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	25	48.1	48.1	48.1
	sangat penting	27	51.9	51.9	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Jaminan 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	21	40.4	40.4	40.4
	sangat penting	31	59.6	59.6	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Jaminan 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	6	11.5	11.5	11.5
	sangat penting	46	88.5	88.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Statistics

		Jaminan 7	Jaminan 8	Jaminan 9
N	Valid	52	52	52
	Missing	0	0	0
Mean		3.69	3.31	3.13
Median		4.00	3.00	3.00
Std. Deviation		.466	.544	.486
Minimum		3	2	2
Maximum		4	4	4

Jaminan 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	9	17.3	17.3	17.3
	sangat penting	43	82.7	82.7	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Jaminan 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	17	32.7	32.7	32.7
	sangat penting	35	67.3	67.3	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Jaminan 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	16	30.8	30.8	30.8
	sangat penting	36	69.2	69.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Jaminan 8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	2	3.8	3.8	3.8
	penting	32	61.5	61.5	65.4
	sangat penting	18	34.6	34.6	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Jaminan 9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	3	5.8	5.8	5.8
	penting	39	75.0	75.0	80.8
	sangat penting	10	19.2	19.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Statistics

		Kedekatan 1	Kedekatan 2	Kedekatan 3	Kedekatan 4
N	Valid	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0
Mean		3.35	3.23	2.98	3.04
Median		3.00	3.00	3.00	3.00
Std. Deviation		.590	.783	.610	.685
Minimum		2	1	2	2
Maximum		4	4	4	4

Kedekatan 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	3	5.8	5.8	5.8
	penting	28	53.8	53.8	59.6
	sangat penting	21	40.4	40.4	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Kedekatan 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	1	1.9	1.9	1.9
	kurang penting	8	15.4	15.4	17.3
	penting	21	40.4	40.4	57.7
	sangat penting	22	42.3	42.3	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Kedekatan 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	10	19.2	19.2	19.2
	penting	33	63.5	63.5	82.7
	sangat penting	9	17.3	17.3	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Kedekatan 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	11	21.2	21.2	21.2
	penting	28	53.8	53.8	75.0
	sangat penting'	13	25.0	25.0	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Statistics

		Kenyamanan 1	Kenyamanan 2	Kenyamanan 3	Kenyamanan 4
N	Valid	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.83	2.19	3.29	3.42
Median		3.00	2.00	3.00	3.00
Std. Deviation		.678	.930	.667	.572
Minimum		2	1	1	2
Maximum		4	4	4	4

Kenyamanan 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	penting	17	32.7	32.7	32.7
	penting	27	51.9	51.9	84.6
	sangat penting	8	15.4	15.4	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Kenyamanan 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	15	28.8	28.8	28.8
	kurang penting	15	28.8	28.8	57.7
	penting	19	36.5	36.5	94.2
	sangat penting	3	5.8	5.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Kenyamanan 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	1	1.9	1.9	1.9
	kurang penting	3	5.8	5.8	7.7
	penting	28	53.8	53.8	61.5
	sangat penting	20	38.5	38.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Kenyamanan 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	2	3.8	3.8	3.8
	penting	26	50.0	50.0	53.8
	sangat penting	24	46.2	46.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Statistics

		Dukungan 1	Dukungan 2	Dukungan 3	Dukungan 4	Dukungan 5
N	Valid	52	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3.52	3.29	2.92	2.46	3.35
Median		4.00	3.00	3.00	2.50	3.00
Std. Deviation		.577	.637	.763	.641	.590
Minimum		2	2	1	1	2
Maximum		4	4	4	4	4

Statistics

		Dukungan 6	Dukungan 7	Dukungan 8	Dukungan 9
N	Valid	52	52	52	52
	Missing	0	0	0	0
Mean		2.65	2.90	2.40	3.37
Median		3.00	3.00	2.00	3.00
Std. Deviation		.711	.603	.634	.561
Minimum		1	2	1	2
Maximum		4	4	4	4

Dukungan 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	2	3.8	3.8	3.8
	penting	21	40.4	40.4	44.2
	sangat penting	29	55.8	55.8	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	5	9.6	9.6	9.6
	penting	27	51.9	51.9	61.5
	sangat penting	20	38.5	38.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	2	3.8	3.8	3.8
	kurang penting	11	21.2	21.2	25.0
	penting	28	53.8	53.8	78.8
	sangat penting	11	21.2	21.2	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	3	5.8	5.8	5.8
	kurang penting	23	44.2	44.2	50.0
	penting	25	48.1	48.1	98.1
	sangat penting	1	1.9	1.9	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	3	5.8	5.8	5.8
	penting	28	53.8	53.8	59.6
	sangat penting	21	40.4	40.4	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	3	5.8	5.8	5.8
	kurang penting	16	30.8	30.8	36.5
	penting	29	55.8	55.8	92.3
	sangat penting	4	7.7	7.7	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	12	23.1	23.1	23.1
	penting	33	63.5	63.5	86.5
	sangat penting	7	13.5	13.5	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak penting	3	5.8	5.8	5.8
	kurang penting	26	50.0	50.0	55.8
	penting	22	42.3	42.3	98.1
	sangat penting	1	1.9	1.9	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

Dukungan 9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang penting	2	3.8	3.8	3.8
	penting	29	55.8	55.8	59.6
	sangat penting	21	40.4	40.4	100.0
	Total	52	100.0	100.0	

3. Kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif di RS PTPN 10 Jember

No.	Indikator	Pernyataan	Mean	SD
1.	Jaminan	Mengetahui tujuan pengobatan dan tindakan perawatan yang diberikan	3,85	0,36
2.	Informasi	Mendapatkan penjelasan tentang situasi / kondisi di ruang perawatan intensif sebelum masuk ke ICU/ICCU untuk pertama kali	3,29	0,60
3.	Jaminan	Berdiskusi dengan dokter setiap hari	3,52	0,50
4.	Jaminan	Terdapat tenaga kesehatan yang dapat dihubungi, ketika tidak ada keluarga yang menunggu di RS	3,60	0,49
5.	Kedekatan	Ada waktu kunjungan tambahan saat kondisi tertentu	3,35	0,59
6.	Kenyamanan	Dapat mengungkapkan setiap perasaan yang dirasakan	2,83	0,67
7.	Kedekatan	Dapat mengunjungi pasien setiap saat	3,23	0,78
8.	Informasi	Mengetahui petugas RS yang dapat memberikan informasi	3,44	0,50
9.	Dukungan	Mendapatkan dukungan antar keluarga	3,52	0,57
10.	Jaminan	Memiliki harapan untuk kesembuhan pasien	3,88	0,32
11.	Informasi	Mengetahui petugas RS yang merawat pasien	3,25	0,55
12.	Informasi	Mengetahui bagaimana pasien mendapatkan pengobatan	3,67	0,58
13.	Jaminan	Memperoleh jaminan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang baik	3,83	0,38
14.	Informasi	Mengetahui secara rinci tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan pada pasien	3,50	0,54
15.	Dukungan	Merasa kehadirannya diterima oleh petugas RS	3,29	0,63
16.	Dukungan	Memiliki kerabat yang dapat membantu terkait masalah keuangan	2,92	0,76
17.	Dukungan	Disediakan tokoh agama (misal: kyai/pendeta) untuk mendampingi	2,46	0,64
18.	Informasi	Tenaga kesahatan menginformasikan tentang kemungkinan kematian pasien	2,92	0,78
19.	Kedekatan	Mengunjungi pasien di ruang intensif (ICU/ICCU) bersama salah satu kerabat	2,98	0,61
20.	Dukungan	Mempunyai kerabat yang peduli dengan kesehatan Anda	3,35	0,59
21.	Jaminan	Mendapatkan jaminan dari tenaga kesehatan bahwa semua akan baik-baik	3,67	0,47

		saja ketika Anda meninggalkan RS sebentar		
22.	Jaminan	Dapat berdiskusi dengan perawat mengenai kondisi pasien	3,69	0,46
23.	Kenyamanan	Diperbolehkan untuk menangis	2,19	0,93
24.	Dukungan	Berdiskusi dengan orang lain mengenai masalah yang dihadapi	2,65	0,71
25.	Kenyamanan	Tersedia kamar mandi dekat ruang tunggu	3,29	0,66
26.	Dukungan	Mempunyai kerabat yang dapat diajak berbagi cerita tentang masalah yang dialami	2,90	0,60
27.	Informasi	Diberikan penjelasan pada informasi yang tidak dimengerti	3,63	0,48
28.	Jaminan	Mendapatkan waktu kunjung yang tepat	3,31	0,54
29.	Dukungan	Berdiskusi tentang kebutuhan rohani dengan tokoh agama (misal: rohaniawan atau pendeta)	2,40	0,63
30.	Jaminan	Berdiskusi tentang rencana rujukan pasien	3,13	0,48
31.	Informasi	Menghubungi keluarga apabila ada perubahan pada kondisi pasien	3,71	0,45
32.	Informasi	Mendapatkan informasi tentang kondisi pasien setidaknya sekali sehari	3,58	0,53
33.	Dukungan	Merasakan bahwa staf RS peduli kepada pasien	3,37	0,56
34.	Informasi	Mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya	3,73	0,49
35.	Kedekatan	Dapat mengunjungi pasien sesering mungkin	3,04	0,68
36.	Kenyamanan	Tersedia ruang tunggu di dekat ruang intensif	3,42	0,57

Lampiran 6. Dokumentasi



Keterangan: Pengambilan data kepada responden

Lampiran 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

Mencrangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : Anggi Sulistyani
NIM : 152310101248
Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas
Keperawatan, Universitas Jember
Alamat : Jl. Mastrip Timur No 82

Telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Jember Klinik dengan judul
"Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif di RS PTPN 10
Jember" 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

Lampiran 8. Lembar Bimbingan DPU

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Anggi Sulistiyani
NIM : 152310101248
Dosen Pembimbing I : Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
5 September 2018	Konsultasi Bab 1	Pardalam Bab I terkait karakteristik Pk ICU, keluarga.	
26/2018 /9	Konsultasi revisi Bab 2, Bab 2 dan 3	Lanjutkan Bab 4 Metode logi Penelitian.	
27 September 2018	Konsultasi Revisi bab 3 dan 4	Lengkapi bab 4 dan cari rumus lain untuk sampel.	
28 September 2018	Konsultasi sampel penelitian.	- Cari rumus lainnya dari Ariawan.	
3 Oktober 2018	Pengajuan Proposal Final	ace sempro	
18 Oktober 2018	Revisi proposal sempro	ace penelitian	







Lampiran 9. Lembar Bimbingan DPA

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Anggi Sulistiyani

NIM : 152310101248

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
12 September 2018	Konsultasi Bab 2, Bab 3	- Gunakan mendeley - Perdalam kerangka Teori.	
20 September 2018	- konsultasi Revisi Bab 2 dan 3 - konsultasi Bab 4 Metodologi Penelitian	lengkapi bab 4.	
26 September 2018	- Konsultasi Bab 4 Metodologi Penelitian	- Gunakan slovin untuk hitung jumlah sampel.	
3 Oktober 2018	Konsultasi Metodologi Penelitian : Sampel dan Populasi	- Rumus slovin	
3 Oktober 2018	Konsultasi Bab 1 hingga 4	Acc samp	
2 Januari 2019	Konsul Bab hasil dan Pembahasan.	Lengkapi bab 1-6 Lanjutkan tulisan.	

Lampiran 10. Uji Etik

 <p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)</p>	
<p>ETHIC COMMITTEE APPROVAL <u>No.228/UN25.8/KEPK/DL/2019</u></p>	
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
<p>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.</p>	
<p>Jember, January 9th, 2019</p>	
 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. drg. & Deswa Ayu Ratna Dewanti, M.Si)