



**PERBEDAAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN DI RUANG  
*INTENSIVE CARE UNIT (ICU)* DAN *INTENSIVE CARDIAC  
CARE UNIT (ICCU)* DI RSD DR. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Yuliana**

**NIM 152310101267**

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



**PERBEDAAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN DI RUANG  
*INTENSIVE CARE UNIT (ICU)* DAN *INTENSIVE CARDIAC  
CARE UNIT (ICCU)* DI RSD DR. SOEBANDI JEMBER**

**SKRIPSI**

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan pembelajaran di Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

**Yuliana**  
**NIM 152310101267**

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

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucap syukur kehadiran Allah SWT, skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Orangtua yang saya cintai Ibu Kasinem dan Alm. Bapak Suradi, ibu kedua saya Ibu Sutinem, Kakak perempuan saya Sri Hartini beserta semua keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan serta doa untuk kesuksesan dan keberhasilan saya;
2. Ns. Wantiyah, M.Kep. selaku dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. M. Zulfatul A'la, S. Kep., M. Kep. selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama saya menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
5. Seluruh guru TK Pertiwi II, SDN Ngadipiro II, SMPN 3 Nganjuk, SMAN 3 Nganjuk, Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah memberikan ilmu selama proses pembelajaran;
6. Sahabat-sahabat Pejuang Aulia, Sheila, Tyas, Ifka, Puji, dan Vita yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama proses penyusunan skripsi;

7. Sahabat-sahabat tercinta saya Elly, Anisa Diah, Rahmawati, Nur Aida, Yuliani, dan Yelmy yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama proses penyusunan skripsi;
8. Sahabat-sahabat kos Mastrip 27 Arum, Fitri, Atika, Eki, Mbak Shella yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama proses penyusunan skripsi;
9. Bapak-ibu Kos yang menjadi orangtua kedua saya selama saya menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
10. Teman-teman KKN 55 Jubung Nina, Lian, Lely, Bintang, Cahyo, Rani, Afi, Rima, dan Adib;
11. Teman-teman kelas D Fakultas Keperawatan Universitas Jember angkatan 2015 yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya selama proses penyusunan skripsi;
12. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan proposal ini.

## MOTO

Sesungguhnya Allah SWT tidak akan merubah keadaan suatu kaum sebelum mereka merubah keadaan diri mereka sendiri

(terjemah Surah *Ar-Ra'd* ayat 11\*)

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan

(terjemah Surah *Asy Syarh* ayat 5-6\*)

---

\*) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al-Qur'an* dan Terjemahannya.

Semarang: PT. Kumudasmoro Grafindo.

## PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yuliana

NIM : 152310101267

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember” yang saya teliti ini ialah benar-benar hasil karya saya sendiri serta bukan karya jiplakan, kecuali dalam pengutipan substansi sumber yang saya tulis, dan belum pernah diajukan pada instansi manapun. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, Januari 2019

Yang menyatakan,

Yuliana

NIM 152310101267

**SKRIPSI**

**PERBEDAAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN DI RUANG  
*INTENSIVE CARE UNIT (ICU) DAN INTENSIVE CARDIAC  
CARE UNIT (ICCU) DI RSD DR. SOEBANDI JEMBER***

Oleh  
Yuliana  
NIM 152310101267

Pembimbing

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

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

**HALAMAN PENGESAHAN**

Penelitian berjudul “Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD dr. Soebandi Jember” telah disetujui untuk mengikuti seminar tugas akhir di Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jember, Januari 2019

Dosen Pembimbing Utama

Ns. Wantiyah, M. Kep

NIP. 19810712 200604 2 001

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep., M.Kep

NIP 19880510 201504 1 002



**Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD dr. Soebandi Jember (*Differences between Patient's Family Needs in Intensive Care Unit (ICU) and Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) Rooms Dr. Soebandi Hospital Jember*)**

**Yuliana**

*Faculty of Nursing, University of Jember*

**ABSTRACT**

*Family needs are the parts needed by the family that aim to maintain life and health. The high level of stressors in the intensive room makes families unable to express these implicit needs. Some literature explains that the patient's family needs in intensive room was assurance, support, information, comfort and proximity. The aim of this study was to analyze the differences of patient's family needs in the Intensive Care Unit (ICU) and Intensive Cardiac Care Unit (ICCU) in the dr. Soebandi hospital, Jember. The design of this study was comparative with cross-sectional approach. The sampling technique applied purposive sampling. The number of respondents was 71 respondents. Data collection was conducted by using Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). The result of this study showed that in ICU, assurance was ranked as higher importance and comfort as lower importance. Meanwhile, in ICCU information was ranked as higher importance and comfort as lower importance. The results of the non-paired t test showed there was a difference between the family needs of patients in the ICU and ICCU ( p value = 0,008; p value = 0,038; p value =0,040; p value =0,036). The conclusion of this study showed there was a difference between the family needs of patients in the ICU and ICCU in information indicator. This study suggested the importance of assessing patient's family needs for reduce family anxiety.*

**Keywords :** *patient's family needs, ICU,ICCU*

## RINGKASAN

**Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* dan *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* di RSD dr. Soebandi Jember;** Yuliana 152310101267; 2018; xix+118 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan; Universitas Jember.

Kebutuhan keluarga adalah bagian-bagian yang dibutuhkan oleh keluarga yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan dalam rangka mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis. Masalah yang muncul pada keluarga dengan pasien yang dirawat di ruang intensif adalah munculnya gejala depresi, stress dan penurunan kualitas hidup. Beberapa literatur menjelaskan bahwa kebutuhan keluarga akan jaminan pelayanan, support, informasi kenyamanan dan kedekatan menjadi meningkat ketika terdapat anggota keluarga yang dirawat di ruang intensif.

Secara keseluruhan hasil uji T independen menunjukkan ada perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU dengan nilai  $p = 0,040$ , selain itu hasil uji T independen juga menunjukkan adanya perbedaan dalam indikator informasi dengan nilai  $p = 0,008$ ; nilai  $p = 0,038$ ; nilai  $p = 0,040$ ; nilai  $p = 0,036$ . Indikator jaminan memiliki rata-rata (SD) tertinggi diruang ICU yaitu 3,41 ( $\pm 0,397$ ). Sementara itu, di ruang ICCU indikator informasi memiliki rata-rata (SD) tertinggi yaitu 3,39 ( $\pm 0,719$ ). Semakin tinggi nilai rata-rata suatu indikator kebutuhan keluarga maka semakin penting pula indikator kebutuhan keluarga tersebut.

Hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan antara kebutuhan keluarga pasien di ICU dan ICCU. Hal ini memiliki kemungkinan bahwa ada perbedaan tingkat kecemasan pula antara kebutuhan keluarga pasien di ICU dan ICCU. Tingkat stressor yang tinggi membuat keluarga tidak mampu mengungkapkan kebutuhan yang bersifat implisit. Beberapa faktor yang mempengaruhi kecemasan adalah lama masa perawatan dan tingkat keparahan penyakit pasien.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada perbedaan antara kebutuhan keluarga pasien di ICU dan ICCU. Hal ini menjadi sesuatu yang penting untuk diperhatikan. Sebagai tenaga kesehatan, khususnya perawat sangat penting untuk membantu keluarga pasien memenuhi kebutuhannya mengingat ilmu keperawatan yang bersifat holistik.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD dr. Soebandi Jember”. Penyusunan skripsi penelitian ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terimakasih kepada yang terhormat:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember ;
2. Ns. Peni Perdani Juliningrum, M. Kep, selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Wantiyah, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, M. Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
5. Ns. Baskoro Setioputro, M.Kep. selaku dosen penguji I yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;

6. Ns. Fitrio Deviantony, M. Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
7. RSD dr. Soebandi Jember yang telah bersedia membantu dan mengizinkan dilaksanakannya penelitian ini;
8. Keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU RSD dr. Soebandi Jember yang telah bersedia membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian;
9. Kedua orangtua dan keluarga yang selalu memberikan dukungan dan doanya demi kelancaran dan terselesaikannya skripsi ini;
10. Teman-teman angkatan 2015 Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang selalu mendukung dan memberi semangat selama penyusunan skripsi ini;
11. Keluarga besar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
12. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga penyusunan skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, Januari 2019

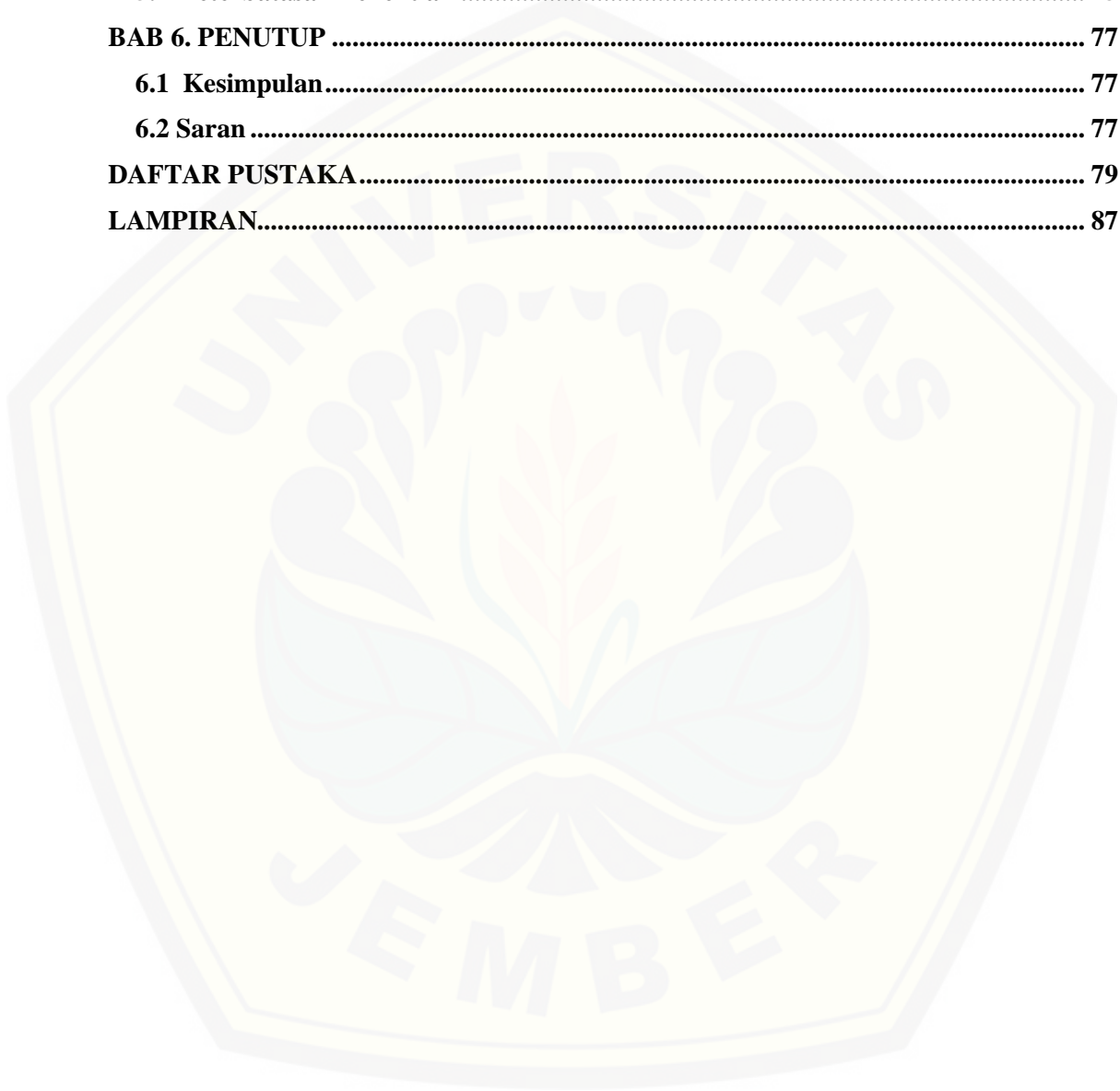
Penulis

**DAFTAR ISI**

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN SAMPUL.....</b>	<b>ii</b>
<b>PERSEMBAHAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>MOTO.....</b>	<b>v</b>
<b>PERNYATAAN.....</b>	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBINGAN.....</b>	<b>vii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>RINGKASAN .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xix</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Tujuan Penelitian.....</b>	<b>5</b>
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
<b>1.4 Manfaat Penelitian.....</b>	<b>6</b>
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti.....	6
1.4.2 Manfaat Bagi Pelayanan .....	6
1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan.....	6
<b>1.5 Keaslian Penelitian.....</b>	<b>6</b>
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Konsep Unit Perawatan Intensif.....</b>	<b>10</b>
2.1.1 ICU.....	10
2.1.2 ICCU .....	19
<b>2.2 Konsep Kebutuhan Keluarga .....</b>	<b>25</b>
2.2.1 Family Centered Care (FCC) .....	25
2.2.2 Kebutuhan Keluarga .....	27
<b>2.3 Perbedaan Kebutuhan Keluarga di ICU dan ICCU.....</b>	<b>33</b>

2.4 Kerangka Teori .....	37
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>39</b>
3.1 Kerangka Konsep.....	39
3.2 Hipotesis Penelitian.....	39
<b>BAB 4. METODE PENELITIAN.....</b>	<b>41</b>
4.1 Desain Penelitian.....	41
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian.....	41
4.2.1 Populasi Penelitian.....	41
4.2.2 Sampel Penelitian.....	42
4.2.3 Kriteria Sampel .....	43
4.3 Lokasi Penelitian .....	43
4.4 Waktu Penelitian.....	44
4.5 Definisi Operasional.....	44
4.6 Pengumpulan Data.....	45
4.6.1 Sumber Data.....	45
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data.....	45
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	46
4.6.4 Uji Validitas dan Uji Reliabilitas .....	47
4.7 Rencana Pengolahan Data.....	49
4.7.1 <i>Editing</i> .....	49
4.7.2 <i>Coding</i> .....	49
4.7.3 <i>Processing/Entry</i> .....	49
4.7.4 <i>Cleaning</i> .....	49
4.8 Analisa Data .....	50
1.8.1 analisis univariat .....	50
1.8.2 Analisis Bivariat.....	50
1.9 Etika Penelitian .....	52
1.9.1 Azas <i>Autonomy</i> .....	52
1.9.2 Kerahasiaan ( <i>Confidentiality</i> ) .....	52
1.9.3 Keadilan ( <i>Justice</i> ) .....	53
1.9.4 Azas Kemanfaatan ( <i>Beneficiency</i> ) .....	54
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>55</b>
5.1 Gambaran Lokasi Penelitian .....	55
5.2 Hasil Penelitian.....	56

<b>5.3 Pembahasan</b> .....	<b>60</b>
5.3.1 Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang ICU.....	60
5.3.2 Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang ICCU .....	66
5.3.3 Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang ICU dan ICCU.....	71
<b>5.4 Keterbatasan Penelitian</b> .....	<b>75</b>
<b>BAB 6. PENUTUP</b> .....	<b>77</b>
<b>6.1 Kesimpulan</b> .....	<b>77</b>
<b>6.2 Saran</b> .....	<b>77</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>79</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	<b>87</b>



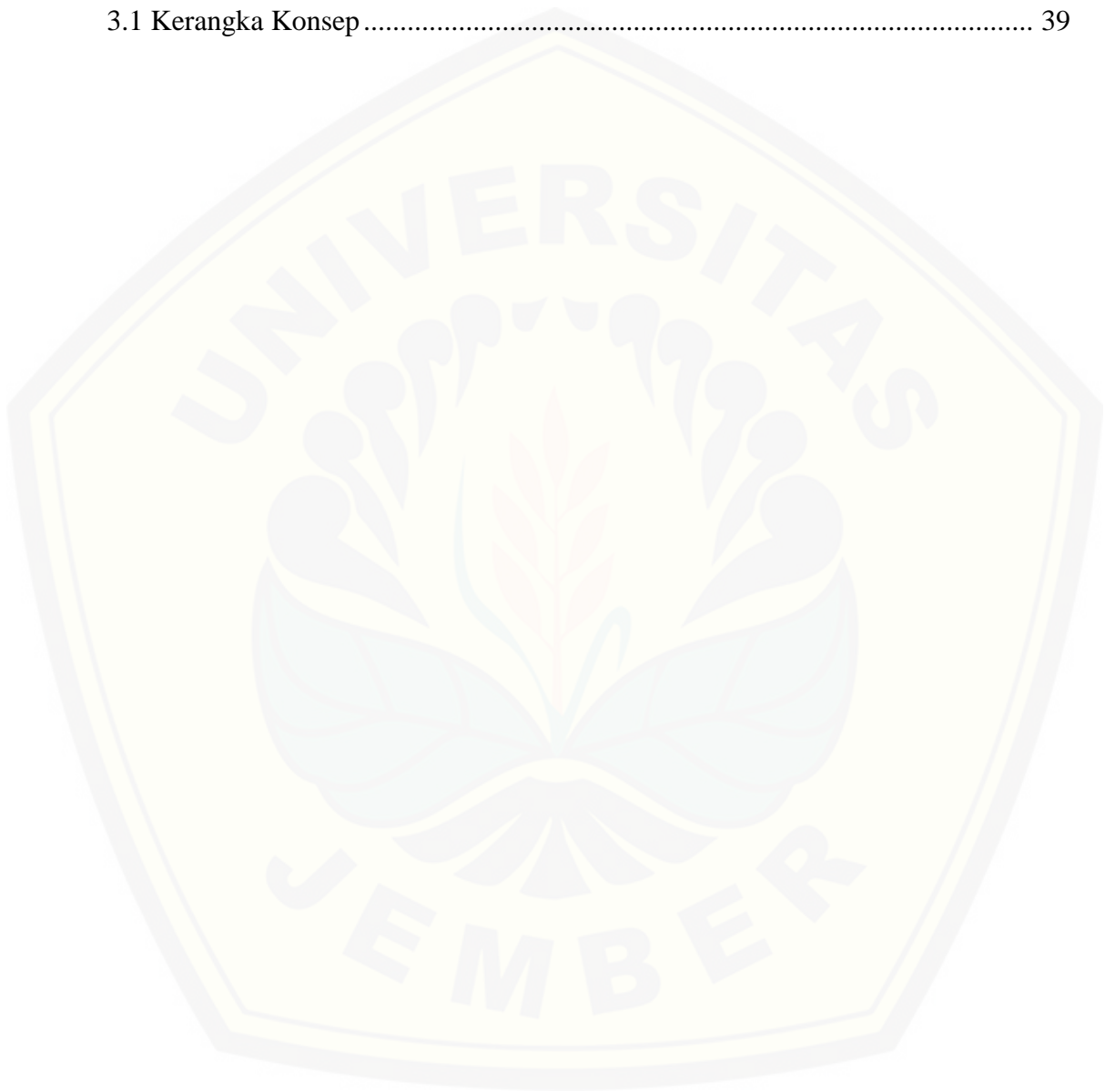


DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian penelitian.....	8
Tabel 2.1 Klasifikasi ICU berdasarkan kelengkapan pelayanan .....	16
Tabel 2.2 Klasifikasi ICU berdasarkan ketenagaan .....	17
Tabel 2.3 Karakteristik ICU dan ICCU.....	22
Tabel 4.1 Definisi operasional .....	44
Tabel 4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner CCFNI.....	46
Tabel 4.2 <i>Blue Print</i> Kuesioner CCFNI setelah uji validitas .....	48
Tabel 5.1 Nilai Mean (SD) dan <i>P value</i> Kebutuhan keluarga pasien per-indikator di ruang ICU dan ICCU RSD Dr. Soebandi Jember Desember 2018-Januari 2019 (n=71).....	56
Tabel 5.2 Nilai Mean (SD) dan <i>P value</i> Kebutuhan keluarga pasien per-item di ruang ICU dan ICCU RSD Dr. Soebandi Jember Desember 2018-Januari 2019 (n=71).....	57

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	37
3.1 Kerangka Konsep.....	39



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i> .....	88
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i> .....	89
Lampiran 3. Kuesioner <i>Critical Care Family Needs Inventory</i> .....	90
Lampiran 4. Surat keterangan studi pendahuluan.....	94
Lampiran 5. Surat izin penelitian.....	95
Lampiran 6. Lembar bimbingan.....	96
Lampiran 7. Lembar perkembangan penelitian.....	100
Lampiran 8. Hasil penelitian.....	111

## BAB 1 PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Pelayanan intensif adalah pelayanan spesialis bagi pasien yang mengalami kondisi kritis dan mengancam jiwa sehingga membutuhkan pelayanan yang menyeluruh dan pemantauan terus-menerus (Murti, 2009). Pelayanan intensif biasanya dilakukan di *Intensive Care Unit* (ICU), untuk anak-anak biasanya disebut *Paediatric Intensive Care Unit* (PICU), untuk bayi baru lahir hingga usia 28 hari disebut *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), sementara untuk pasien dengan masalah kardiovaskular disebut *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) (Murti, 2009).

*Intensive Care Unit* (ICU) adalah salah satu unit perawatan yang ada di rumah sakit yang diperuntukkan bagi pasien sakit kritis dan dirawat oleh staf yang telah menjalani pelatihan khusus (California Pacific Medical Center, 2008). Pasien yang dirawat di ICU sangat beragam kondisi klinisnya akan tetapi pada dasarnya semua pasien ICU mengalami disfungsi satu macam organ atau lebih terutama gangguan fungsi nafas dan sirkulasi (Peni, 2014).

*Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) merupakan unit perawatan intensif dengan spesifikasi khusus untuk merawat pasien dengan masalah jantung atau kondisi kardinal berkelanjutan yang membutuhkan pengawasan yang intensif. ICU dan ICCU menyediakan perawatan dan pengelolaan pasien yang meliputi pelayanan rawat inap dan medik yang memerlukan privasi tinggi (Dharmatanna, 2016).

Ancaman kehidupan yang besar di ruang perawatan intensif tidak hanya menimbulkan kecemasan bagi pasien, namun juga bagi keluarga pasien (Lukmanulhakim dan Firdaus, 2018). Keluarga pasien kritis seringkali mengalami stress emosional yang cukup tinggi serta berada dalam kondisi krisis psikologis (Pane, 2012; Nolen dan Warren, 2014). Beberapa faktor yang dapat menimbulkan kecemasan bagi keluarga pasien di ruang perawatan intensif adalah keluarga merasa takut jika terjadi kecacatan pada pasien, perasaan takut kehilangan, masalah ekonomi, serta kurangnya informasi dari tenaga kesehatan (Rahmatiah, 2012).

Keluarga merupakan sumber daya penting. Keluarga berperan dalam pengambilan keputusan dimana keluarga sebagai advokat bagi pasien. Keluarga juga bertindak sebagai penjamin hak pasien kritis yang menunjukkan tanggung jawab untuk keputusan terkait perawatan dan pengobatan pasien. Keluarga menjadi pihak yang sangat penting dalam pengambilan keputusan terkait tindakan keperawatan pasien sebab kondisi pasien yang tidak stabil dan umumnya mengalami penurunan kesadaran. Keberhasilan intervensi keperawatan juga bergantung pada kemauan keluarga untuk memberikan informasi tentang pasien (Potter dan Perry, 2009; Fortunati, 2014; Kydonaki, 2014; Arumsari dkk., 2016).

Kebutuhan keluarga merupakan satu hal yang dibutuhkan setiap anggota keluarga dalam upaya mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis setiap individu dalam keluarga dengan tujuan mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Pane, 2012). Kebutuhan anggota keluarga pasien kritis adalah kebutuhan akan informasi, kebutuhan untuk kepastian dan dukungan serta

kebutuhan untuk berada di dekat pasien. Keluarga ingin mendapatkan informasi apakah kondisi pasien stabil atau tidak stabil, tingkat kenyamanan pasien, dan pola tidur pasien. Tingkat stressor yang tinggi membuat keluarga tidak mampu mengungkapkan kebutuhan yang bersifat implisit ini, sehingga pelayanan keperawatan seharusnya memberikan perhatian pada upaya pemenuhan kebutuhan keluarga (Potter dan Perry, 2009; Sudore dkk., 2014; Kurniawan, 2015).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mitchell dkk. (2018) yang bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan keluarga pasien trauma di unit perawatan intensif dan menilai persepsi perawat terhadap kebutuhan tersebut diperoleh hasil bahwa dimensi jaminan menempati lima tempat pertama dari kebutuhan yang dianggap paling penting oleh keluarga. Penelitian lain yang dilakukan oleh Munyiginya, P & P Brysiewicz di salah satu rumah sakit di Kigali Rwanda, menunjukkan hasil kebutuhan keluarga yang dianggap paling penting di setiap dimensi kebutuhan keluarga adalah sebagai berikut : 1) dimensi jaminan, sebesar 80% (n=32), kebutuhan yang dianggap paling penting yaitu mengetahui fakta spesifik mengenai kemajuan kondisi pasien, 2) dimensi kenyamanan, sebesar 90% (n=36) kebutuhan yang dianggap paling penting yaitu tersedianya telepon di dekat ruang tunggu, 3) dimensi informasi, sebesar 73% (n=29) responden mengatakan kebutuhan yang dianggap paling penting yaitu mengetahui dengan persis apa yang dilakukan kepada pasien, 4) dimensi kedekatan, sebesar 70% (n=28) kebutuhan yang dianggap paling penting yaitu dihubungi jika kondisi pasien berubah saat mereka ada di rumah, 5) dimensi dukungan, sebesar 95% (n=38) responden mengatakan kebutuhan yang dianggap paling penting yaitu

mendapat penjelasan tentang ICU bagi anggota keluarga yang pertama kali mempunyai pengalaman perawatan di ICU (Munyiginya dan Brysiewicz, 2014).

*Family Centered Care* (FCC) adalah kemitraan pendekatan untuk pengambilan keputusan perawatan kesehatan antara keluarga dan penyedia pelayanan kesehatan (Kuo dkk., 2012). Tujuan utama dari FCC adalah untuk mengurangi resiko stress keluarga, sebab pengalaman ICU sering menjadi pengalaman traumatis bagi keluarga (Elliott dkk., 2012). *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) merupakan kuesioner yang telah lama dikembangkan di United States yang berguna untuk memetakan data dasar kebutuhan keluarga pasien di ICU yang diperoleh dari FCC. CCFNI terdiri dari 45 macam kebutuhan keluarga dengan level kebutuhan yang berbeda-beda dan menggunakan skala Likert yang memiliki rentang dari 1 sampai dengan 4 sebagai pengukurnya. Pada tahun 1991, Leske melakukan penelitian ulang menggunakan instrumen CCFNI yang telah dianalisa menjadi 5 dimensi yang meliputi : kenyamanan, kedekatan, informasi, jaminan, dan dukungan (Leske, 1991).

Kegiatan mengidentifikasi kebutuhan keluarga dapat menuntun perawat mengintegrasikan kebutuhan keluarga ke dalam FCC sehingga keluarga dapat memenuhi kebutuhannya, meningkatkan kepuasan dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Hendrawati dkk., 2017). Pelayanan untuk anggota keluarga memasukkan pertimbangan konteks penyakit pasien (Potter dan Perry, 2009). Perbedaan ruang perawatan serta kondisi klinis pasien akan mempengaruhi kebutuhan keluarga sehingga perlu eksplorasi lebih dalam tentang kebutuhan keluarga baik di ICU maupun ICCU.

## 1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana perbedaan antara kebutuhan keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kebutuhan informasi, kenyamanan, jaminan, dukungan dan kedekatan pada keluarga pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) di RSD Dr. Soebandi Jember
- b. Mengidentifikasi kebutuhan informasi, kenyamanan, jaminan, dukungan dan kedekatan pada keluarga pasien di *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember
- c. Mengidentifikasi perbedaan kebutuhan informasi, kenyamanan, jaminan, dukungan dan kedekatan pada keluarga pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember



- d. Menganalisis perbedaan indikator kebutuhan keluarga pasien di *Intensive Care Unit (ICU)* dan *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* di RSD Dr. Soebandi Jember

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti**

Menambah pengetahuan bagi peneliti terkait perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* dan *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* di RSD Dr. Soebandi Jember

##### **1.4.2 Manfaat Bagi Pelayanan**

Hasil dari penelitian diharapkan dapat diaplikasikan pada setiap instansi rumah sakit yang menyediakan unit perawatan intensif untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

##### **1.4.3 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan**

Bagi mahasiswa diharapkan hasil penelitian ini dapat menambah informasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan dapat menjadi acuan bagi penelitian selanjutnya. Bagi dosen, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi tambahan bahan ajar.

#### **1.5 Keaslian Penelitian**

Penelitian yang berjudul “Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* dan *Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)* di RSD Dr.

Soebandi Jember” belum pernah diteliti. Terdapat penelitian yang mendukung penelitian ini dengan judul “*The Needs of Family of Trauma Intensive Care Patients : A Mixed Methods Study*”, “*The Needs of Patient Family Members in the Intensive Care Unit in Kigali, Rwanda*”, dan “*Meeting the Needs of Family Members of ICU Patient*”.



Tabel 1.1 Keaslian penelitian

Perbedaan	Penelitian sebelumnya	Penelitian sebelumnya	Penelitian sebelumnya	Penelitian sekarang
Judul	<i>The Needs of Family of Trauma Intensive care Patients : a Mixed Methods Study</i>	<i>The Needs of Patient Meeting the Needs of Family Members in the Intensive Care Unit in Kigali, Rwanda</i>	<i>Meeting the Needs of Family Members of ICU Patient</i>	Perbedaan kebutuhan keluarga di Ruang <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> dan <i>Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)</i> di RSD dr. Soebandi Jember
Tempat	ICU tersier di rumah sakit umum pendidikan di Australia	Unit perawatan intensif di salah satu rumah sakit di Kigali, Rwanda	Fasilitas kesehatan yang berlokasi di wilayah tenggara Amerika Serikat	Ruang <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> dan <i>Intensive Cardiac Care Unit (ICCU)</i> di RSD dr. Soebandi Jember
Tahun	2018	2014	2014	2018
Sampel	214 partisipan, terdiri dari 111 perawat dan 103 keluarga pasien di ICU	40 partisipan	31 partisipan	71 partisipan
Variabel Independen	Kebutuhan keluarga	Kebutuhan keluarga	Kebutuhan keluarga	Kebutuhan keluarga
Variabel Dependen	-	-	-	-
Peneliti	Marion Mitchell, Toni Dwan, Mari Takashima, Kellie Beard, Sean Birgan, Krista Wetzig,	Munyiginya, P & P Brysiewicz	Kalie Brooke Nolen & Nancy A. Warren	Yuliana

Angela Tonge				
Desain Penelitian	<i>Sequential mixed-method</i>	Desain eksplorasi kuantitatif	<i>Triangulation mixed-method</i>	Desain kuantitatif dengan pendekatan <i>cross-sectional</i>
Teknik Sampling	<i>Purposive sampling</i>	<i>Convenience sampling</i>	<i>Convenience sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>
Instrumen Penelitian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CCFNI (<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>)</li> <li>2. Wawancara</li> <li>3. Data demografi pasien</li> <li>4. Data perawat ICU</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data demografi partisipan</li> <li>2. CCFNI (<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. NMI (<i>Needs Met Inventory</i>)</li> <li>2. Wawancara</li> </ol>	CCFNI ( <i>Critical Care Family Needs Inventory</i> )
Uji Statistik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Teknik analisis deskriptif</li> <li>2. Teknik analisis tematik induktif</li> </ol>	Teknik analisis deskriptif	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uji univariat</li> <li>2. Analisis kontekstual tematik</li> </ol>	Uji <i>independent sample T test</i>
Search Engine	<i>Science Direct</i>	<i>Directory of Open Access Journal</i>	PubMed	-

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Unit Perawatan Intensif

Kemenkes RI menjelaskan bahwa unit perawatan intensif merupakan bagian dari rumah sakit yang mandiri dengan staf dan peralatan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien yang menderita penyakit, cedera, atau penyulit lain yang mengancam nyawa dengan prognosis dubia. Pelayanan intensif adalah pelayanan spesialis bagi pasien yang mengalami kondisi kritis dan mengancam jiwa sehingga membutuhkan pelayanan yang menyeluruh dan pemantauan terus-menerus. Pelayanan yang diberikan di ruang intensif merupakan pelayanan penting dalam penyelenggaraan pelayanan medis di fasilitas kesehatan (Murti, 2009; Kemenkes RI, 2010).

Pelayanan intensif biasanya dilakukan di *Intensive Care Unit* (ICU) , untuk anak-anak biasanya disebut *Paediatric Intensive Care Unit* (PICU), untuk bayi baru lahir hingga usia 28 hari disebut *Neonatal Intensive Care Unit* (NICU), sementara untuk pasien dengan masalah kardiovaskular disebut *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) (Murti, 2009). ICU dan ICCU menyediakan perawatan dan pengelolaan pasien yang meliputi pelayanan rawat inap dan medik yang memerlukan privasi tinggi (Dharmatanna, 2016)

#### 2.1.1 ICU

##### a. Definisi

*Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan) dengan staf dan peralatan

khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien yang mendera penyakit, cedera, atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia (Kemenkes RI, 2010). Kaur dkk. (2008) dalam penelitian berjudul *Critical Events in Intensive Care Unit* menyebutkan bahwa ICU merupakan unit perawatan intensif untuk merawat pasien dengan kondisi kritis dengan penatalaksanaan bantuan hidup dan pengawasan yang intensif.

b. Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Ruang lingkup pelayanan ICU menurut Kemenkes RI (2010) meliputi:

- 1) diagnosis dan penatalaksanaan secara khusus penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat mengakibatkan kematian dalam waktu beberapa menit sampai beberapa hari
- 2) memberi bantuan dasar dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan penatalaksanaan secara khusus problema dasar
- 3) pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik
- 4) memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat bergantung pada alat dan orang lain

c. Karakteristik Pasien ICU

Karakteristik pasien yang membutuhkan perawatan di ICU adalah sebagai berikut :

- 1) pasien yang membutuhkan intervensi medis segera oleh tim *intensive care*
- 2) pasien yang membutuhkan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh yang terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode terapi titrasi
- 3) pasien sakit kritis yang membutuhkan pemantauan kontinu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis (Kemenkes RI, 2010)

d. Indikasi Masuk dan Keluar ICU

Pelayanan ICU ditujukan dan ditentukan oleh kebutuhan pasien sakit kritis. Tujuan dari pelayanan ICU adalah memberikan pelayanan medik tertitrasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan. Pasien kritis meliputi:

- 1) pasien yang secara fisiologis tidak stabil dan memerlukan dokter, perawat serta profesi lain yang terkait secara terkoordinasi dan berkelanjutan, serta memerlukan perhatian yang teliti, agar dapat dilakukan pengawasan yang ketat dan terus menerus serta terapi titrasi
- 2) pasien yang dalam bahaya mengalami dekompensasi fisiologis sehingga memerlukan pemantauan ketat dan terus-menerus serta dilakukan intervensi segera untuk mencegah timbulnya penyulit yang merugikan (Kemenkes RI, 2010)

Pasien dan keluarga yang hendak masuk ke ICU harus memperoleh penjelasan lengkap tentang dasar pertimbangan mengapa pasien perlu dirawat di ICU, serta tindakan kedokteran apa saja yang mungkin akan diberikan kepada pasien selama dirawat di ICU. Penjelasan ini disampaikan oleh kepala ICU atau dokter yang sedang bertugas. Berdasarkan penjelasan tersebut, baik pasien maupun keluarga dapat menerima atau menyatakan persetujuan untuk menerima perawatan ICU. Persetujuan tersebut dinyatakan dalam lembar persetujuan yang disebut *informed consent*.

Sarana dan prasarana di ICU yang terbatas menciptakan sebuah mekanisme untuk menentukan prioritas pasien yang akan dirawat di ICU. Berikut ini adalah kriteria pasien masuk dan keluar ICU:

1. Kriteria masuk

Pelayanan yang diberikan ICU meliputi pemantauan yang canggih dan terapi intensif. Kriteria pasien masuk ICU berdasarkan prioritas yang ditentukan dengan penilaian objektif atas beratnya penyakit dan prognosis adalah sebagai berikut:

- a. Pasien prioritas 1 (satu)

Pasien prioritas satu merupakan kelompok pasien sakit kritis dengan kondisi tidak stabil yang membutuhkan terapi intensif dan tertitrasi, seperti : bantuan ventilasi dan alat bantu suportif organ atau sistem yang lain. Salah satu contoh pasien yang masuk dalam kelompok prioritas satu adalah pasien sepsis berat. Institusi setempat dapat membuat kriteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia,



hipotensi dibawah tekanan tertentu. Terapi pada pasien prioritas satu umumnya tidak terbatas.

b. Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien prioritas dua merupakan kelompok pasien yang membutuhkan pelayanan pemantauan canggih di ICU, karena akan sangat beresiko apabila tidak mendapat terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Salah satu contoh pasien yang masuk dalam kelompok prioritas dua adalah pasien yang menderita penyakit dasar jantung-paru. Terapi pada pasien prioritas dua tidak terbatas karena kondisi medik pasien prioritas dua selalu berubah.

c. Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien prioritas tiga merupakan kelompok pasien sakit kritis yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat dari terapi di ICU pada kelompok ini sangat kecil. Salah satu contoh pasien yang masuk dalam kelompok prioritas tiga adalah pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi. Pengelolaan pada kelompok pasien ini bertujuan hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan tindakan intubasi atau resusitasi jantung paru.

#### d. Pengecualian

Pasien yang masuk dalam kelompok ini, atas pertimbangan luar biasa dan persetujuan kepala ICU, indikasi masuk pada kelompok pasien bisa dikecualikan dengan catatan bahwa kelompok pasien yang demikian sewaktu-waktu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar sarana dan prasarana ICU yang terbatas dapat digunakan oleh kelompok pasien prioritas satu, dua, dan tiga. Pasien yang termasuk kelompok pengecualian diantaranya adalah :

- 1) Pasien yang memenuhi kriteria masuk tapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi “perawatan yang aman” saja. Pernyataan ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah “DNR (*Do Not Resuscitate*)”. Pasien kelompok ini sebenarnya mungkin saja mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan selamat.
- 2) Pasien dalam keadaan vegetatif permanen
- 3) Pasien yang telah dipastikan mati batang otak. Pasien golongan ini dapat dimasukkan ke ICU hanya untuk menunjang fungsi organ untuk kepentingan donor organ

#### 2. Kriteria Keluar

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

## e. Klasifikasi Pelayanan ICU

Pelayanan ICU dibagi kedalam beberapa klasifikasi pelayanan. Klasifikasi pelayanan ICU dibagi berdasarkan jenis tenaga dan kelengkapan pelayanan (Kemenkes RI, 2011). Klasifikasi pelayanan ICU di rumah sakit dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

## 1) Klasifikasi ICU berdasarkan kelengkapan pelayanan

Klasifikasi ICU berdasarkan kelengkapan pelayanan dibagi dalam tiga klasifikasi yaitu :

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

Tabel 2.1 Klasifikasi ICU berdasarkan kelengkapan pelayanan

No	Kemampuan Pelayanan		
	Primer	Sekunder	Tersier
1.	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru	Resusitasi jantung paru
2.	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik
3.	Terapi oksigen	Terapi oksigen	Terapi oksigen
4.	Pemasangan kateter vena sentral	Pemasangan kateter vena sentral dan arteri	Pemasangan kateter vena sentral, arteri, <i>Swan Ganz</i> , dan ICP monitor
5.	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
6.	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi	Pelaksanaan terapi secara titrasi
7.	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral	Pemberian nutrisi enteral dan parenteral
8.	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh
9.	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama

	transportasi pasien gawat	transportasi pasien gawat	transportasi pasien gawat
10.	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada
11.	-	Melakukan prosedur isolasi	Melakukan prosedur isolasi
12.	-	Melakukan hemodialisis intermitten dan kontinyu	Melakukan hemodialisis intermitten dan kontinyu

Sumber : Kemenkes RI (2010)

## 2) Klasifikasi ICU berdasarkan ketenagaan

Tenaga yang terlibat dalam pelayanan ICU terdiri dari tenaga dokter intensivis, dokter spesialis dan dokter yang telah mengikuti pelatihan ICU dan perawat terlatih ICU. Tenaga tersebut menyelenggarakan pelayanan ICU sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang diatur oleh masing-masing RS yang sesuai dengan jenis dan klasifikasi RS seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.2 Klasifikasi ICU berdasarkan ketenagaan

No	Jenis tenaga	Klasifikasi Pelayanan		
		Primer	Sekunder	Tersier
1.	Kepala ICU	1. Dokter spesialis anesthesiologi 2. Dokter spesialis lain yan telah mengikuti pelatihan ICU (jika belum ada dokter spesialis anesthesiologi)	1. Dokter intensivis 2. Dokter spesialis anesthesiologi (jika belum ada dokter intensivis)	Dokter intensivis
2.	Tim medis	1. Dokter spesialis sebagai konsultan (yang dapat dihubungi setiap diperlukan) 2. Dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru	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

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

Sumber : Kemenkes RI (2010)

### 2.1.2 ICCU

#### a. Definisi

ICCU adalah unit perawatan intensif dengan spesifikasi khusus untuk merawat pasien dengan masalah jantung atau kondisi kardinal berkelanjutan yang membutuhkan pengawasan yang intensif (Dharmatanna, 2016). Perkembangan terapi yang canggih selama lima dekade terakhir, membuat unit yang semula disebut unit perawatan koroner ini menjadi mampu untuk memberikan perawatan kritis yang kompleks untuk pasien jantung, dan seringkali juga perawatan paliatif sehingga unit ini sekarang tepat apabila disebut sebagai *Intensif Cardiac Care Unit* (ICCU) (Naib dkk., 2015). RSUD Pasar Minggu (2015) mendefinisikan *Intensif Cardiac Care Unit* (ICCU) sebagai unit pelayanan rawat inap di rumah sakit yang menyediakan perawatan khusus pada pasien yang membutuhkan perawatan intensif akibat disfungsi organ jantung dan pembuluh darah yang melibatkan tenaga kesehatan terlatih dan peralatan khusus.

#### b. Ruang Lingkup Pelayanan ICCU

RSUD Pasar Minggu (2015) dalam pedoman penyelenggaraan ICCU menyebutkan bahwa ruang lingkup pelayanan ICCU meliputi pasien-pasien yang membutuhkan perawatan, pengobatan, pengawasan dan penanganan khusus sebagai akibat dari gangguan organ jantung dan pembuluh darah.

c. Karakteristik Pasien ICCU

Karakteristik pasien yang membutuhkan perawatan di ICCU adalah sebagai berikut :

- 1) Pasien yang membutuhkan intervensi medis secepatnya oleh tim *Intensive Cardiac Care*
- 2) Pasien yang membutuhkan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh terutama sistem kardiovaskular secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan
- 3) Pasien sakit kritis yang membutuhkan pemantauan secara kontinyu dan intervensi secepatnya untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis

d. Indikasi Masuk dan Keluar ICCU

1) Kriteria masuk

a) Pasien prioritas 1 (satu)

Pasien dengan penyakit atau gangguan akut pada organ vital yang memerlukan terapi intensif dan agresif seperti gagal nafas akut, gangguan atau gagal sirkulasi akibat gangguan kardiovaskular, misalnya pasien pasca operasi jantung. Terapi pada kelompok pasien ini bersifat tidak terbatas (RSUD Pasar Minggu, 2015).

b) Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien yang membutuhkan pemantauann canggih di ICCU, hal ini dikarenakan resiko besar yang mengancam pasien pada kelompok ini apabila tidak mendapat terapi intensif secepatnya, misalnya pada pasien

pasca bedah dengan komplikasi penyakit jantung. Terapi pada kelompok pasien ini bersifat tidak terbatas.

c) Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien sakit kritis yang tidak stabil tetapi masih memiliki harapan kecil untuk dapat disembuhkan (prognosa jelek) dan pengelolaan di ICCU hanya bertujuan untuk mengatasi masalah akutnya dan tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru, misalnya pada pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi.

d) Pengecualian

Pasien yang masuk dalam kelompok ini, atas pertimbangan luar biasa dan persetujuan kepala ICU bisa masuk ICCU dengan catatan sewaktu-waktu bisa dikeluarkan dari ICCU agar bisa digunakan oleh pasien prioritas satu, dua, dan tiga. Pasien yang termasuk kelompok pengecualian diantaranya adalah :

- 1) Pasien yang memenuhi kriteria masuk tapi menolak terapi tunjangan hidup, termasuk pasien dengan perintah DNR (*Do Not Resuscitate*)
- 2) Pasien dalam keadaan vegetatif permanen
- 3) Pasien yang sudah dipastikan mati batang otak namun hanya untuk keperluan donor organ saja

2) Kriteria keluar

Pasien dapat dipindahkan dari ICCU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICCU dan tim medis yang merawat pasien. Kriteria pasien yang dapat keluar dari ICCU antara lain:



- a) Kondisi pasien telah membaik dan cukup stabil
- b) Terapi dan perawatan intensif tidak memberi hasil pada pasien
- c) Pasien sudah tidak perlu ventilator lagi
- d) Pasien mengalami mati batang otak
- e) Pasien mengalami gagal napas stadium akhir
- f) Pasien dan atau keluarga menolak menerima perawatan lebih lanjut di ICU (pulang paksa)

### 2.1.3 Karakteristik ICU dan ICCU

Tabel 2.3 Karakteristik ICU dan ICCU

Karakteristik	Unit	
	ICU	ICCU
Kasus pasien	Diseksi aorta/iliaka/aneurisma, infark miokard akut, pneumonia, syok septik, cedera otak primer, tumor usus besar, perforasi usus besar	Sindrom koroner akut elevasi segmen non-ST, STEMI, eksaserbasi gagal jantung akut, penyakit arteri koroner, aritmia, gagal jantung, penyakit jantung valvular, kardiomiopati
Kelompok sasaran pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien yang membutuhkan dukungan pernapasan lanjutan saja</li> <li>2. Pasien yang membutuhkan dukungan dari dua sistem organ atau lebih</li> <li>3. Pasien dengan gangguan kronis dari satu atau lebih sistem organ memerlukan dukungan untuk kegagalan reversibel akut sistem organ lain</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien gangguan jantung dan pembuluh darah dengan keadaan belum stabil sehingga memerlukan pemantauan ketat secara intensif dan tindakan segera</li> </ol>
Struktur fisik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. dianjurkan satu komplek dengan kamar bedah dan kamar pulih, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke Unit Gawat Darurat, Laboratorium, dan radiologi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ICCU harus berdekatan dengan instalasi bedah sentral, instalasi gawat darurat, laboratorium dan instalasi radiologi</li> <li>2. kamar-kamar di ICCU</li> </ol>

	<p>2. pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi klinis dengan lampu TL <i>day light</i> 10 watt/m<sup>2</sup>. Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain unit juga memperhatikan privasi pasien</p> <p>3. mempunyai pendingin ruangan/AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22<sup>0</sup> – 25<sup>0</sup> kelembaban 50-70%</p> <p>4. pada ruang isolasi dilengkapi dengan tempat cuci tangan dan tempat ganti pakaian sendiri</p> <p>5. terdapat ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih</p> <p>6. terdapat ruang tempat pembuangan alat/bahan kotor</p>	<p>memerlukan kekhususan teknis seperti memiliki pembatas fisik per pasien, dinding serta bukaan pintu dan jendela dengan ruang ICCU lainnya dan harus memiliki ruang antara, karena suasana di dalam ruangan harus tenang</p> <p>3. luas ruangan minimal 16 m<sup>2</sup>, belum termasuk ruang antara</p> <p>4. tersedia aliran gas medis (O<sub>2</sub>, udara bertekanan, dan suction)</p> <p>5. sirkulasi udara yang dikondisikan seluruhnya udara segar</p> <p>6. ruang perawat disarankan menggunakan pembatas fisik transparan untuk mengurangi kontaminasi terhadap perawat</p> <p>7. aliran listrik tidak boleh terputus</p>
ukuran	Terdiri dari 3-18 tempat tidur	Terdiri dari 4-5 tempat tidur
peralatan	<p>1. ventilator</p> <p>2. mesin hemodialisis</p> <p>3. monitor</p> <p>4. <i>line (arterial line, central line, dialysis line or vascath, PICC line)</i></p> <p>5. ETT</p> <p>6. NGT</p> <p>7. Kateter urin</p> <p>8. EKG</p>	<p>1. sistem monitoring</p> <p>2. defibrilator</p> <p>3. alat pacu jantung</p> <p>4. troli resusitasi</p> <p>5. sistem ventilasi</p> <p>6. sistem aspirasi</p> <p>7. pompa infus IV</p> <p>8. EKG</p> <p>9. Alat pengukur gula darah</p>
Sumber daya manusia	<p>Tim Medis:</p> <p>1. dokter spesialis sebagai konsultan (dokter yang dapat dihubungi setiap</p>	<p>Tim Medis :</p> <p>1. dokter sepsialis kardiologi dengan pengalaman yang sesuai</p>

diperlukan)	dalam mengelola
2. dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan)	penyakit jantung akut
3. dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS/ACLS dan FCCS	2. Perawat :
Perawat:	perawat terlatih yang mampu menafsirkan aritmia, mendeteksi gejala kemosotot pada pasien, dan mampu mengambil keputusan dengan cepat dalam keadaan darurat (melakukan manuver pernapasan, RJP, defibrilasi)
1. perawat terlatih yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjutan	
2. perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU	

Sumber : (RSUD Pasar Minggu, 2015; Holland dan Moss, 2017; Brighton and Sussex University Hospital, 2018; Dewi dkk., 2018)

#### 2.1.4 Falsafah Asuhan Keperawatan Kritis

Dewi dkk. (2018) menjelaskan seorang perawat yang bekerja di ruang intensif mempunyai falsafah:

- a. Memberi asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga dengan masalah fisiologis akut dan tidak stabil
- b. Bekerja pada lingkungan dengan alat-alat teknologi canggih
- c. Perlu pengetahuan tentang fisiologi, patofisiologi, dan farmakologi
- d. Mampu mempergunakan teknologi tinggi untuk mengukur parameter fisiologi dengan tepat

Berdasarkan hal tersebut, seorang perawat *critical care* harus meyakini bahwa:

- a. Setiap pasien mempunyai kebutuhan individual dan berhak mendapatkan pelayanan terbaik

- b. Kepedulian dan *caring* dari tim keperawatan
- c. Kualitas hidup pasien optimal didukung oleh lingkungan internal, eksternal, fisik, dan psikologis
- d. Lingkungan kerja kondusif didukung fasilitas yang memadai
- e. Kualifikasi tenaga perawat memiliki sertifikat khusus
- f. Pelayanan multidisiplin

## 2.2 Konsep Kebutuhan Keluarga

### 2.2.1 *Family Centered Care* (FCC)

#### a. Definisi

*Australian College of Critical Care Nurses* (ACCCN) menjelaskan bahwa model keperawatan yang berpusat pada keluarga (FCC : *Family Centered Care*), yang dikembangkan selama awal 1990-an, terutama di Amerika Utara, di bidang pengasuhan anak-anak, dianggap menggabungkan keluarga merupakan hal mendasar bagi perawatan pasien. Dua dekade berlalu, ruang lingkup dari FCC telah diperluas dan Institut untuk *Family Centered Care* mendefinisikan perawatan yang berpusat pada keluarga sebagai inovatif pendekatan untuk perencanaan, pemberian, dan evaluasi layanan kesehatan yang diatur oleh kemitraan yang saling menguntungkan antara penyedia layanan kesehatan, pasien dan keluarga (Elliott dkk., 2012).

*Family Centered Care* adalah kemitraan pendekatan untuk pengambilan keputusan perawatan kesehatan antara keluarga dan penyedia pelayanan kesehatan (Kuo dkk., 2012). Perawatan berpusat pada keluarga berlaku untuk pasien dari

segala usia, dan dapat dipraktekkan dalam pengaturan perawatan kesehatan apapun. FCC didasarkan pada sikap saling menghormati kemitraan diantara pasien, keluarga dan penyedia layanan kesehatan (Elliott dkk., 2012)

b. Tujuan

Tujuan utama dari FCC adalah untuk mengurangi resiko stress keluarga, sebab pengalaman ICU sering menjadi pengalaman traumatis bagi keluarga (Elliott dkk., 2012).

c. Konsep inti

1. *Dignity and respect*

Menghormati perspektif dan pilihan keluarga dan pasien, termasuk didalamnya adalah pengetahuan, nilai, keyakinan, dan latar belakang budaya.

2. *Sharing Information*

Informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan harus lengkap dan tidak bias serta berguna dan bersifat menegaskan.

3) *Participation*

Pasien dan keluarga didorong dan didukung untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan pada tingkat yang mereka pilih.

4) *Collaboration*

Pasien, keluarga, praktisi perawatan kesehatan, dan pemimpin perawatan kesehatan berkolaborasi dalam pengembangan, penerapan, dan evaluasi kebijakan dan program dalam penelitian, desain fasilitas, dan pendidikan profesional serta pemberian perawatan (Kuo dkk., 2012)

#### d. Elemen

Sebuah penelitian yang bertujuan untuk meninjau penelitian kualitatif yang menjelaskan elemen FCC di ruang perawatan intensif disebutkan bahwa ada tiga elemen dalam perawatan berpusat pada keluarga, antara lain:

- 1) Pertukaran timbal balik atau berbagi informasi dan tujuan antara dokter dan keluarga, termasuk advokasi oleh keluarga untuk pasien;
- 2) Pengambilan keputusan tentang pengasuhan sehari-hari, perawatan medis, dan membatasi atau mempertahankan pengobatan pasien;
- 3) Negosiasi peran dalam memberikan perawatan kepada pasien atau negosiasi kehadiran selama intervensi dan komunikasi medis (Richards dkk., 2017).

### 2.2.2 Kebutuhan Keluarga

#### a. Definisi

Kebutuhan keluarga adalah bagian-bagian yang dibutuhkan oleh keluarga yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan dalam rangka mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis (Alimul, 2009). Kebutuhan keluarga merupakan satu hal yang dibutuhkan setiap anggota keluarga dalam upaya mempertahankan keseimbangan fisiologis dan psikologis setiap individu dalam keluarga dengan tujuan mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Pane, 2012).

#### b. Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Keluarga

Perawatan berpusat pada keluarga yang diterapkan di ruang intensif kurang memperhatikan kebutuhan keluarga, penerimaan pasien yang

mebutuhkan perawatan intensif dalam keadaan akut, transisi nonelektif sering menimbulkan ketidakpastian bagi pasien dan keluarga. Kebutuhan sakit kritis selama periode sakit kritis penting untuk diperhatikan, namun mengatasi kebutuhan keluarga terutama kebutuhan psikologis keluarga pasien dari awal penyakit kritis juga perlu diperhatikan (Jr dan Douglas, 2010). Kehadiran dan kepedulian keluarga, interaksi yang bermakna serta kerjasama dengan tim perawatan dapat membantu pasien selama perawatan di ruang intensif. Perawat memiliki tanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga pasien selama perawatan di ruang intensif (Bailey dkk., 2010). Faktor yang mempengaruhi kebutuhan keluarga dalam sebuah penelitian yang dilakukan Pradana (2014) adalah sebagai berikut :

1) Tahap perkembangan

Tahap perkembangan terjadi seiring dengan meningkatnya usia dan perkembangan seseorang. Setiap tahap perkembangan menciptakan tingkat kebutuhan yang berbeda, baik kebutuhan biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual. Keadaan ini disebabkan oleh fungsi organ tubuh yang mengalami proses kematangan dengan aktifitas yang berbeda.

2) Konsep diri

Konsep diri yang positif dapat memberikan makna dan keutuhan (*wholeness*) bagi seseorang. Perasaan positif akan tercipta dari konsep diri yang sehat. Seseorang yang mempunyai konsep diri yang sehat akan mudah berubah, mampu mengenali kebutuhannya, sehingga mudah memenuhi kebutuhan dasarnya.

### 3) Hubungan Keluarga

Hubungan keluarga yang baik dapat meningkatkan rasa saling percaya, kesenangan hidup, serta berkurangnya rasa curiga antar anggota keluarga, sehingga juga dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan dasar.

### 4) Penyakit

Penyakit dapat memengaruhi tubuh untuk dapat memenuhi kebutuhan, baik secara fisiologis maupun psikologis. Hal ini dikarenakan beberapa fungsi organ tubuh memerlukan pemenuhan kebutuhan yang lebih besar dari biasanya.

#### c. Kebutuhan Keluarga di Ruang Perawatan Intensif

Anggota keluarga pasien sakit kritis berkontribusi secara signifikan terhadap kesejahteraan pasien. Pasien membutuhkan dan menginginkan kehadiran keluarga mereka dan pemberi pelayanan kesehatan juga memerlukan masukan dari keluarga pasien. Situasi kritis sering menyebabkan keluarga menjadi pengambil keputusan karena gangguan kognitif pasien. Anggota keluarga tidak hanya memberikan dukungan dalam situasi penyakit kritis tetapi juga kesinambungan perawatan melalui rehabilitasi. Tanggung jawab yang besar ini yang terjadi bersamaan dengan situasi kritis sering menciptakan stress dan kecemasan bagi anggota keluarga. Kecemasan keluarga yang tinggi memungkinkan untuk menurunkan dukungan keluarga terhadap pasien, bahkan menyalurkan kecemasan tersebut kepada pasien (Zarei dan Hashemizadeh, 2015). Tujuan utama dari FCC adalah untuk mengurangi resiko stress keluarga, sebab



pengalaman ICU sering menjadi pengalaman traumatis bagi keluarga (Elliott dkk., 2012).

Pemenuhan kebutuhan keluarga selama waktu yang penuh tekanan dapat menurunkan stress keluarga. Pendekatan tim perawatan kesehatan gabungan diperlukan untuk memenuhi kebutuhan keluarga karena perbedaan persepsi diantara tim kesehatan dapat menghasilkan pendekatan yang tidak bersatu dan berpotensi membingungkan. Kebutuhan keluarga pasien sakit kritis sangat kompleks dan multifaktorial (Elliott dkk., 2012).

Burns (2014) menjelaskan bahwa sering terjadi perselisihan antara perspektif perawat dan keluarga tentang jenis atau prioritas kebutuhan keluarga, karena itu penting untuk mendiskusikan kebutuhan keluarga. Kebutuhan keluarga di ruang perawatan intensif telah berhasil diidentifikasi menjadi 5 dimensi, antara lain:

1. Menerima Jaminan

Anggota keluarga perlu diyakinkan bahwa pasien menerima perawatan sebaik mungkin. Hal ini perlu dilakukan sebab hal ini dapat membantu menanamkan kepercayaan diri, rasa aman, dan mempertahankan harapan bagi keluarga.

2. Berada di dekat pasien

Anggota keluarga harus memiliki akses untuk berada di dekat pasien. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keluarga melaporkan merasa lega dan bersyukur ketika bisa berada di dekat pasien. Kebijakan kunjungan,

mulai dari waktu hingga usia pengunjung menjadi penghambat pemenuhan kebutuhan ini.

### 3. Menerima Informasi

Komunikasi dengan pasien dan keluarga harus terbuka dan jujur. Keluarga perlu dipanggil jika ada perubahan kondisi pada pasien. Komunikasi yang baik akan mengurangi kecemasan dan membantu meningkatkan pengambilan keputusan oleh keluarga.

### 4. Kenyamanan

Kebutuhan kenyamanan keluarga dapat dipenuhi dengan menyediakan ruang atau tempat didalam atau di dekat ruang intensif. Membantu keluarga untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan dapat membantu memenuhi KDM keluarga.

### 5. Dukungan

Semua sumber daya potensial dapat dimanfaatkan untuk membantu memenuhi kebutuhan keluarga. Dukungan bagi keluarga dapat berasal dari tokoh agama, pekerja sosial hingga anggota keluarga yang lain

#### d. Instrumen Kebutuhan Keluarga

Pengkajian kebutuhan keluarga dapat dilakukan dengan beberapa instrumen, antara lain :

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

*Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) merupakan kuesioner yang telah lama dikembangkan di United States yang berguna untuk memetakan data dasar kebutuhan keluarga pasien di ICU yang

diperoleh dari FCC . CCFNI terdiri dari 45 macam kebutuhan keluarga dengan level kebutuhan yang berbeda-beda dan menggunakan skala Likert yang memiliki rentang dari 1 sampai dengan 4 sebagai pengukurnya. Pada tahun 1991, Leske melakukan penelitian ulang menggunakan instrumen CCFNI yang telah dianalisa menjadi 5 dimensi yang meliputi : kenyamanan, kedekatan, informasi, jaminan, dan dukungan (Leske, 1991).

## 2. *Needs Met Inventory* (NMI)

*Needs Met Inventory* (NMI) merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh anggota keluarga pasien sakit kritis dewasa. Kuesioner ini memiliki item subskala yang sama yang digunakan pada CCFNI dan anggota keluarga diminta untuk menilai seberapa penting kebutuhan yang dirasakan dengan nilai 1 untuk tidak pernah dipenuhi hingga nilai 4 untuk selalu dipenuhi. NMI telah digunakan untuk mengukur bagaimana pemenuhan kebutuhan keluarga dalam disertasi Watson (1991). Watson menggunakan NMI untuk mengukur sejauh mana kebutuhan keluarga terpenuhi, namun validitas dan reliabilitas instrumen ini tidak dijelaskan.

Sebuah penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan yang dirasakan sendiri oleh keluarga pasien sakit kritis dewasa di Jordania yang menggunakan dua instrumen ini diperoleh hasil reliabilitas konsistensi internal dari subskala CCFNI dalam penelitian ini adalah 83,78, 62, 67 dan 60 untuk dukungan, kenyamanan, informasi, kedekatan, dan jaminan. Reliabilitas

konsistensi internal dari total CCFNI adalah 88 dan untuk NMI hasil dari reliabilitas konsistensi internal untuk subskala adalah 75 untuk dukungan, 68 untuk kenyamanan, 79 untuk informasi, 71 untuk kedekatan, dan 82 untuk jaminan. Selain itu, CCFNI telah diadopsi dan diuji reliabilitas dalam beberapa negara. Hasil uji reliabilitas di China didapatkan nilai 0,9, di Turki 0,93, dan di Spanyol adalah 0.92. Hal ini menunjukkan bahwa CCFNI lebih baik untuk digunakan (Chien dkk., 2005; Omari, 2009; Buyukcoban dkk., 2015; Silva dkk., 2017).

### **2.3 Perbedaan Kebutuhan Keluarga di ICU dan ICCU**

Sebuah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan kepuasan anggota keluarga pasien kritis di ICU salah satu rumah sakit di Swedia menggunakan instrumen *Critical Care Family Satisfaction survey* (CCFSS) berhasil mengukur kepuasan anggota keluarga di ICU tersebut dengan baik. Instrumen CCFSS ini digunakan untuk mengukur kepuasan anggota keluarga pasien kritis di ICU berdasarkan kebutuhan untuk jaminan, informasi, kedekatan, dukungan dan kenyamanan. Hasil CCFSS menunjukkan tingkat kepuasan berdasarkan kebutuhan keluarga yang dapat terpenuhi (Andershed dkk., 2011).

Gambaran kebutuhan keluarga di ICU dilihat dari kepuasan keluarga dalam penelitian tersebut adalah sebagai berikut : 1) dimensi jaminan, kepuasan tertinggi ditunjukkan oleh keluarga dengan pernyataan keluarga merasa puas dan yakin bahwa pasien dirawat dengan baik oleh staf ICU, 2) dimensi informasi, kepuasan tertinggi ditunjukkan oleh keluarga dengan pernyataan keluarga merasa puas dengan jawaban yang diterima atas pertanyaan mereka tentang kondisi

pasien, 3) dimensi kedekatan, kepuasan tertinggi ditunjukkan oleh keluarga dengan pernyataan keluarga merasa puas dengan jam kunjung yang diterapkan, 4) dimensi dukungan, kepuasan tertinggi ditunjukkan oleh keluarga dengan pernyataan keluarga merasa puas dengan perawatan kepada pasien serta mereka merasa diterima dengan baik oleh staf ICU, 5) dimensi kenyamanan, berbeda dengan dimensi lainnya, dalam dimensi ini keluarga pasien mengatakan kurang puas terutama berkaitan dengan kamar yang terasa sempit dan dingin (Andershed dkk., 2011).

Sebuah penelitian lainnya yang dilakukan di *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di rumah sakit Universitas Sains Malaysia menjabarkan tingkat kepuasan keluarga pasien menggunakan instrumen CCFSS. Penelitian ini menunjukkan tingkat kepuasan 5 dimensi kebutuhan keluarga yang berhasil dipenuhi sebagai berikut : 1) dimensi kenyamanan (43,3%, SD = 4,02), 2) dimensi kedekatan (43,3%, SD = 4,01), 3) dimensi informasi (66,7%, , SD = 3,98), 4) dimensi jaminan (66,7%, SD = 2,97), 5) dimensi dukungan (63,3%, SD = 3,97) (Syakilah dkk., 2016).

Gambaran kebutuhan keluarga di ICU dan ICCU yang berbeda tidak lepas dari ruang lingkup kedua unit tersebut. ICU diperuntukkan bagi diagnosis dan penatalaksanaan secara khusus penyakit akut, semua pasien ICU mengalami disfungsi satu macam organ atau lebih sementara ICCU diperuntukkan bagi pasien-pasien yang membutuhkan perawatan, pengobatan, pengawasan dan penanganan khusus sebagai akibat dari gangguan organ jantung dan pembuluh darah (Kemenkes RI, 2010; Peni, 2014; RSUD Pasar Minggu, 2015). Hal ini

menunjukkan bahwa antar keluarga pasien ICCU memiliki masalah yang sama, dibandingkan dengan keluarga pasien ICU. Penelitian yang dilakukan oleh Dewi dkk., (2012) tentang pengaruh terapi suportif terhadap tingkat ansietas keluarga dalam merawat anak tunagrahita menunjukkan hasil bahwa dukungan dari keluarga lainnya yang memiliki masalah yang sama mampu menurunkan ansietas keluarga sebesar 50%. Tingkat kecemasan akan mempengaruhi kebutuhan keluarga sebab tingkat stressor yang tinggi membuat keluarga tidak mampu mengungkapkan kebutuhan yang bersifat implisit (Sudore dkk., 2014).

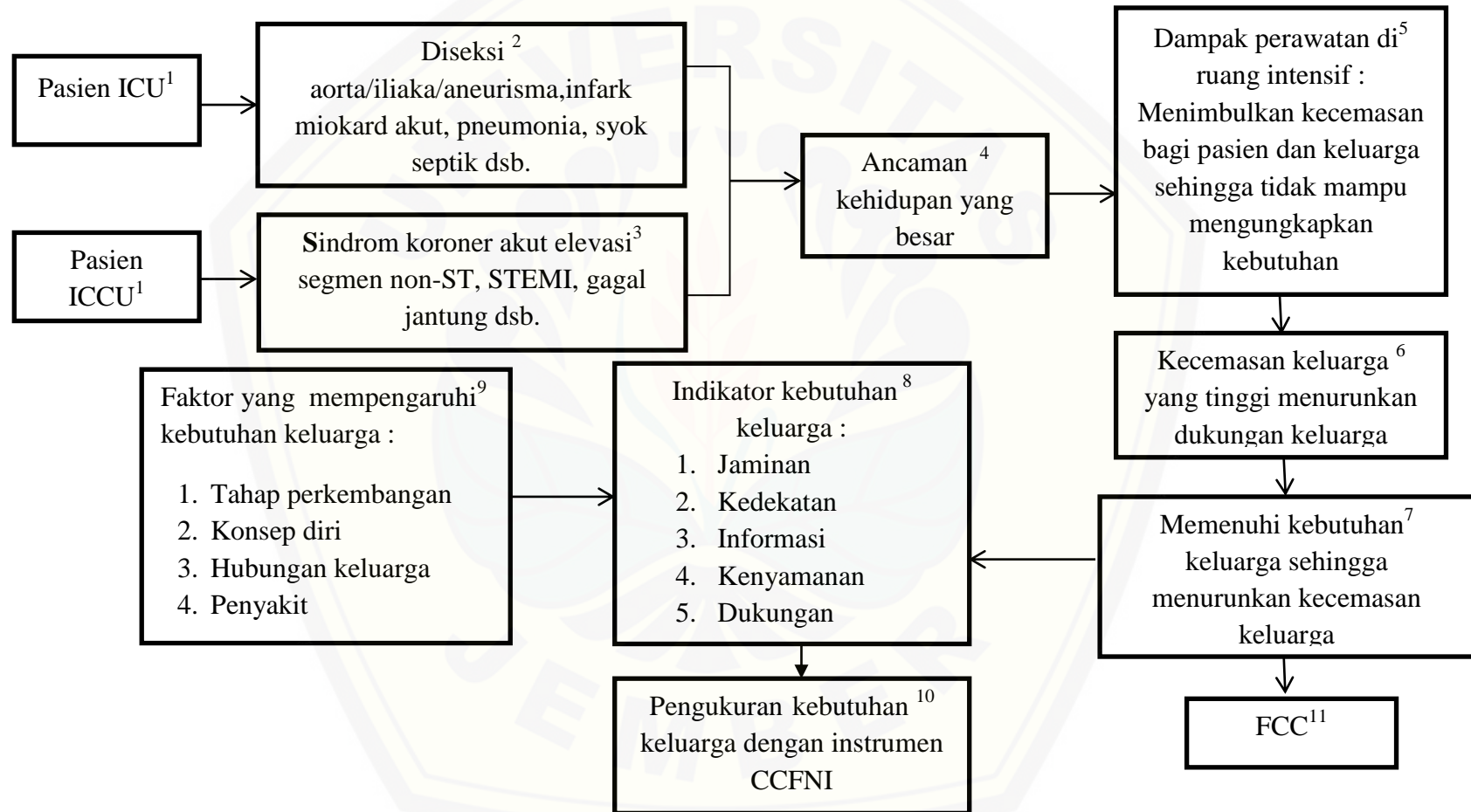
Penelitian yang dilakukan oleh Zarei dan Hashemizadeh (2015) menunjukkan hasil bahwa tingkat kecemasan pada anggota keluarga pasien ICU secara signifikan lebih tinggi daripada anggota keluarga pasien di ICCU. Beberapa faktor yang mempengaruhi hal ini adalah lama perawatan pasien dan keparahan penyakit pasien. Penelitian Zarei dan Hashemizadeh (2015) juga menunjukkan bahwa lama perawatan pasien di ICU adalah minimum 2 hari dan maksimum 45 hari, sementara itu lama perawatan di ICCU adalah minimum 1 hari dan maksimum 15 hari. Rahmatiah (2012) menyebutkan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan adalah lama pasien dirawat.

Rerata tingkat keparahan penyakit pasien di ICU RSUP Dr. Kariadi yang diukur dengan *APACHE II* pada periode Januari-Mei 2013 adalah sebesar  $20,24 \pm 8,097$  (Armiati, 2014). Skor rata-rata *APACHE II* untuk pasien ICCU di negara Brazil adalah  $33,7 \pm 9,6$  (Junior dkk., 2017). Tingkat keparahan penyakit pasien menunjukkan tingkat risiko kematian pasien. Pasien yang berada pada resiko kematian akan membuat keluarga mereka mengalami tekanan dalam pengambilan

keputusan dan pilihan pengobatan, yang dapat menyebabkan cemas, stress, dan depresi (Zarei dan Hashemizadeh, 2015).

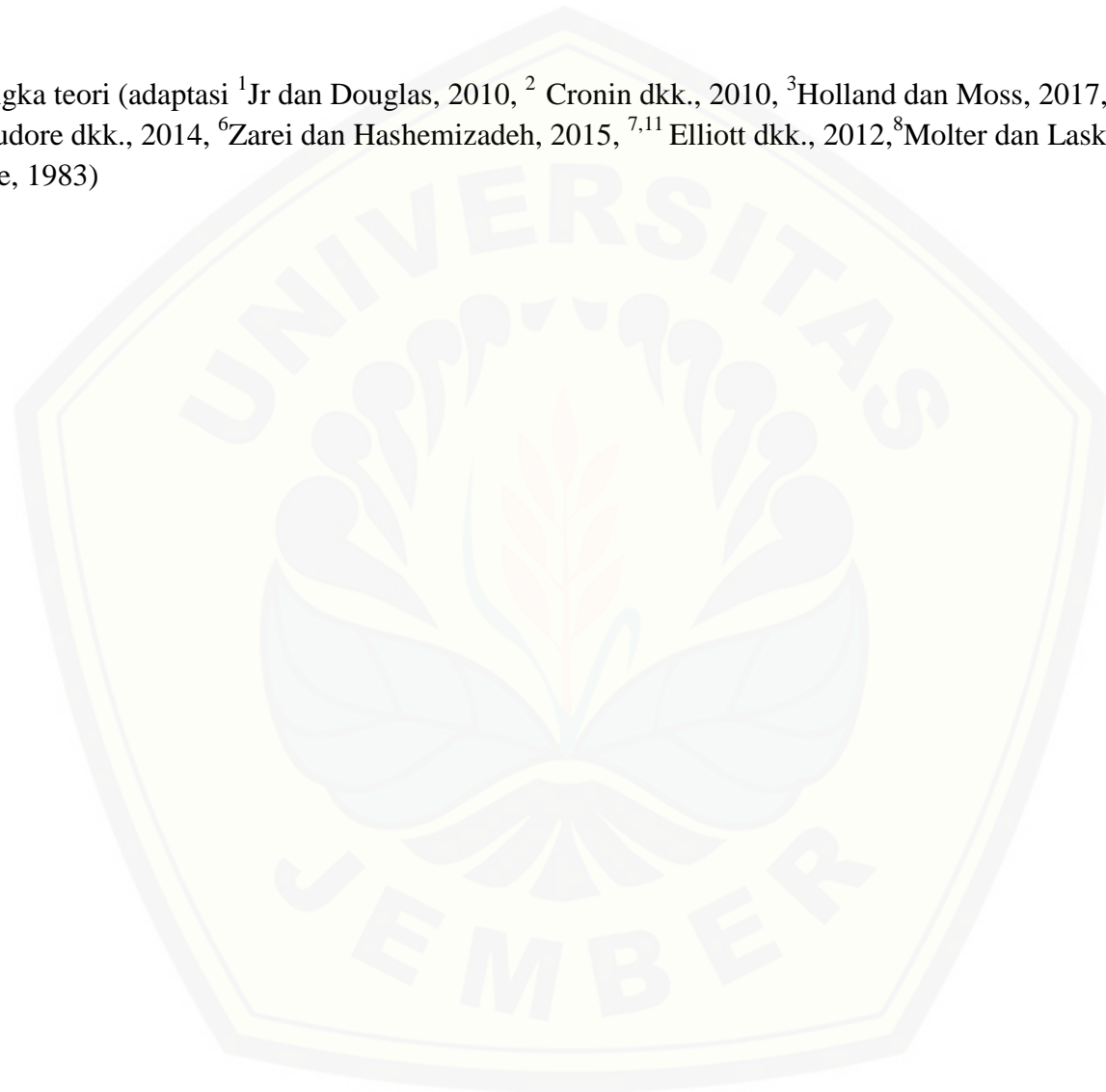


2.4 Kerangka Teori



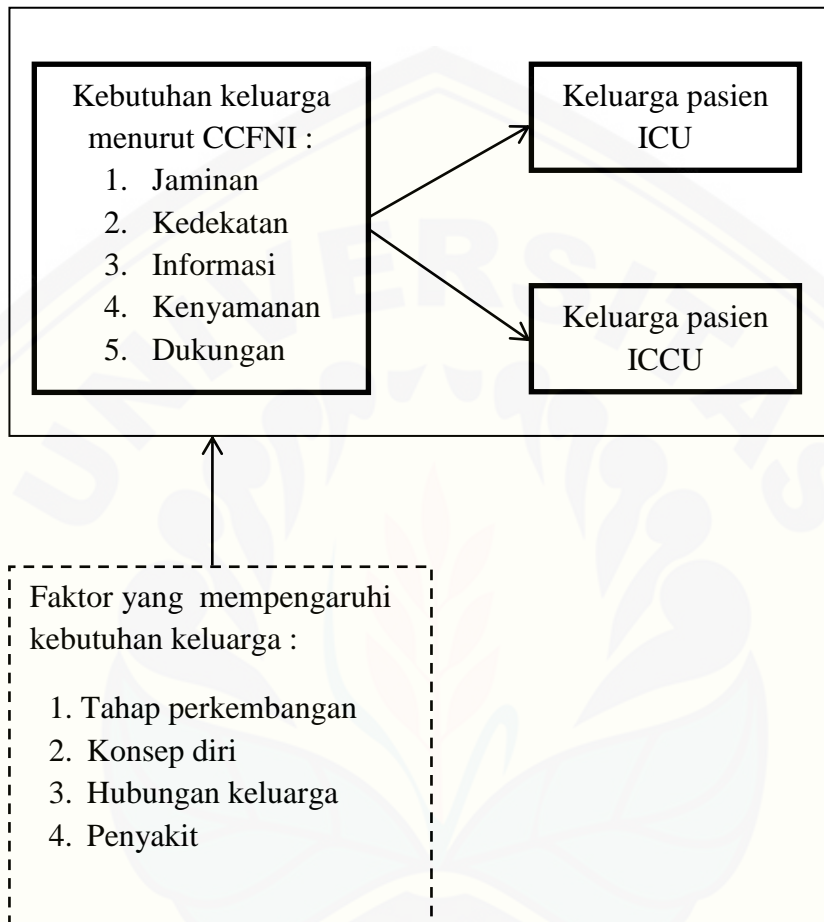


Gambar 2.1 Kerangka teori (adaptasi <sup>1</sup>Jr dan Douglas, 2010, <sup>2</sup> Cronin dkk., 2010, <sup>3</sup>Holland dan Moss, 2017, <sup>4</sup>Lukmanulhakim dan Firdaus, 2018, <sup>5</sup>Sudore dkk., 2014, <sup>6</sup>Zarei dan Hashemizadeh, 2015, <sup>7,11</sup> Elliott dkk., 2012, <sup>8</sup>Molter dan Laske, 1986, <sup>9</sup> Pradana, 2014, <sup>10</sup>Molter dan Laske, 1983)



### BAB 3. KERANGKA KONSEP

#### 3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :

: diteliti

→ : diteliti

: tidak diteliti

#### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap suatu pertanyaan atau tujuan penelitian (Nursalam, 2015). Hipotesis nol ( $H_0$ ) merupakan pernyataan tidak ada

hubungan, pengaruh, dan perbedaan pada dua atau lebih variabel. Hipotesis nol ( $H_0$ ) dari penelitian ini adalah tidak ada perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) RSD Dr. Soebandi Jember.  $H_0$  diterima apabila hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p > \alpha$  ( $\alpha = 0,05$ ),  $H_0$  ditolak apabila nilai  $p < \alpha$  ( $\alpha = 0,05$ ).



## BAB 4. METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yaitu sebuah penelitian yang memiliki sifat objektif, meliputi pengumpulan data kuantitatif, dan menggunakan metode pengujian statistik. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi perbandingan (*Comparative Study*), yaitu suatu metode penelitian yang membandingkan persamaan dan perbedaan sebagai fenomena untuk mencari faktor-faktor apa, atau situasi bagaimana yang menimbulkan suatu peristiwa tertentu (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*) dan dilakukan pada beberapa objek yang berbeda taraf (Notoatmodjo, 2010; Sujarweni, 2015).

### 4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

#### 4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri dari obyek atau subyek yang memiliki karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif, yang meliputi *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember.

#### 4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian dari sejumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang digunakan untuk penelitian dan dianggap mewakili seluruh populasi tersebut (Notoatmodjo, 2010; Sujarweni, 2015). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik *purposive*, yaitu teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti berdasarkan sifat-sifat populasi yang sudah diketahui peneliti sebelumnya. Penentuan jumlah sampel berdasarkan perhitungan dengan menggunakan program G\*Power. Hasil perhitungan dengan G\*Power diperoleh estimasi jumlah sample 102 orang dengan estimasi jumlah sampel masing-masing grup 51 orang (margin error 5% dan  $1-\beta$  err prob 0,80). Namun, di lapangan peneliti menjumpai beberapa kendala dari responden, sehingga kuesioner yang dapat diolah berjumlah 71 kuesioner dari total 73 kuesioner yang disebar. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 71 responden yang terdiri dari 41 keluarga pasien ICU dan 30 keluarga pasien ICCU. *Response rate* dari hasil penelitian ini adalah:

$$\text{Response rate} = \frac{\text{jumlah kuesioner yang kembali}}{\text{jumlah kuesioner yang disebar}} = \frac{71}{73} = 0,97 \times 100\% = 97\%$$

*Response rate* ini menunjukkan seberapa besar desain sampel bisa dijalankan dengan baik di lapangan. Banyak ahli mengatakan, *response rate* di bawah 80% potensial melahirkan bias (Eriyanto, 2007).

#### 4.2.3 Kriteria Sampel

##### a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 1) Keluarga yang merawat pasien minimal 18 jam
- 2) Keluarga pasien yang berusia minimal 18 tahun
- 3) Keluarga pasien yang mampu berbicara dalam bahasa Indonesia atau bahasa Jawa
- 4) Sedang berada dan merawat pasien di rumah sakit saat pengambilan data

##### b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Keluarga pasien dengan gangguan mental dan pendengaran
- 2) Keluarga pasien yang memenuhi kriteria inklusi tetapi menolak menjadi responden

#### 4.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai sejak pembuatan proposal penelitian pada bulan September 2018 hingga Januari 2019. Pengambilan data penelitian dimulai dari bulan Desember 2018 sampai Januari 2019.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah batasan untuk membatasi ruang lingkup variabel atau pengertian dari variabel yang diamati atau diteliti (Notoatmodjo, 2010). Penjelasan definisi operasional dapat dilihat pada tabel 4.1 dibawah ini.

Tabel 4.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Hasil
Kebutuhan Keluarga pasien kritis	Hal-hal yang dibutuhkan keluarga selama menunggu pasien di ICU	a. Kedekatan b. Jaminan c. Dukungan d. Informasi e. kenyamanan	<i>Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)</i>	Nilai dikategorikan dengan skala Likert : 1 = tidak penting 2 = cukup penting 3 = penting 4 = sangat penting
	Hal-hal yang dibutuhkan keluarga selama menunggu pasien di ICCU	a. Kedekatan b. Jaminan c. Dukungan d. Informasi e. kenyamanan	<i>Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)</i>	Nilai dikategorikan dengan skala Likert : 1 = tidak penting 2 = cukup penting 3 = penting 4 = sangat penting

Hasil nilai yang diperoleh menunjukkan tingkat prioritas subskala kebutuhan keluarga pasien intensif. Hal ini menunjukkan semakin tinggi skor maka semakin tinggi pula kebutuhan keluarga terhadap subskala tersebut.

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder.

#### a. Data primer

Data primer adalah data yang langsung diperoleh dari sumber data pertama di lokasi penelitian atau objek penelitian (Bungin, 2017). Data primer pada penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) yang telah diadopsi dalam bahasa Indonesia dan juga telah melalui uji validitas dan reliabilitas.

#### b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua atau sumber sekunder dari data yang kita butuhkan (Bungin, 2017). Data sekunder pada penelitian ini diperoleh dari data jumlah pasien yang menjalani perawatan intensif di *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember selama periode Oktober hingga Desember 2018.

### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Data pada penelitian ini diperoleh dari hasil pengisian kuesioner *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) yang telah diadopsi 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 menentukan responden yang sesuai dengan kriteria inklusi



- b. Mengajukan ijin dan kesepakatan kepada responden untuk menjadi sampel dengan pernyataan *informed consent*
- c. Peneliti membagikan kuesioner *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) yang telah diadopsi dalam bahasa Indonesia kepada responden yang diikuti dengan penjelasan kuesioner oleh peneliti dan pengisian kuesioner oleh responden
- d. 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 Needs Inventory* (CCFNI) yang telah diadopsi dalam bahasa Indonesia. CCFNI adalah alat ukur yang umum digunakan dalam 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 1-4.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner CCFNI

Variabel	Dimensi	Nomor Item	Jumlah Butir
Kebutuhan Keluarga pasien kritis	Kedekatan	6,10,28,31,35,38,39,40	8
	Jaminan pelayanan	1, 5, 14, 17, 30, 34, 41, 42, 43	9
	Dukungan keluarga	2, 7, 9, 12, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 29, 32, 36	13
	Informasi	3, 4, 11, 13, 15, 16, 33,37	8
	Kenyamanan	8, 19, 20, 22, 27, 44, 45	7
			45

Sumber : Molter dan Leske (1983)

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 Uji Reliabilitas

##### a. Uji validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat itu benar-benar mengukur apa yang diukur (Notoatmodjo, 2010). Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar pertanyaan dalam mendefinisikan variabel (Sujarweni, 2015). Uji validitas berbeda dengan uji reliabilitas. Reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2010).

Jumlah

responden yang diperlukan dalam uji validitas dan reliabilitas agar menghasilkan pengukuran mendekati normal adalah paling sedikit sebesar 30 orang (Noor, 2017).

Uji validitas untuk kuesioner ini menggunakan *content validity index* (CVI), dimana validitas diestimasi lewat pengujian terhadap kelayakan atau relevansi isi tes melalui analisis rasional oleh panel yang berkompeten atau melalui *expert judgemental* (penilaian ahli) (Hendryadi, 2014) yang dalam hal ini adalah dosen pembimbing utama (DPU) yaitu Ns. Wantiyah, M.Kep., dan dosen pembimbing anggota (DPA) yaitu Ns. Muhammad Zulfatul A'la, M.. Rumus yang digunakan untuk menghitung uji CVI menurut Aiken (1985) adalah sebagai berikut :

$$V = \sum s / [n(C-1)]$$

$$S = R - Lo$$

Keterangan :

V = nilai uji validitas

R = angka yang diberikan oleh penguji

C = angka penilaian tertinggi

Lo = angka penilaian terendah

Nilai koefisien Aiken's berkisar antara 0,86-1.

Hasil uji CVI menunjukkan bahwa dari 45 item pertanyaan hanya ada 36 item pertanyaan yang valid.

Tabel 4.3 *Blue Print* Kuesioner CCFNI setelah uji validitas

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)

#### b. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan *Cronbach Alfa*. Kontruk pertanyaan dimensi variabel dianggap reliabel jika nilai *Cronbach Alfa* > 0,60, sebaliknya jika nilai *Cronbach Alfa* < 0,60, maka kontruk pertanyaan dimensi variabel dianggap tidak reliabel (Sujarweni, 2015). Hasil uji reliabilitas dari kuesioner ini adalah 0,97 yang menunjukkan kuesioner ini sangat reliabel (Wantiyah dkk., 2018).

## 4.7 Rencana Pengolahan Data

### 4.7.1 *Editing*

Hasil wawancara, angket, dan pengamatan dari lapangan harus melalui tahap penyuntingan atau *editing* terlebih dahulu. Secara umum, *editing* merupakan kegiatan mengecek dan memperbaiki isi dari kuesioner (Notoatmodjo, 2010).

### 4.7.2 *Coding*

Tahap kedua dalam pengolahan data adalah pemberian kode atau *Coding*, yaitu mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan. *Coding* ini sangat berguna dalam proses pemasukan data (Notoatmodjo, 2010). Pemberian kode pada penelitian ini adalah sebagai berikut : 1 = ICU penting, 2 = ICCU.

### 4.7.3 *Processing/Entry*

Proses memasukkan jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang telah diberi kode kedalam program atau *software* komputer. Salah satu program yang sering digunakan dalam proses ini adalah SPSS for Window (Notoatmodjo, 2010).

### 4.7.4 *Cleaning*

*Cleaning* adalah tahap terakhir dalam proses pengolahan data dimana setiap sumber data atau responden yang telah selesai dimasukkan, dicek ulang untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan koreksi (Notoatmodjo, 2010).

## 4.8 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 (Notoatmodjo, 2010). Analisa data dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisa tentang perbedaan kebutuhan keluarga di *intensive care unit* (ICU) dan *intensive cardiac care unit* (ICCU). Analisis yang digunakan yaitu analisis univariat dan bivariat.

### 1.8.1 analisis univariat

Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). 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 dan standar deviasi.

### 1.8.2 Analisis Bivariat

Penelitian ini merupakan penelitian komparatif 2 kelompok dengan skala numerik sehingga analisis bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan uji t tidak berpasangan (*unpaired t test*). Uji t tidak berpasangan digunakan untuk menguji hipotesis perbedaan diantara dua rata-rata populasi yang didasarkan pada sampel random independen dari observasi. Asumsi yang digunakan dalam uji hipotesis dua rata-rata populasi adalah sampel diambil secara random dan independen, serta dipilih dari dua populasi dan  $n_1 \geq 30$  dan  $n_2 \geq 30$ . Pengambilan keputusan dalam uji ini adalah apabila sig t hitung  $> 0,05$  maka  $H_0$

diterima, namun apabila  $\text{sig } t \text{ hitung} < 0,05$  maka  $H_0$  ditolak (Notoatmodjo, 2010). Penggunaan “t” tes untuk mengukur perbedaan rata-rata dari dua macam sampel yang jumlahnya relatif kecil membutuhkan beberapa asumsi dasar, antara lain:

- a. Dua macam sampel yang dipilih harus bersifat independen
- b. Populasi asal dari dua macam sampel, harus berdistribusi normal dan memiliki varian yang sama

Data populasi yang berdistribusi normal artinya data yang mempunyai sebaran yang normal, dengan profil yang dapat dikatakan bisa mewakili populasi. Pengujian distribusi data ini dapat dilakukan dengan uji normalitas. Beberapa metode uji normalitas yang dapat digunakan diantaranya adalah metode uji *Kolmogorov-Smirnov* dan metode uji *Shapiro-Wilk*. Uji *Kolmogorov-Smirnov* lebih tepat untuk sampel yang lebih dari 50. Uji *Shapiro-Wilk* pada umumnya terbatas untuk sampel yang kurang dari 50. Cara mengambil keputusan dalam uji *Kolmogorov-Smirnov* dan *Shapiro-Wilk* adalah jika nilai signifikansi ( $p$ ) melebihi  $\alpha$  ( $\alpha=0,05$ ) maka data berdistribusi normal (Dahlan, 2009; Razali dan Wah, 2011; Oktaviani dan Notobroto, 2014; Sujarweni, 2015). Uji Normalitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji *Kolmogorov-Smirnov* karena jumlah sampel sebesar 102 sampel.

Apabila hanya asumsi nomor satu yang terpenuhi, sedangkan asumsi nomor dua yang berkaitan dengan populasi asal masih diragukan, maka uji Mann-Whitney dapat digunakan (Sujarweni, 2015). Berdasarkan hasil uji normalitas yang telah dilakukan dalam penelitian ini diperoleh hasil bahwa persebaran data

dalam penelitian ini adalah normal sehingga uji bivariat yang digunakan adalah uji t tidak berpasangan (*unpaired t test*).

## 1.9 Etika Penelitian

Penelitian kesehatan pada umumnya dan penelitian kesehatan pada masyarakat khususnya menggunakan manusia sebagai objek yang diteliti, di satu sisi, dan sisi lain manusia sebagai peneliti atau yang melakukan penelitian sehingga harus diperhatikan hubungan kedua belah pihak ini secara etika yang disebut dengan etika penelitian (Notoatmodjo, 2010).

### 1.9.1 Azas *Autonomy*

Azas *autonomy* diimplementasikan dalam bentuk *Informed Consent*. *Informed Consent* adalah persyaratan etika dan hukum untuk penelitian yang melibatkan manusia sebagai partisipan. Pemberian *Informed Consent* merupakan proses dimana peneliti menjelaskan kepada partisipan tentang semua aspek penelitian yang dapat menjadi dasar pertimbangan bagi partisipan untuk membuat keputusan untuk ikut berpartisipasi atau tidak (Nijhawan dkk., 2013). Penjelasan tersebut meliputi manfaat penelitian, kemungkinan resiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan, jaminan anonimitas dan kerahasiaan (Sumantri, 2011). Peneliti memberikan informed consent kepada responden yang kemudian diikuti dengan penjelasan tujuan, manfaat penelitian dan cara pengisian kuesioner.

### 1.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Setiap penelitian yang melibatkan manusia sebagai partisipan akan selalu mengganggu kehidupan partisipan sehingga peneliti wajib menjaga kerahasiaan

informasi atau data yang diberikan oleh partisipan. Peneliti dapat menjaga kerahasiaan partisipan dengan tanpa menyebutkan nama (*anonymity*) atau menggunakan koding (inisial atau *identification number*) sebagai pengganti identitas responden. Peneliti juga akan menjaga semua informasi atau data yang diberikan responden dan bahwa hanya orang-orang yang terlibat dalam penelitian yang dapat mempergunakannya (Brink dan Wood, 1998; Sumantri, 2011; Swarjana, 2012). Peneliti memberi kode “Kp” diikuti nomer urut sebagai pengganti identitas responden.

### 1.9.3 Keadilan (*Justice*)

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan, yaitu kejelasan prosedur penelitian. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi, dan pilihan bebas masyarakat. Peneliti wajib memperlakukan partisipan secara adil dengan mempertimbangkan keadilan jenis kelamin dan hak subjek sebelum, selama, dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi seandainya ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian (Nursalam, 2008; Sumantri, 2011; Swarjana, 2012). Peneliti memperlakukan responden secara adil tanpa membedakan jenis kelamin, suku, agama dan sebaynya baik kepada responden yang bersedia maupun menolak.



#### 1.9.4 Azas Kemanfaatan (*Beneficiency*)

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficiency*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek (*maleficienci*) (Sumantri, 2011). Manfaat penelitian ini yaitu dapat teridentifikasi kebutuhan keluarga di ruang intensif sehingga diharapkan dapat menjadi masukan bagi institusi pelayanan kesehatan untuk mengoptimalkan pelayanannya. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun karena tidak ada intervensi yang dapat mengancam jiwa.

## BAB 6. PENUTUP

### 6.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian dan pembahasan tentang perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU RSD dr. Soebandi Jember adalah sebagai berikut.

- a. Kebutuhan keluarga di ruang ICU RSD dr. Soebandi Jember, indikator jaminan memiliki rata-rata (SD) tertinggi yaitu 3,41 ( $\pm$  0,397). Indikator kenyamanan memiliki rata-rata (SD) terendah yaitu 2,89 ( $\pm$  0,570).
- b. Kebutuhan keluarga di ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember, indikator informasi memiliki rata-rata (SD) tertinggi yaitu 3,39 ( $\pm$  0,719). Indikator kenyamanan memiliki rata-rata (SD) terendah yaitu 2,91 ( $\pm$  0,783).
- c. Ditemukan adanya perbedaan kebutuhan keluarga pasien secara total dan dalam indikator informasi di ruang ICU dan ruang ICCU RSD dr. Soebandi Jember

### 6.2 Saran

Selain menunjukkan hasil, penelitian ini juga memberikan saran kepada beberapa pihak untuk membantu memenuhi kebutuhan keluarga pasien di ruang intensif. Saran dari peneliti adalah sebagai berikut.

- a. Bagi peneliti

Penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan sampel yang lebih banyak dan meneliti karakteristik demografi responden. Penelitian untuk mengetahui faktor-

faktor yang mempengaruhi perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU juga dapat dilakukan.

b. Bagi pelayanan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai kebutuhan keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU di RSD dr. Soebandi Jember sehingga pihak rumah sakit dapat mengetahui dan memenuhi kebutuhan keluarga pasien sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan.

c. Bagi institusi pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi literatur dalam menempuh mata kuliah keperawatan kritis dan menjadi acuan dalam melakukan penelitian selanjutnya.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Abdel-aziz, A. L., S. Eid, S. Ahmed, dan G. A. E. Younis. 2017. Family Needs of Critically Ill Patients Admitted to the Intensive Care Unit , Comparison Of Nurses and Family Perception. *American Journal of Nursing Science*. 6(4):333–346.
- Alimul, A. 2009. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Andershed, B., C. Karlsson, dan A. Tisell. 2011. Family Members' Satisfaction with Critical Care : A Pilot Study. *Nursing in Critical Care*. 16(1):11–18.
- Armiati, H. 2014. Hubungan apache ii score dengan angka kematian pasien di rsup dr. kariadi. *Jurnal Media Medika Muda*
- Arumsari, D. P., E. Emaliyawati, dan A. Sriati. 2016. Hambatan Komunikasi Efektif Perawat dengan Keluarga Pasien dalam Perspektif Perawat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. 2(2):104–114.
- Bailey, J. J., M. Sabbagh, C. G. Loiselle, J. Boileau, dan L. Mcvey. 2010. Supporting Families in the ICU : A Descriptive Correlational Study of Informational Support , Anxiety , and Satisfaction with Care. *Intensive & Critical Care Nursing*. 26(2):114–122.
- Brighton and Sussex University Hospital. 2018. *Equipment , Devices and Procedures in the Intensive Care Unit*
- Brink, P. J. dan M. J. Wood. 1998. *Langkah Dasar dalam Perencanaan Riset Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Bungin, B. 2017. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Edisi 2. Jakarta: Kencana.
- Burns, S. M. 2014. *AACN : Essential of Critical Care Nursing*. Edisi 3. McGraw-Hill Education.

Buyukcoban, S., M. Ciceklioglu, N. D. Yilmaz, dan M. M. Civaner. 2015. Adaptation of the Critical Care Family Need Inventory to the Turkish Population and Its Psychometric Properties

Center, california pacific medical. 2008. What is the ICU. (California Pacific Medical Center)

Chien, W., W. Ip, dan I. Y. M. Lee. 2005. Psychometric Properties of a Chinese Version of the Critical Care Family Needs Inventory \*. *Research in Nursing & Health*. 28:474–487.

Cronin, E., M. Nielsen, M. Spollen, dan N. Edwards. 2010. Adult Critical Care. 1–68.

Dahlan, M. S. 2009. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika.

Dewi, A., A. Sukendar, A. Haryanto, A. N. Sakki, Ii. Rohiman, Turiman, B. Herawansyah, Rumiarti, Erwin, S. Rachman, Achirman, S. Wahyuningtyas, J. Sidik, E. P. Utami, S. Samosir, N. Nursasih, K. Padang, T. Tarmuji, M. Siahaan, B. Yusuf, Syahroningsih, S. Wahyuni, D. Aryani, G. Gegen, S. Nilo, Tiramin, S. Situmeang, dan R. Simanjuntak. 2018. *Keperawatan Intensif Dasar*. Edisi Revisi. Bogor: In Media.

Dewi, E. I., A. Y. S. Hamid, dan Mustikasari. 2012. Pengaruh Terapi Kelompok Suportif terhadap Tingkat Ansietas Keluarga Dalam Merawat Anak Tunagrahita. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 7(1):17–24.

Dharmatanna, S. W. 2016. Rumah Sakit Khusus Jantung di Yogyakarta dengan Pendekatan Healing Environment

Elliott, D., L. Aitken, dan W. Chaboyer. 2012. *ACCCN's Critical Care Nursing*. Edisi 2.

Eriyanto. 2007. *Teknik Sampling Analisis Opini Publik*. Yogyakarta: LKis.

- Fortunati, C. F. P. 2014. Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm.* 32(2):306–316.
- 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. *JKP.* 5(2):155–171.
- Hendryadi. 2014. Content validity (validitas isi). (01):1–5.
- Holland, E. M. dan T. J. Moss. 2017. Acute Noncardiovascular Illness in the Cardiac Intensive Care Unit. *Journal of the American College of Cardiology.* 69(16)
- Jr, R. L. H. dan S. L. Douglas. 2010. Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members. *AACN Advanced Critical Care.* 21(1):80–91.
- Junior, J. G. D. M. M., D. D. O. C. Torres, M. C. F. C. Da Silva, A. C. O. Dos Santos, T. F. De Oliveira, R. M. Correia, T. G. B. Dos Santos, I. A. T. Mesquita, dan D. C. S. Filho. 2017. Evaluation of Platelet Parameters as Prognostic Analysis in Cardiac Intensive Care Unit Patients. 2(1):106.
- Kaur, M., M. Pawar, J. K. Kohli, dan S. Mishra. 2008. Critical Events in Intensive Care Unit. *Indian J Crit Care Med.* 12(1):28–31.
- Kemendes RI. 2010. *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) Di Rumah Sakit.* Jakarta.
- Kemendes RI. 2011. *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Intensive Care Unit (ICU) Di Rumah Sakit.* Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit Ruang Perawatan Intensif*

Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Info DATIN : Situasi Kesehatan Jantung*

Kuo, D. Z., A. J. Houtrow, P. Arango, K. A. Kuhlthau, J. M. Simmons, dan J. M. Neff. 2012. Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Matern Child Health J.* 16:297–305.

Kurniawan, E. 2015. Gambaran Faktor yang Berhubungan dengan Kecemasan Keluarga Pasien di ICU Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.

Kydonaki, C. 2014. Family Involvement in the Care of the Critically Ill Patient. (Edinburg Napier University, School of Nursing, Midwifery & Social Care)

Leske, J. 1991. International Psychometric Properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart and Lung.* 20:236–224.

Lukmanulhakim dan W. Firdaus. 2018. Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis di Ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUD dr . Dradjat Prawiranegara Serang. *Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan.* 9(1):104–110.

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 & Critical Care Nursing*

Molter, N. C. dan J. S. Leske. 1983. Critical Care Family Needs Inventory

Munyiginya, P. dan P. Brysiewicz. 2014. The needs of Patient Family Members in the Intensive Care Unit in Kigali , Rwanda. 30(1):5–8.

Murti, B. 2009. Mendesak, Kebutuhan untuk Memperbaiki Pelayanan Intensif Bayi dan Anak. 2009.

Naib, T., S. Lahewala, S. Arora, dan U. Gidwani. 2015. Palliative Care in the

Cardiac Intensive Care Unit. *The American Journal of Cardiology*. 115(5):687–690.

Nijhawan, L. P., M. D. Janodia, B. . Muddukrishna, K. . Bhat, K. . Bairy, N. Udupa, dan P. B. Musmade. 2013. Informed Consent: Issues and Challenges. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*. 4(3):134–140.

Nolen, K. B. dan N. A. Warren. 2014. Meeting the Needs of family members of icu patients. *Critical Care Nurse Quarterly*. 37(4):393–406.

Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. 2008. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 4. Jakarta: SA.

Oktaviani, M. A. dan H. B. Notobroto. 2014. Perbandingan Tingkat Konsistensi Normalitas Distribusi Metode. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*. 3(2):127–135.

Omari, F. H. 2009. Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in Icus. *Journal of Nursing Scholarship*. 41(1):28–34.

Pane, T. H. 2012. Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien yang Menunggu Keluarganya di Ruang Rawat ICU RSUP Haji Adam Malik Medan. (Universitas Sumatera Utara)

Peni, T. 2014. Kecemasan Keluarga Pasien Ruang ICU Rumah Sakit Daerah Sidoarjo. 6(1):86–97.

Potter dan Perry. 2009. *Fundamental Of Nursing*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.



- Pradana, A. 2014. Kebutuhan keluarga Pasien Selama Perawatan di Ruang ICU/ICCU di Rumah Sakit Umum Mayjend Ahmad Thalib Kerinci Sungai Penuh Jambi. (Universitas Sumatera Utara)
- Priasmoro, D. P., N. Ernawati, T. Basic, L. Support, B. L. S. Di, dan K. Ponorogo. 2007. Hubungan Dukungan Keluarga terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Terencana di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. 5(1)
- Rahmatiah, I. N. 2012. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien yang Dirawat di ICU RSUD dr. M.M Dunda Limboto. (Universitas Negeri Gorontalo)
- Ramnath, R. 2007. Perceptions and preferences of patients , family / friends and nurses on visiting time in icu. (November)
- Razali, N. M. dan Y. B. Wah. 2011. Power Comparisons of Shapiro-Wilk , Kolmogorov-Smirnov , Lilliefors and Anderson-Darling Tests. *Journal of Stastitical Modeling and Analytics*. 2(I):21–33.
- Reynold, J. 2008. Needs of Family Members of Gritically Ill Patients in Cardiac Care Unit : A Comparison of Nurses and Family Perceptions in Thailand. *Journal of Health Science*. 2(1)
- Richards, C. A., H. Starks, M. R. O. Connor, dan A. Z. Doorenbos. 2017. Elements of family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 19(3):238–246.
- Rizaminiarti, N. 2015. Hubungan Pemberian Informasi Perawat pada Penerimaan Pasien Baru terhadap Tingkat Kecemasan Orangtua di Ruang Rawat Inap Anak Rumah Sakit Umum Yarsi Pontianak
- Rohimin, L., P. Kesehatan, J. Keperawatan, dan K. Palembang. 2013. Pasien Prabedah Terencana di Irna Bedah RS Muhammadiyah Palembang. 1 (November)

- Rohmah, M. dan S. N. Qomariah. 2017. Komunikasi Terapeutik Perawat Menurunkan Kecemasan Keluarga Pasien Kritis. *Journal of Ners Community*. 08(November):144–151.
- RSUD Pasar Minggu. 2015. Pedoman Pelayanan Intensive Coronary Care Unit (ICCU) RSUD Pasar Minggu
- Saragih, L. C. 2018. Hubungan Perilaku Caring Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit ( ICU ) RSUD dr. Pirngadi Medan. Universitas Sumatera Utara.
- Shorofi, S. A., Y. Jannati, dan H. R. Moghaddam. 2016. Psychosocial Needs of Families of Intensive Care Patients : Perceptions of Nurses and Families. *Nigerian Medical Journal*. 1(57):10–18.
- Silva, N. R., C. P. Fortunati, Y. M. Munoz, dan M. A. Rojas. 2017. The Needs of the Relatives in the Adult Intensive Care Unit : Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Chilean-Spanish Version of the Critical Care Family Needs Inventory. *Intensive & Critical Care Nursing*
- Sudore, R. L., D. Casarett, M. A. D. Smith, dan M. S. D. M. 2014. Family Involvement at the End of Life and Receipt of Quality Care. *Journal of Pain and Symptom Management*
- Sujarweni, W. 2015. *Statistik untuk Kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Sumantri, A. 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana.
- Swarjana, I. K. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Andi.
- Syakilah, N., C. Mood, R. M. Anshari, W. Aasim, dan W. Adnan. 2016. Family Members Satisfaction with Care at High Dependency Unit and Cardiac Intensive Care Unit , hospital usm. (May 2013):0–1.
- Wantiyah, M. Z. A'la, S. Baskoro, dan Siswoyo. 2018. Nurseline journal.

*NurseLine Journal*. 3(2)

Zarei, M. dan H. Hashemizadeh. 2015. Assessing the Level of Stress and Anxiety in Family Members of Patients Hospitalized in the Special Care Units. *International Journal of Review in Life Sciences*. 5(11):118–122.





# LAMPIRAN

**Lampiran 1. Lembar *Informed*****PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yuliana

NIM : 152310101267

Pekerjaa : Mahasiswa

Alamat : Sumpersari – Jember

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember”. Penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember. Penelitian ini tidak menimbulkan kerugian bagi anda sebagai responden. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini menjamin keamanan dan kenyamanan bagi anda sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Jika anda tidak bersedia menjadi responden, maka tidak ada ancaman bagi anda dan maupun keluarga anda. Jika anda bersedia menjadi responden, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan. Atas perhatian dan kesediaan anda menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

Yuliana

NIM 152310101267

**Lampiran 2. Lembar Consent****PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama responde :

Umur :

Menyatakan turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, yaitu :

Nama : Yuliana

NIM : 152310101267

Judul Penelitian : Perbedaan Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU) di RSD Dr. Soebandi Jember

Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penelitian di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban dari pertanyaan yang sudah diberikan. Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan tidak merugikan saya dan saya memahami manfaat yang dihasilkan dari penelitian ini. Peneliti akan menjaga kerahasiaan saya sebagai responden.

Saya menyatakan secara sadar dan sukarela untuk ikut sebagai responden dalam penelitian ini serta bersedia menjawab semua pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya. Demikian pernyataan ini saya buat. Semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember,....., 2018

(.....)

**Lampiran 3. Kuesioner *Critical Care Family Needs Inventory*****LEMBAR 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 pasien				
11.	Mengetahui petugas RS yang merawat pasien				
12.	Mengetahui bagaimana pasien mendapatkan pengobatan				
13.	Memperoleh jaminan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang baik				
14.	Mengetahui secara rinci tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan pada pasien				
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 kesahatan 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 dari tenaga kesehatan bahwa semua akan baik-baik saja ketika Anda meninggalkan RS sebentar				
22.	Dapat berdiskusi dengan perawat mengenai kondisi pasien				
23.	Diperbolehkan untuk menangis				
24.	Berdiskusi dengan orang lain mengenai masalah yang dihadapi				
25.	Tersedia kamar mandi dekat ruang tunggu				
26.	Mempunyai kerabat yang dapat diajak berbagi cerita tentang masalah yang dialami				
27.	Diberikan penjelasan pada informasi yang tidak dimengerti				
28.	Mendapatkan waktu kunjung yang tepat				
29.	Membicarakan tentang kebutuhan rohaniawan atau tokoh agama (misal: kyai, pendeta)				
30.	Berdiskusi tentang rencana rujukan pasien				
31.	Menghubungi keluarga apabila ada perubahan pada kondisi pasien				
32.	Mendapatkan informasi tentang				

	kondisi pasien setidaknya sekali sehari				
33.	Merasakan bahwa staf RS merawat pasien				
34.	Mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya				
35.	Dapat mengunjungi pasien sesering mungkin				
36.	Tersedia ruang tunggu di dekat ruang intensif				



## Lampiran 4. Surat Keterangan Studi Pendahuluan

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

---

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

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

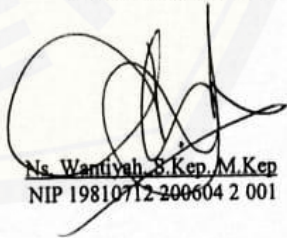
Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Yuliana  
NIM : 152310101267  
Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan,  
Universitas Jember  
Alamat : Jl. Mastrip 27, Jember

Telah melakukan studi pendahuluan di Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi dengan judul  
"Perbedaan Kebutuhan Keluarga Di Ruang Intensive Care Unit (ICU) dan Intensive Cardiac  
Care Unit (ICCU) Di RSD Dr. Soebandi Jember".

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 4 Oktober 2018

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

## Lampiran 5. Surat Izin Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER**  
 Jl.Dr.Soebandi 124 Telp. (0331) 487441 – 422404 Fax. (0331) 487564  
**JEMBER**



---

Jember, 09 Desember 2019

Nomor : 423.4/ 577 /610/2019  
 Sifat : Penting  
 Perihal : Permohonan Penelitian

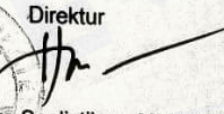
Kepada  
 Yth. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember  
 JL.Kalimantan No.37 Jember  
 Di  
 JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan saudara Nomor :  
 5336/UN25.3.1/LT/2018 Tanggal 06 Desember 2018 perihal tersebut pada  
 pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami  
 menyetujui permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi  
 Jember, kepada :

Nama : Yuliana  
 NIM : 152310101267  
 Fakultas : Fakultas Keperawatan Universitas Jember  
 Judul Penelitian : Perbedaan kebutuhan keluarga pasien di ruang  
 Intensive Care Unit (ICU ) dan Intensive Cardiac Care  
 Unit (ICCU) di RSD dr.Soebandi Jember

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan  
 Bidang Diklat.  
 Demikian untuk diketahui,atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

Direktur



**dr. Hendro Soelistijono, MM.M.Kes**  
 NIP. 19660418 200212 1 001

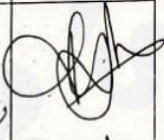

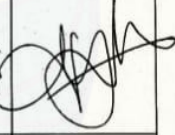
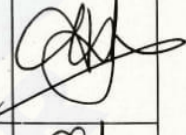
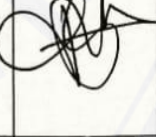
Tembusan Yth:

1. Ka.Bag/Kabid/Ka.Inst.terkait ....
2. Ka.Ru terkait .....
3. Arsip

## Lampiran 6. Lembar Bimbingan




**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Yuliana  
 NIM : 152310101267  
 Dosen Pembimbing I : Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
5-9-18	Konsultasi BAB 1	perdalam bab 1, Stupen lihat hasil penelitian sebelumnya, cari karakteristik ICU/ICCU	
26-9-18	Konsultasi BAB 1 1	Karakteristik ICU/ICCU, Pengaruh length of stay terhadap kebutuhan kls di ICU/ICCU	
27-9-18	Uji CVI	Melanjutkan uji CVI dan uji construct validity → pelajari	
1-10-18	Konsultasi BAB 1- 4	siapkan sempro	
3-10-18	Pemantapan BAB 1-4	ace sempro	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Yuliana  
NIM : 152310101267  
Dosen Pembimbing 1 : Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep





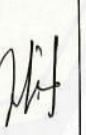
Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
9-1-2019	Konsultasi penelitian	lanjutkan penelitian, mulai analisis	
22-1-2019	konsultasi BAB 5	perbaiki → revisi deskripsi	
23/1-2019	konsultasi Revisi BAB 5 & 6	ada sidang	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Yuliana

NIM : 152310101267

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
12-9-18	Konsultasi BAB II	Input Mendelay.	
19-9-18	Metode sampling uji validitas & Reliabilitas	- G* Power - Bantukan hasil validitas & Reliabilitas dari berbagai negara	
21-9-18	Konsultasi BAB 1-4	lengkapi Pemb 1-4	
1-10-18	Konsultasi BAB 1-4	Tambahkan persamaan ruang ICU dan ICCU	
3/10-18	Pemantapan BAB 1-4	Ace lengkap	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Yuliana  
NIM : 152310101267  
Dosen Pembimbing II : Ns. Muhammad Zulfatul A'la, S.Kep.,M.Kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
21/1/2019	Konsultasi BAB 5	perbaiki data skripsi.	HA
22/1/2019	Konsultasi Revisi BAB 5	perbaiki tabel.	HA
23/1/2019	konsultasi abstrak dan ringkasan	Abstrak <del>Revisi</del> Tinjauan &	HA
23/1/2019	konsultasi Revisi abstrak	Acc	HA







**Lampiran 7. Laporan Perkembangan Penelitian**


**LAPORAN PERKEMBANGAN**

**HASIL PENGUMPULAN DATA KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
DENGAN PERAWATAN INTENSIF DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

Minggu Ke : 1

No.	Waktu Pengambilan	Kode Partisipan	Paraf KaRu/KaTim/PP
1.	<b>Kamis, 6 Desember 2018</b>		
	a. ICU	KP 1, KP2, KP3	
	b. ICCU	KP 4	
2.	<b>Jumat, 7 Desember 2018</b>		
	a. ICU	1 Keluarga pasien menolak	
	b. ICCU	Tidak ada pasien	
<b>Jumlah total</b>			

TTD KaRu/KaTim/PP,

  
(.....)

Peneliti



  
Yuliana





NIM 152310101267

## LAPORAN PERKEMBANGAN


HASIL PENGUMPULAN DATA KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
DENGAN PERAWATAN INTENSIF DI RSD dr.SOEBANDI JEMBER

Minggu Ke : II

No.	Waktu Pengambilan	Kode Partisipan	Paraf KaRu/KaTim/PP
1.	Senin, 10 Desember 2018		
	c. ICU	KP 5, KP 8	
	d. ICCU	KP 6, KP 7	
2.	Rabu, 12 Desember 2018		
	c. ICU	KP 9	
	d. ICCU	KP 10, KP 11	

3.	<b>Kamis, 13 Desember 2018</b>		
	a. ICU	KP 12, KP 15	
	b. ICCU	KP 13, KP 14	
4.	<b>Sabtu, 15 Desember 2018</b>		
	a. ICU	KP 16, KP 17	
	b. ICCU	KP 18, KP 19	

TTD KaRu/KaTim/PP,

  
(.....)



Peneliti

  
Yuliana


NIM 152310101267

**LAPORAN PERKEMBANGAN**  
**HASIL PENGUMPULAN DATA KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN**  
**DENGAN PERAWATAN INTENSIF DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER**

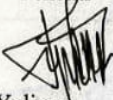
Minggu Ke : III

No.	Waktu Pengambilan	Kode Partisipan	Paraf KaRu/KaTim/PP
1.	Minggu, 16 Desember 2018		
	a. ICU	KP 21	
	b. ICCU	Tidak ada pasien	
<b>Jumlah total</b>			

TTD KaRu/KaTim/PP,

  
(.....)

Peneliti





  
Yuliana

NIM 152310101267

LAPORAN PERKEMBANGAN

HASIL PENGUMPULAN DATA KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
DENGAN PERAWATAN INTENSIF DI RSD dr.SOEBANDI JEMBER

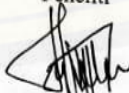
Minggu Ke : IV

No.	Waktu Pengambilan	Kode Partisipan	Paraf KaRu/KaTim/PP
1.	Senin, 17 Desember 2018		
	a. ICU	KP 22, KP 23, 1 keluarga pasien menolak	
	b. ICCU	Tidak ada pasien	
2.	Sabtu, 22 Desember 2018		
	a. ICU	KP 24	
	b. ICCU	Tidak ada pasien	
Jumlah total			

TTD KaRu/KaTim/PP,

  
(.....)

Peneliti





  
Yuliana





NIM 152310101267

## LAPORAN PERKEMBANGAN


HASIL PENGUMPULAN DATA KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
DENGAN PERAWATAN INTENSIF DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER

Minggu Ke : V


No.	Waktu Pengambilan	Kode Partisipan	Paraf KaRu/KaTim/PP
1.	Minggu, 23 Desember 2018 c. ICU d. ICCU	KP 25, 1 keluarga pasien menolak KP 26	 
2.	Senin, 24 Desember 2018 c. ICU d. ICCU	KP 27, KP 28, KP 29 KP 30	 

3.	Rabu, 26 Desember 2018 a. ICU  b. ICCU	KP 31, KP 32, KP 33, 1 keluarga pasien menolak  KP 34	 
4.	Jumat 28 Desember 2018 a. ICU  b. ICCU	KP 35  KP 36, KP 37, KP 38	 
Jumlah Total			

TTD KaRu/KaTim/PP,

  
(.....)

Peneliti





  
Yuliana

NIM 152310101267

## LAPORAN PERKEMBANGAN

HASIL PENGUMPULAN DATA KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
DENGAN PERAWATAN INTENSIF DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER

Minggu Ke : VI

No.	Waktu Pengambilan	Kode Partisipan	Paraf KaRu/KaTim/PP
1.	Jumat, 11 Januari 2019		
	a. ICU	KP 42, KP 43, KP 44, KP 45	
	b. ICCU	KP 39, KP 40, KP 41	
2.	Sabtu, 12 Januari 2019		
	a. ICU	KP 47, KP 48	
	b. ICCU	KP 46	
Jumlah total			

TTD KaRu/KaTim/PP,

  
 (.....)

Peneliti

  
 Yuliana





NIM 152310101267











## LAPORAN PERKEMBANGAN

HASIL PENGUMPULAN DATA KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN  
DENGAN PERAWATAN INTENSIF DI RSD dr. SOEBANDI JEMBER


Minggu Ke : VII

No.	Waktu Pengambilan	Kode Partisipan	Paraf KaRu/KaTim/PP
1.	Minggu, 13 Januari 2019		
	a. ICU	KP 49	
	b. ICCU	KP 50, KP 51	
2.	Senin, 14 Januari 2019		
	a. ICU	KP 53	
	b. ICCU	KP 52, KP 54	

3.	Selasa, 15 Januari 2018 a. ICU	KP 55, KP 56	
	b. ICCU	KP 58	
4.	Rabu, 16 Januari 2019 a. ICU	Tidak ada pasien	
	b. ICCU	KP 57	
5.	Kamis, 17 Januari 2019 a. ICU	KP 59, KP 60, KP 61	
	b. ICCU	KP 62, KP 63, KP 64	

6.	Jumat, 18 Januari 2019 a. ICU	KP 65, KP 66, KP 67, KP 68, KP 69	
	b. ICCU	KP 70, KP 71	
Jumlah Total			

TTD KaRu/KaTim/PP,

  
(.....)

Peneliti

  
Yuliana

NIM 152310101267

**Lampiran 8. Hasil Penelitian**

**1. Uji Normalitas**

	ruang	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
kebutuhan keluarga	ICU	41	100,0%	0	0,0%	41	100,0%
	ICCU	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

**Descriptives**

	ruang	Statistic	Std. Error	
kebutuhan keluarga	ICU	Mean	3,1064	,05939
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2,9863
			Upper Bound	3,2264
		5% Trimmed Mean	3,1028	
		Median	3,0000	
		Variance	,145	
		Std. Deviation	,38026	
		Minimum	2,19	
		Maximum	4,00	
		Range	1,81	
		Interquartile Range	,54	
		Skewness	,153	,369
		Kurtosis	,002	,724
		Mean	3,2981	,06957
kebutuhan keluarga	ICCU	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3,1559
			Upper Bound	3,4404
		5% Trimmed Mean	3,3128	
		Median	3,3056	
		Variance	,145	
		Std. Deviation	,38107	
		Minimum	2,33	
		Maximum	4,00	
		Range	1,67	

Interquartile Range	,33	
Skewness	-,642	,427
Kurtosis	1,583	,833

#### Tests of Normality

	ruang	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
kebutuhan keluarga	ICU	,122	41	,127	,989	41	,953
	ICCU	,129	30	,200 <sup>*</sup>	,929	30	,046

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

a. Lilliefors Significance Correction

## 2. Uji Bivariat (Uji perbedaan)

Kebutuhan keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU (*Independent sample test*) per-item

#### Group Statistics

	Ruang	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
pertanyaan no 1	ICU	41	3,37	,662	,103
	ICCU	30	3,27	,640	,117
pertanyaan no 3	ICU	41	3,39	,628	,098
	ICCU	30	3,13	,730	,133
pertanyaan no 4	ICU	41	3,29	,680	,106
	ICCU	30	3,23	,504	,092
pertanyaan no 10	ICU	41	3,59	,499	,078
	ICCU	30	3,67	,479	,088
pertanyaan no 13	ICU	41	3,59	,631	,099
	ICCU	30	3,67	,479	,088
pertanyaan no 21	ICU	41	3,39	,628	,098
	ICCU	30	3,33	,661	,121
pertanyaan no 22	ICU	41	3,49	,506	,079
	ICCU	30	3,37	,490	,089
pertanyaan no 28	ICU	41	3,27	,775	,121
	ICCU	30	3,30	,466	,085
pertanyaan no 30	ICU	41	3,32	,610	,095
	ICCU	30	3,20	,484	,088
pertanyaan no 2	ICU	41	3,37	,733	,115

	ICCU	30	3,00	,000	,000
pertanyaan no 8	ICU	41	3,27	,672	,105
	ICCU	30	3,33	,479	,088
pertanyaan no 11	ICU	41	2,90	,800	,125
	ICCU	30	3,27	,583	,106
pertanyaan no 12	ICU	41	3,37	,662	,103
	ICCU	30	3,40	,498	,091
pertanyaan no 14	ICU	41	3,39	,666	,104
	ICCU	30	3,13	,571	,104
pertanyaan no 18	ICU	41	3,10	1,020	,159
	ICCU	30	3,13	,860	,157
pertanyaan no 27	ICU	41	3,46	,636	,099
	ICCU	30	3,43	,504	,092
pertanyaan no 31	ICU	41	3,39	,737	,115
	ICCU	30	3,33	,661	,121
pertanyaan no 32	ICU	41	3,49	,506	,079
	ICCU	30	3,23	,504	,092
pertanyaan no 34	ICU	41	3,68	,471	,074
	ICCU	30	3,43	,504	,092
pertanyaan no 5	ICU	41	3,24	,699	,109
	ICCU	30	2,97	,809	,148
pertanyaan no 17	ICU	41	3,12	,781	,122
	ICCU	30	3,00	,871	,159
pertanyaan no 19	ICU	41	3,20	,843	,132
	ICCU	30	2,80	,847	,155
pertanyaan no 35	ICU	41	3,15	,853	,133
	ICCU	30	2,80	,761	,139
pertanyaan no 6	ICU	41	2,73	,867	,135
	ICCU	30	2,90	,885	,162
pertanyaan no 23	ICU	41	2,27	1,025	,160
	ICCU	30	2,03	,928	,169
pertanyaan no 25	ICU	41	3,29	,559	,087
	ICCU	30	3,07	,785	,143
pertanyaan no 36	ICU	41	3,41	,706	,110
	ICCU	30	3,33	,547	,100
pertanyaan no 9	ICU	41	3,32	,687	,107
	ICCU	30	3,37	,556	,102
pertanyaan no 15	ICU	41	3,07	,755	,118
	ICCU	30	3,37	,556	,102
pertanyaan no 16	ICU	41	3,24	,663	,103

	ICCU	30	3,00	,643	,117
pertanyaan no 17	ICU	41	2,88	,812	,127
	ICCU	30	2,80	,997	,182
pertanyaan no 20	ICU	41	3,07	,565	,088
	ICCU	30	3,10	,712	,130
pertanyaan no 24	ICU	41	2,68	,879	,137
	ICCU	30	2,60	1,003	,183
pertanyaan no 26	ICU	41	3,05	,669	,104
	ICCU	30	2,87	,819	,150
pertanyaan no 29	ICU	41	2,85	,792	,124
	ICCU	30	2,63	,964	,176
pertanyaan no 33	ICU	41	3,41	,670	,105
	ICCU	30	3,27	,450	,082

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
pertanyaan no 1	Equal variances assumed	,581	,449	,633	69	,529	,099	,157	-,214	,412
	Equal variances not assumed			,636	63,821	,527	,099	,156	-,212	,411
pertanyaan no 3	Equal variances assumed	,243	,623	1,590	69	,116	,257	,162	-,066	,579
	Equal variances not assumed			1,552	56,789	,126	,257	,165	-,074	,588
pertanyaan no 4	Equal variances assumed	2,936	,091	,404	69	,688	,059	,147	-,234	,353
	Equal variances not assumed			,422	68,979	,674	,059	,141	-,221	,340
pertanyaan no 10	Equal variances assumed	1,948	,167	-,690	69	,493	-,081	,118	-,317	,154
	Equal variances not assumed			-,694	64,012	,490	-,081	,117	-,315	,153
pertanyaan no 13	Equal variances assumed	1,481	,228	-,591	69	,556	-,081	,138	-,356	,193
	Equal variances not assumed			-,617	68,883	,540	-,081	,132	-,344	,182
pertanyaan no 21	Equal variances assumed	,001	,980	,369	69	,713	,057	,154	-,251	,365
	Equal variances not assumed			,366	60,729	,716	,057	,155	-,254	,368
pertanyaan no 22	Equal variances assumed	2,963	,090	1,010	69	,316	,121	,120	-,118	,361
	Equal variances not assumed			1,015	63,761	,314	,121	,119	-,117	,360
pertanyaan no 28	Equal variances assumed	4,187	,045	-,199	69	,843	-,032	,159	-,350	,286
	Equal variances not assumed			-,214	66,794	,831	-,032	,148	-,327	,264
pertanyaan no 30	Equal variances assumed	5,212	,026	,869	69	,388	,117	,135	-,152	,386
	Equal variances not assumed			,901	68,492	,371	,117	,130	-,142	,376
pertanyaan no 2	Equal variances assumed	78,630	,000	2,727	69	,008	,366	,134	,098	,633
	Equal variances not assumed			3,194	40,000	,003	,366	,115	,134	,597
pertanyaan no 8	Equal variances assumed	1,405	,240	-,452	69	,652	-,065	,144	-,352	,222
	Equal variances not assumed			-,476	68,973	,636	-,065	,137	-,338	,208
pertanyaan no 11	Equal variances assumed	,212	,647	-2,114	69	,038	-,364	,172	-,708	-,021
	Equal variances not assumed			-2,218	69,000	,030	-,364	,164	-,692	-,037
pertanyaan no 12	Equal variances assumed	1,386	,243	-,237	69	,813	-,034	,144	-,321	,253
	Equal variances not assumed			-,248	68,924	,805	-,034	,138	-,309	,241
pertanyaan no 14	Equal variances assumed	3,348	,072	1,702	69	,093	,257	,151	-,044	,558
	Equal variances not assumed			1,744	67,192	,086	,257	,147	-,037	,551
pertanyaan no 18	Equal variances assumed	1,166	,284	-,156	69	,877	-,036	,230	-,494	,422
	Equal variances not assumed			-,160	67,533	,873	-,036	,224	-,482	,411
pertanyaan no 27	Equal variances assumed	1,041	,311	,214	69	,831	,030	,140	-,250	,310
	Equal variances not assumed			,222	68,519	,825	,030	,135	-,240	,300
pertanyaan no 31	Equal variances assumed	1,007	,319	,335	69	,738	,057	,170	-,282	,395
	Equal variances not assumed			,341	66,123	,734	,057	,167	-,276	,390



pertanyaan no 32	Equal variances assumed	4,182	,045	2,097	69	,040	,254	,121	,012	,497
	Equal variances not assumed			2,098	62,793	,040	,254	,121	,012	,497
pertanyaan no 34	Equal variances assumed	3,052	,085	2,141	69	,036	,250	,117	,017	,482
	Equal variances not assumed			2,118	60,119	,038	,250	,118	,014	,485
pertanyaan no 5	Equal variances assumed	,074	,787	1,544	69	,127	,277	,180	-,081	,635
	Equal variances not assumed			1,510	57,035	,137	,277	,184	-,091	,645
pertanyaan no 17	Equal variances assumed	,227	,635	,619	69	,538	,122	,197	-,271	,515
	Equal variances not assumed			,609	58,478	,545	,122	,200	-,279	,523
pertanyaan no 19	Equal variances assumed	,104	,748	1,947	69	,056	,395	,203	-,010	,800
	Equal variances not assumed			1,945	62,490	,056	,395	,203	-,011	,801
pertanyaan no 35	Equal variances assumed	,243	,623	1,767	69	,082	,346	,196	-,045	,737
	Equal variances not assumed			1,799	66,245	,077	,346	,193	-,038	,731
pertanyaan no 6	Equal variances assumed	,144	,706	-,801	69	,426	-,168	,210	-,587	,251
	Equal variances not assumed			-,799	61,900	,428	-,168	,211	-,590	,253
pertanyaan no 23	Equal variances assumed	2,560	,114	,992	69	,325	,235	,237	-,237	,707
	Equal variances not assumed			1,008	65,856	,317	,235	,233	-,230	,700
pertanyaan no 25	Equal variances assumed	,019	,890	1,418	69	,161	,226	,159	-,092	,544
	Equal variances not assumed			1,347	49,553	,184	,226	,168	-,111	,563
pertanyaan no 36	Equal variances assumed	2,187	,144	,525	69	,601	,081	,155	-,227	,390
	Equal variances not assumed			,547	68,748	,586	,081	,149	-,215	,378
pertanyaan no 9	Equal variances assumed	1,913	,171	-,325	69	,746	-,050	,153	-,354	,255
	Equal variances not assumed			-,336	68,240	,738	-,050	,148	-,344	,245
pertanyaan no 15	Equal variances assumed	,008	,931	-1,801	69	,076	-,293	,163	-,619	,032
	Equal variances not assumed			-1,887	68,991	,063	-,293	,156	-,604	,017
pertanyaan no 16	Equal variances assumed	2,618	,110	1,551	69	,125	,244	,157	-,070	,558
	Equal variances not assumed			1,558	63,680	,124	,244	,157	-,069	,557
pertanyaan no 17	Equal variances assumed	3,338	,072	,363	69	,718	,078	,215	-,351	,507
	Equal variances not assumed			,352	54,679	,726	,078	,222	-,367	,523
pertanyaan no 20	Equal variances assumed	,708	,403	-,177	69	,860	-,027	,152	-,329	,276
	Equal variances not assumed			-,171	53,646	,865	-,027	,157	-,342	,288
pertanyaan no 24	Equal variances assumed	1,394	,242	,370	69	,713	,083	,224	-,364	,530
	Equal variances not assumed			,362	57,536	,718	,083	,229	-,375	,541
pertanyaan no 26	Equal variances assumed	,937	,336	1,030	69	,307	,182	,177	-,171	,535
	Equal variances not assumed			,998	54,751	,323	,182	,182	-,184	,548
pertanyaan no 29	Equal variances assumed	3,253	,076	1,055	69	,295	,220	,209	-,196	,637
	Equal variances not assumed			1,024	55,006	,310	,220	,215	-,211	,652
pertanyaan no 33	Equal variances assumed	6,611	,012	1,048	69	,298	,148	,141	-,134	,430
	Equal variances not assumed			1,113	68,570	,270	,148	,133	-,117	,413

Kebutuhan keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU (*Independent sample test*) per-indikator

**Group Statistics**

	ruang	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
jaminan	ICU	41	3,4092	,39709	,06201
	ICCU	30	3,3296	,33586	,06132
informasi	ICU	41	3,3415	,43588	,06807
	ICCU	30	3,3867	,71907	,13128
kedekatan	ICU	41	3,1768	,56525	,08828
	ICCU	30	2,9917	,67109	,12252
kenyamanan	ICU	41	2,8841	,57036	,08907
	ICCU	30	2,9083	,78368	,14308
dukungan	ICU	41	3,1328	,66908	,10449
	ICCU	30	3,0000	,51706	,09440

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
jaminan	Equal variances assumed	,987	,324	,889	69	,377	,07958	,08952	-,09899	,25816
	Equal variances not assumed			,913	67,481	,365	,07958	,08721	-,09447	,25364
informasi	Equal variances assumed	,434	,512	-,329	69	,743	-,04520	,13748	-,31948	,22907
	Equal variances not assumed			-,306	44,365	,761	-,04520	,14788	-,34317	,25276
kedekatan	Equal variances assumed	,124	,726	1,259	69	,212	,18516	,14703	-,10815	,47848
	Equal variances not assumed			1,226	55,986	,225	,18516	,15101	-,11735	,48768
kenyamanan	Equal variances assumed	1,113	,295	-,151	69	,881	-,02419	,16058	-,34453	,29616
	Equal variances not assumed			-,144	50,352	,886	-,02419	,16854	-,36265	,31428
dukungan	Equal variances assumed	,012	,914	,906	69	,368	,13279	,14651	-,15950	,42508
	Equal variances not assumed			,943	68,761	,349	,13279	,14082	-,14815	,41374

Kebutuhan keluarga pasien di ruang ICU dan ICCU (*Independent sample test*) total

Group Statistics					
	ruang	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
kebutuhan keluarga	ICU	41	3,1064	,38026	,05939
	ICCU	30	3,2981	,38107	,06957

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
kebutuhan keluarga	Equal variances assumed	,505	,480	-2,097	69	,040	-,19178	,09144	-,37420	-,00936
	Equal variances not assumed			-2,097	62,571	,040	-,19178	,09147	-,37460	-,00896