



**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF RSUD Dr. H. KOESNADI
KABUPATEN BONDOWOSO**

SKRIPSI

Oleh

**Titin Dwimala
NIM 152310101095**

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



**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN
PERAWATAN INTENSIF RSUD Dr. H. KOESNADI
KABUPATEN BONDOWOSO**

SKRIPSI

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

Oleh

Titin Dwimala
NIM 152310101095

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

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Allah SWT yang senantiasa memberikan petunjuk dan karunia-Nya;
2. Ibunda Tri Malayati dan Ayahanda Suyono yang tak henti-hentinya mencurahkan kasih sayang, mendoakan, memberikan dukungan, semangat, dan motivasi setiap harinya;
3. Almamaterku yang ku banggakan "Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember", Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep dan Ns. Muhamad Zulfatul A'la S.Kep.,M.Kep yang memberikan arahan, bimbingan dan nasehat dalam penyelesaian skripsi ini, serta Ns. Emi Wuri Wuryaningsih S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep J selaku dosen pembimbing akademik.

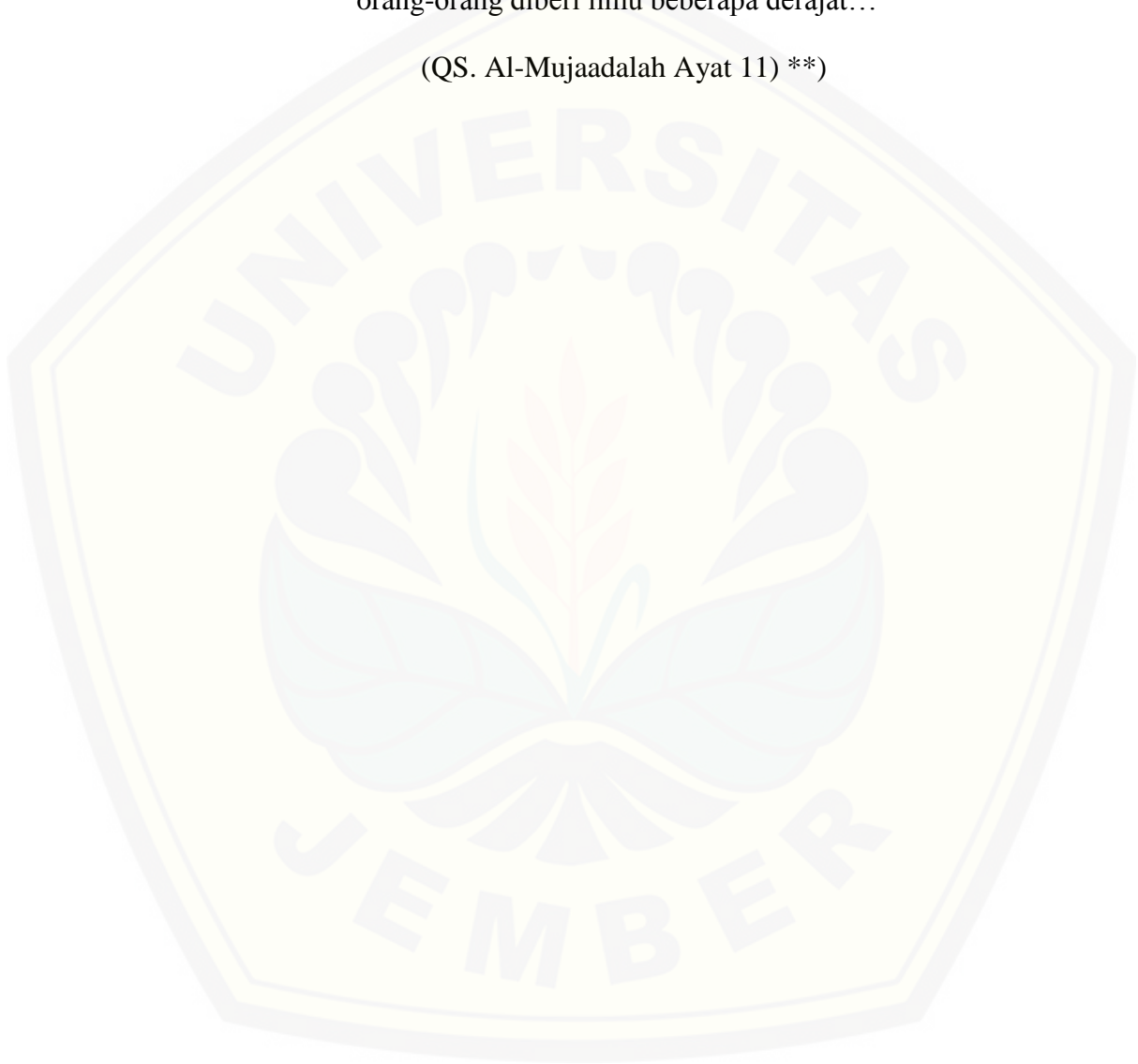
MOTO

“...Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan...”

(QA. Al-Insyirah Ayat 5) *

“...Allah akan mengangkat (derajat) orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang diberi ilmu beberapa derajat...”

(QS. Al-Mujaadalah Ayat 11) **)



*. **, Departemen Agama Republik Indonesia. 2012. Al Quran Mushaf Aisyah, Al Qur'an dan Terjemahan untuk Wanita. Bandung: Jabal

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Titin Dwimala

NIM : 152310101095

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi mana pun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, Januari 2019

Yang menyatakan,

(Titin Dwimala)

NIM 152310101095

SKRIPSI

**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN PERAWATAN
INTENSIF RSUD Dr. H. KOESNADI KABUPATEN BONDOWOSO**

oleh

Titin Dwimala

NIM 152310101095

Pembimbing

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

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

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif
RSU Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso” karya Titin Dwimala telah diuji dan
disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas
Jember pada:

hari, tanggal : Selasa, 22 Januari 2019

tanggal : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama



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

Dosen Pembimbing Anggota



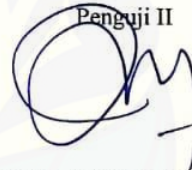
Ns. Muhamad Zulfatm A'ya, S.Kep.,M.Kep
NIP. 19880510 201504 1 002

Penguji I



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

Penguji II



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

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantun Sulistyprini, S.Kep.,M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso (*Description of Family Member Needs of Intensive Care Patients in Dr. H. Koesnadi Bondowoso Hospital*)

Titin Dwimala

Bachelor of Nursing Study Program, Faculty of Nursing,
University of Jember

ABSTRACT

Background: Critical patient in the intensive care has an impact on patients and families members. The impact on the families members are the emergence of symptoms of depression, stress, and decreased quality of life.

Objective: To describe the needs of families members in the intensive care room of Dr. RSUD H. Koesnadi Bondowoso Regency.

Design: A study with a qualitative descriptive phenomenology approach. The closest family members were recruited to participate in the interview.

Method: Individual, semi-structured interviews to 10 participants with purposive sampling from October 2018 - December 2018.

Results: Family needs are explained through seven main themes: information, support, comfort, closeness, guaranteed service, spiritual healing, and involvement in care. The results showed that family members tried to access information to find out the condition of their family, while waiting for family members to get support from several parties and to feel the comfort and discomfort of the intensive care waiting room from various sides. One of the intensive care policies is families are not permitted to get in this room. The policy makes the family have hope that the patient will be given the best care. In the other side, the families want to participate in the care of the patient. Family members believe that the diseases can be cured by God.

Conclusion: This study provides an in-depth understanding of the experiences of family members in intensive area focused on various needs.

Nursing Implications: This study can be a reference to increase critical team care services to patients and family.

Keywords: Intensive Care Unit, Family Needs, CCFNI, Phenomenology

RINGKASAN

Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso: Titin Dwimala, 152310101095; xix+96 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Keperawatan kritis sebagai pelayanan keperawatan yang dikhususkan untuk menangani respon manusia dalam mengatasi masalah yang mengancam jiwa dan masalah tersebut dapat berubah secara dinamis yang kemudian mengancam kehidupan baik secara aktual maupun potensial (Nurses, 2014). Dalam perawatan pasien kritis di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) tersebut banyak dampak yang terjadi salah satunya adalah memberikan dampak pada pasien dan keluarga yang merawatnya (Padilla Fortunatti, 2014). Adapun dampak pada keluarga yang merawatnya adalah munculnya gejala depresi, stres, dan penurunan kualitas hidup (Cameron dkk., 2016). Kemunculan dampak tersebut dikarenakan keluarga beranggapan bahwa ICU merupakan tempat menyeramkan karena ketepatan dalam pengambilan keputusan sangat mempengaruhi kondisi orang yang dicintainya.

Dampak terhadap keluarga tersebut tak lepas dari peran keluarga sebagai *support system* utama bagi pasien yang membantu dalam proses pemulihannya. Dalam penelitian lain disebutkan bahwa kehadiran keluarga berfungsi sebagai fasilitator dan sumber informasi mengenai riwayat pasien, sebagai penyemangat, pemberi harapan, serta dapat membantu memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien (McAdam dkk., 2008). Dan pada tahun 1991, Leske melakukan penelitian ulang mengenai kebutuhan keluarga di ruang ICU menggunakan instrument CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*) dengan lima dimensi yakni: kenyamanan, kedekatan, informasi, jaminan, dan dukungan (Freitas dkk., 2007).

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa gambaran kebutuhan keluarga di ruang perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Penelitian ini menggunakan metode penelitian fenomenologi dengan pendekatan deskriptif kualitatif. Pemilihan partisipan dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling yaitu *purposive sampling* untuk memilih sampel sesuai dengan kriteria yang

diinginkan peneliti. Partisipan dalam penelitian ini adalah keluarga yang sedang menunggu anggota keluarganya yang sakit dan sedang dalam ruang perawatan intensif dengan batas minimal telah menunggu di ruang perawatan intensif 18 jam. Penelitian ini dilakukan di ruang tunggu ICU dan ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti menemukan bahwa anggota keluarga berusaha untuk mencari informasi mengenai kondisi anggota keluarganya yang sedang sakit dan berada dalam ruang perawatan intensif agar dapat mengetahui secara detail mengenai kondisi dan rencana perawatan dengan cara bertanya kepada dokter dan atau perawat. Beberapa partisipan langsung diberikan informasi mengenai keluarganya oleh petugas kesehatan ketika mereka memasuki ruangan intensif. Informasi yang diterima oleh keluarga merupakan informasi yang efektif dan kurang efektif, menurut anggota keluarga waktu untuk berdiskusi dengan petugas kesehatan kurang sehingga informasi yang mereka terima menjadi kurang efektif. Sehingga keluarga berharap untuk diperlukan waktu untuk berdiskusi dengan perawat.

Selama menunggu anggota keluarganya yang sedang sakit keluarga mendapatkan berbagai bentuk dukungan dari keluarga inti, kerabat dekat, dan petugas ruang intensif. Adapun dukungan tersebut ada yang bersifat positif dan negatif yang berasal dari dukungan oleh pihak keluarga. Anggota keluarga merasa bahwa dukungan dari petugas kesehatan terhadap dirinya merupakan hal yang penting karena petugas lebih mengetahui kondisi orang yang dicintainya serta merasa dukungan kepadanya merupakan dukungan juga untuk kesembuhan orang yang dikasihinya.

Ketika menunggu anggota keluarganya yang sakit keluarga berada di ruang tunggu perawatan intensif dan menggunakan segala fasilitas yang telah disediakan oleh rumah sakit, keluarga merasakan jenuh selama menunggu orang terkasihnya apabila tidak ada seseorang yang menemaninya disana, juga keluarga mengatakan bahwa ruang tunggu tersebut terlalu sempit sehingga udara didalam terasa pengap karena kurangnya sirkulasi udara dan tidak tersedianya toilet di dekat ruang tunggu tersebut. Sehingga keluarga berharap agar tersedianya toilet di dekat ruang tunggu, kipas angin agar udara dapat bergantiann keluar masuk, serta tambahan ruangan untuk ruang tunggu. Namun, keluarga masih dapat merasakan kenyamanan dengan keramahan petugas intensif walaupun untuk menjenguk masuk masih terbatas oleh waktu.

Peraturan di ruang perawatan intensif menetapkan bahwa keluarga tidak boleh masuk dan atau menemani anggota keluarganya didalam sehingga keluarga merasa terhambat untuk berada didekat orang yang dikasihinya. Sehingga muncullah berbagai respon dari keluarga dalam menghadapi peraturan tersebut. Dengan adanya peraturan tersebut keluarga berharap dapat mengunjungi anggotanya secara fleksibel, dan dapat mendampingi didalam agar dapat mengawasi kondisi orang yang dicintainya secara langsung. Sehingga anggota keluarga merasa perlu diyakinkan terhadap perawatan yang diterima oleh keluarganya setidaknya walaupun tidak diperbolehkan masuk mereka merasa bahwa orang terkasihinya mendapatkan pelayanan serta perawatan yang aman diluar dari metode pembayaran yang mereka lakukan.

Keluarga juga berharap dapat terlibat merawat anggotanya yang sedang sakit karena mereka adalah orang terdekatnya sehingga mereka lebih mengetahui yang diinginkan anggota keluarganya sehingga mereka akan merasa dihargai budayanya oleh petugas kesehatan. Disamping itu keluarga memiliki kepercayaan bahwa penyakit yang ada pada anggota keluarganya merupakan ujian dari Tuhan beserta kesembuhan, sehingga adanya perawatan dokter dan perawat merupakan perantara dari Tuhan untuk kesembuhan.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso”. Skripsi ini disusun sebagai bahan untuk memenuhi tugas akhir di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ayahanda Suyono dan Ibunda Tri Malayati tercinta yang selalu mendoakan, memberi kasih sayang serta pengorbanan yang tak terhingga selama ini, kakakku tersayang Irwan Budiyo yang selalu memberi dukungan, adik-adikku tersayang Yolanda dan Yosinda yang selalu menghiburku;
2. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
3. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep. J., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
4. Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi;
5. Ns. Muhamad Zulfatul A'la S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi;
6. Ryan Prawidya Putra yang selalu mendukung dan menghiburku disaat susah serta memberikan kasih sayang;
7. Elsa Windasari, Anggia Damayanti, dan Nurul Azizah yang selalu mendengarkan keluh kesahku baik selama penelitian maupun selama perkuliahan;

8. teman satu kelompok riset yang berjuang bersama dari awal sampai akhir penelitian yaitu Devi Humairah Irawan dan Anggi Sulistyani yang senantiasa memberikan dukungan dan bantuan;
9. teman-teman seperjuangan kelas C Fakultas Keperawatan Universitas Jember angkatan 2015 yang telah menemani perjalanan selama kuliah;
10. seluruh guru dan karyawan SDN Purworejo 01, SMPN 1 Wates dan SMAN 1 Kesamben;
11. seluruh dosen dan karyawan serta seluruh mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
12. Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso yang telah bersedia membantu dan mengizinkan peneliti dalam melaksanakan kegiatan penelitian;
13. Keluarga besar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
14. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang membangun guna mendapatkan hasil yang lebih sempurna dan bermanfaat untuk masa yang akan datang. Akhir kata, besar harapan penulis semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan keperawatan.

Jember, Januari 2019

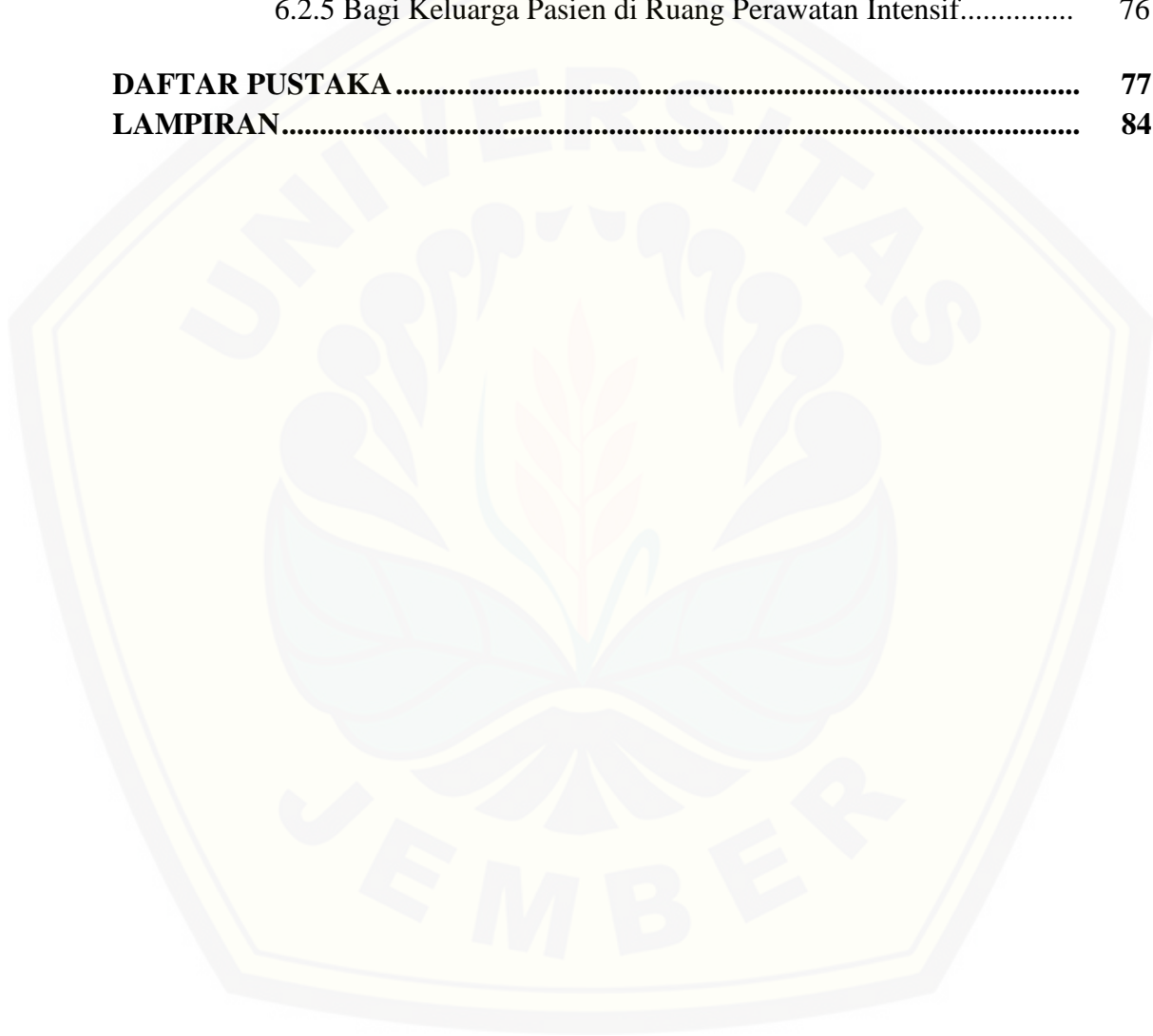
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN SAMPUL.....	ii
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTO.....	iv
PERNYATAAN.....	v
LEMBAR PEMBIMBING	vi
PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	5
1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan.....	5
1.4.3 Manfaat Bagi Praktek Keperawatan	5
1.4.4 Manfaat Bagi Rumah Sakit.....	5
1.4.5 Manfaat Bagi Masyarakat dan Keluarga Pasien di ICU	5
1.5 Keaslian Penelitian	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Ruang Perawatan Intensif	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Ruang Lingkup	8
2.1.3 Karakteristik Pasien ICU	9
2.1.4 Indikasi Pasien Masuk dan Keluar ICU.....	9
2.1.5 Klasifikasi Pelayanan ICU.....	11
2.2 Konsep <i>Family Centered Care</i> (FCC)	14
2.2.1 Definisi.....	15
2.2.2 Elemen	15

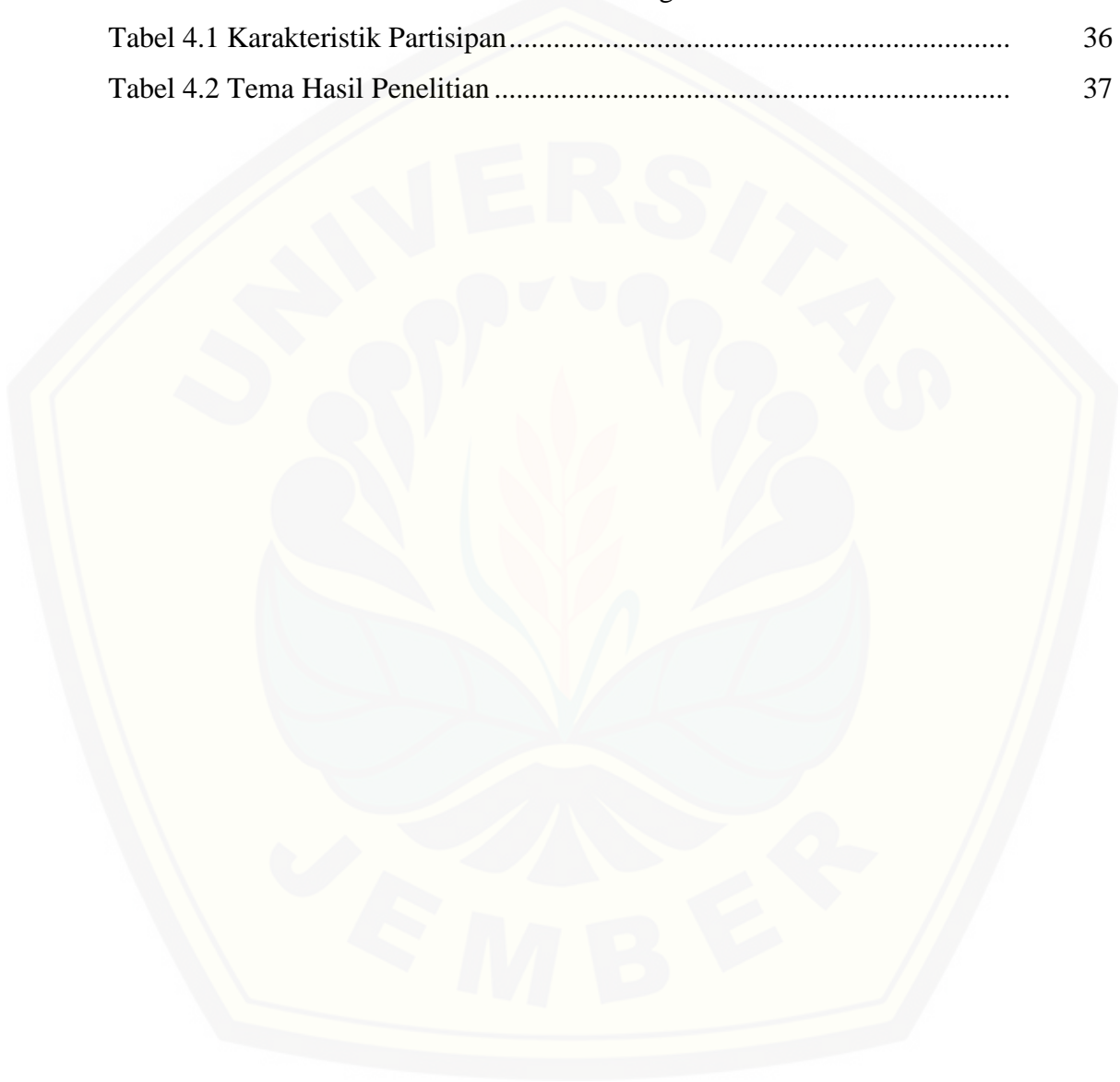
2.2.3 Prinsip	16
2.3 Konsep Kebutuhan Keluarga Di Ruang Perawatan Intensif	17
2.3.1 Definisi.....	17
2.3.2 Dimensi Kebutuhan Keluarga.....	17
2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Keluarga.....	18
2.3.4 Instrumen Penelitian Kebutuhan Keluarga	19
2.4 Kerangka Berpikir	21
BAB 3. METODE PENELITIAN.....	22
3.1 Rancangan Penelitian	22
3.2 Pemilihan Partisipan Penelitian	22
3.3 Lokasi Penelitian.....	23
3.4 Waktu Penelitian.....	23
3.5 Alat Pengumpul Data	24
3.5.1 Wawancara.....	24
3.5.2 Alat Perekam Suara	25
3.5.3 Catatan Lapangan	25
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	25
3.6.1 Tahap Persiapan	26
3.6.2 Tahap Pelaksanaan.....	26
3.6.3 Tahap Terminasi	27
3.7 Pengolahan Data	28
3.7.1 <i>Bracketing</i>	28
3.7.2 <i>Intuiting</i>	28
3.7.3 <i>Analyzing</i>	28
3.7.4 <i>Describing</i>	29
3.8 Analisa Data	29
3.9 Keabsahan Data	30
3.9.1 <i>Credibility</i>	31
3.9.2 <i>Transferability</i>	31
3.9.3 <i>Confirmability</i>	31
3.9.4 <i>Dependability</i>	31
3.10 Etika Penelitian	32
3.10.1 <i>Beneficence</i>	32
3.10.2 <i>Respect For Human Dignity</i>	32
3.10.3 <i>Justice</i>	33
BAB 4. HASIL PENELITIAN	35
4.1 Karakteristik Partisipan	35
4.2 Hasil Penelitian.....	37
BAB 5. PEMBAHASAN.....	61
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian	61
5.2 Keterbatasan Penelitian	72
5.3 Implikasi Dalam Keperawatan.....	72

5.3.1 Penelitian	72
5.3.2 Pelayanan Keperawatan	73
BAB 6. PENUTUP	74
6.1 Simpulan	74
6.2 Saran	75
6.2.1 Saran Bagi Peneliti Selanjutnya.....	75
6.2.2 Saran Bagi Institusi Pendidikan.....	76
6.2.3 Bagi Praktek Keperawatan.....	76
6.2.4 Bagi Rumah Sakit	76
6.2.5 Bagi Keluarga Pasien di Ruang Perawatan Intensif.....	76
DAFTAR PUSTAKA	77
LAMPIRAN	84



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	6
Tabel 2.1 Klasifikasi ICU Berdasarkan Kelengkapan Pelayanan.....	12
Tabel 2.2 Klasifikasi ICU Berdasarkan Ketenagaan.....	13
Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan.....	36
Tabel 4.2 Tema Hasil Penelitian.....	37



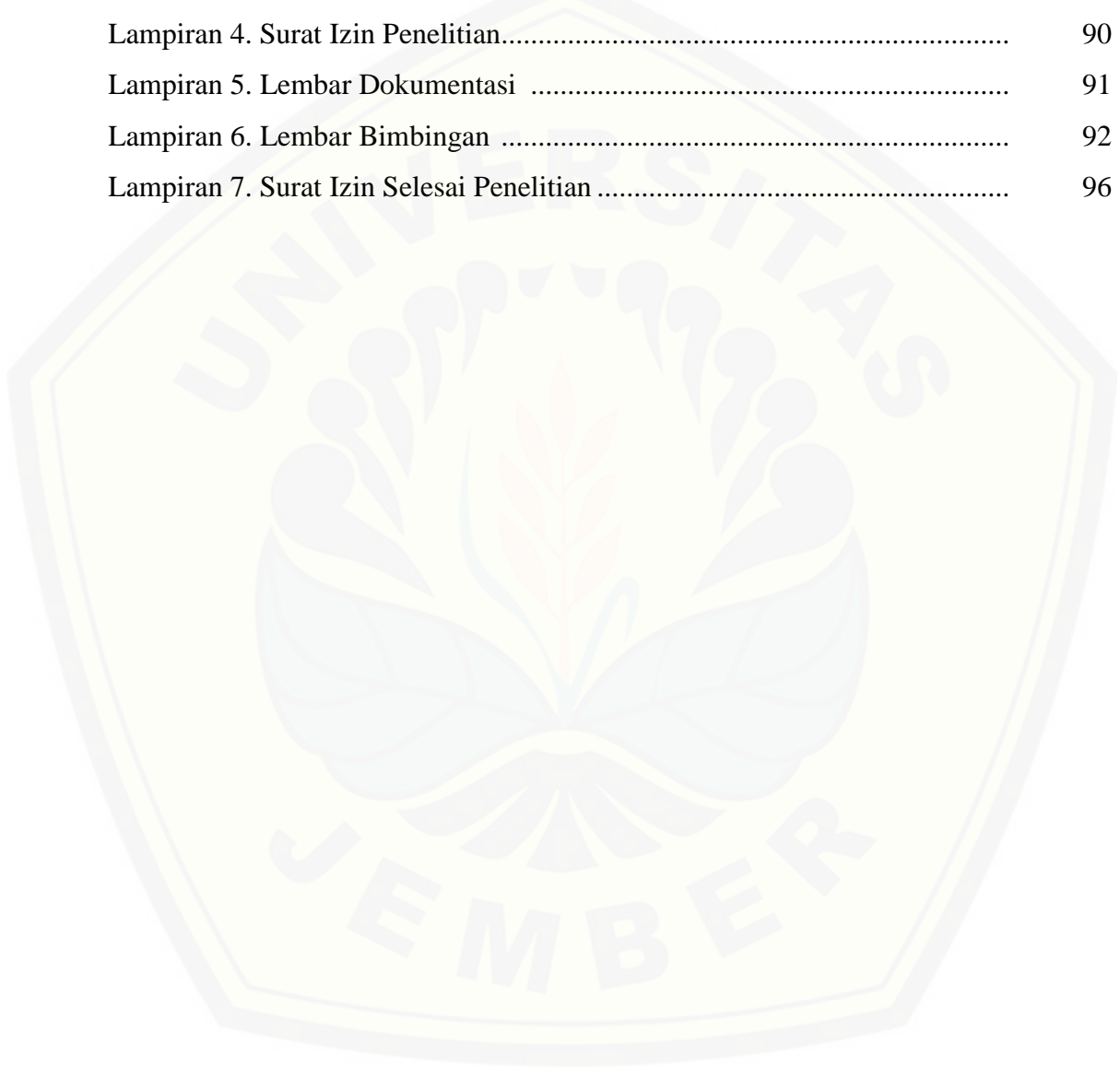
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Berpikir.....	21
3.1 Diagram Analisa Data.....	30



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Partisipan	85
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan	87
Lampiran 3. Lembar Pedoman Wawancara	88
Lampiran 4. Surat Izin Penelitian.....	90
Lampiran 5. Lembar Dokumentasi	91
Lampiran 6. Lembar Bimbingan	92
Lampiran 7. Surat Izin Selesai Penelitian	96



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keperawatan kritis sebagai pelayanan keperawatan yang dikhususkan untuk menangani respon manusia dalam mengatasi masalah yang mengancam jiwa dan masalah tersebut dapat berubah secara dinamis yang kemudian mengancam kehidupan baik secara aktual maupun potensial (Nurses, 2014). Pasien yang berada di lingkup keperawatan kritis atau *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan pasien dengan keadaan yang berpotensi terjadinya disfungsi salah satu organ atau lebih yang tidak dapat kembali sesuai fungsinya sehingga dapat mengancam kehidupan (*Joint Faculty of Intensive Care Medicine of Ireland dan Intensive Care Society of Ireland*, 2011). Pernyataan tersebut berkaitan dengan data pada tahun 2010 - 2012 bahwa kematian di ICU *United States America* sejumlah 102.225 jiwa dan terdapat 9,8-24,6 pasien sakit kritis dan dirawat di ICU per 100.000 penduduk (Garland dkk., 2013; Cummings, 2017).

Perawatan pasien kritis di ruang *Intensive Care Unit* memberikan dampak pada pasien dan keluarga yang merawatnya (Padilla Fortunatti, 2014). Penelitian Pane (2012) menyatakan bahwa penerimaan pasien di unit perawatan intensif menandakan timbulnya suatu ancaman terhadap kehidupan dan kesejahteraan pada semua orang yang dirawat di ruang tersebut (Pane, 2012). Dampak pada pasien yang dirawat di *Intensive Care Unit* adalah sering merasa sebagai tanda akan tiba kematian yaitu seperti perasaan akan ketidakberdayaan, kehilangan kendali, perasaan kehilangan fungsi dan harga diri, kegagalan membentuk pertahanan, perasaan terisolasi dan takut meninggal dunia (Pane, 2012).

Dampak pada keluarga yang merawatnya adalah munculnya gejala depresi, stres, dan penurunan kualitas hidup (Cameron dkk., 2016). Hal itu muncul dikarenakan ICU merupakan tempat paling tidak menyenangkan, karena ketepatan dalam pengambilan keputusan sangat menentukan keberlangsungan perawatan atau kualitas hidup anggota keluarganya yang sedang dirawat di ruangan intensif (Pochard dkk., 2005).

Dampak yang terjadi pada keluarga tersebut tak lepas dari peran anggota keluarga sebagai sumber utama dukungan untuk pasien sakit kritis selama proses perawatan dan untuk membantu proses pemulihan kondisi pasien (Yang, 2005; Karlsson dkk., 2011). Peran keluarga sebagai *support system* diperkuat dengan penelitian kualitatif di Amerika bahwa kehadiran keluarga berfungsi sebagai fasilitator dan sumber informasi mengenai riwayat pasien, sebagai penyemangat, pemberi harapan, serta dapat membantu memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien (McAdam dkk., 2008).

Pentingnya peran keluarga pada pasien kritis telah diteliti pertama kali oleh perawat *Nancy Molter* tahun 1979 tentang kebutuhan keluarga di ICU dengan tujuan untuk mengetahui kebutuhan keluarga pasien sehingga dapat dilakukan suatu cara untuk memenuhi kebutuhan dari keluarga pasien tersebut (Freitas dkk., 2007). Menurut Pane (2012) 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. Kebutuhan keluarga tersebut dinyatakan dalam lima dimensi meliputi: jaminan pelayanan, berada didekat pasien, mendapatkan informasi, kenyamanan, dan dukungan mental (Burns, 2014). Pada tahun 1991, Leske melakukan penelitian ulang mengenai kebutuhan keluarga di ruang ICU menggunakan instrument CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*) dengan lima dimensi yakni: kenyamanan, kedekatan, informasi, jaminan, dan dukungan (Freitas dkk., 2007). Kebutuhan keluarga yang dinyatakan dalam lima dimensi tersebut menjadi meningkat ketika terdapat anggota keluarga yang dirawat di ruang intensif (Molter dan Stover Leske, 1983; Dorris Mendonca, 1998; Haley dkk., 2002).

Keterlibatan keluarga dalam proses perawatan merupakan bagian integral dari perawatan pasien di ICU yang tergambar pada *synergy model* yang dikembangkan oleh *American Association of Critical-Care Nurses (AACN)* (Swickard dkk., 2015). Dalam model tersebut dijelaskan bahwa kebutuhan serta karakteristik pasien dan keluarga akan mempengaruhi karakteristik serta kompetensi perawat. Sehingga ketika kebutuhan pasien dan keluarga bersinergi

dengan kompetensi perawat, maka *outcomes* pasien dapat tercapai secara optimal.

Penelitian yang bertujuan untuk mengeksplorasi kebutuhan anggota keluarga di ICU yang dilakukan oleh Dharmalingam *et al* (2016) pada 60 keluarga pasien ICU di Malaysia menunjukkan bahwa kebutuhan jaminan menjadi kebutuhan terbesar ($M = 3,69$, $SD = 0,34$) diikuti kebutuhan informasi ($M = 3,59$, $SD = 0,37$) dan kebutuhan terkecil adalah kebutuhan dukungan ($M = 3,01$, $SD = 0,58$) (Dharmalingam dkk., 2016). Penelitian serupa dilakukan oleh Ghabeesh *et al* (2014) yang diikuti oleh 60 anggota keluarga pasien ICU di Yordania memperoleh hasil bahwa kebutuhan jaminan menjadi kebutuhan terbesar ($M = 92,38$, $SD = 7,79$) kemudian kebutuhan informasi ($M = 80,78$, $SD = 10,30$), kebutuhan kedekatan ($M = 80,32$, $SD = 10,90$), kebutuhan dukungan ($M = 72,91$, $SD = 10,95$) dan kebutuhan kenyamanan ($M = 75,62$, $SD = 11,85$) (Ghabeesh dkk., 2014). Penelitian di Indonesia yang dilakukan oleh Lukmanulhakim dan Firdaus (2018) pada 40 responden di Serang mengemukakan bahwa kebutuhan informasi menjadi kebutuhan yang paling banyak terpenuhi yaitu 26 keluarga (65,0%), dan dukungan mental merupakan kebutuhan yang paling banyak belum terpenuhi dengan persentase sebesar (57,5%) (Lukmanulhakim dan Firdaus, 2018). Dari tiga penelitian tersebut terdapat perbedaan hasil penelitian mengenai prioritas kebutuhan keluarga di ICU Malaysia, Yordania, dan di Indonesia yang telah dijelaskan dalam uraian data diatas.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti terdapat 35 pasien di ICU dan 70 pasien di ICCU RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dihitung dari Agustus 2018 hingga September 2018. Berdasarkan uraian dan data diatas, peneliti melihat bahwa fenomena permasalahan yang dialami anggota keluarga pasien ruang perawatan intensif menarik dan penting untuk diteliti. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui secara mendalam mengenai kebutuhan keluarga ketika menunggu anggota keluarganya yang sakit kritis di ruang intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dalam studi fenomenologi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, rumusan masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah bagaimana gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Bondowoso dalam studi fenomenologi.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisa kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kebutuhan informasi pada keluarga pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.
- b. Mengidentifikasi kebutuhan dukungan mental pada keluarga pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.
- c. Mengidentifikasi kebutuhan rasa nyaman pada keluarga pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Kabupaten Bondowoso.
- d. Mengidentifikasi kebutuhan kedekatan dengan pasien pada keluarga pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.
- e. Mengidentifikasi kebutuhan jaminan pelayanan pada keluarga pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan, kemampuan penulisan dalam penelitian kualitatif, mengetahui kebutuhan keluarga pasien di ruang perawatan intensif dan menyelesaikan tugas akhir.

1.4.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah informasi dan *literature* dalam pembelajaran asuhan keperawatan khususnya keperawatan kritis, serta dapat digunakan sebagai bahan diskusi dalam pengabdian masyarakat.

1.4.3 Manfaat Bagi Praktek Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam pemberian asuhan keperawatan sebagai upaya peningkatan pemenuhan kebutuhan keluarga di ruang intensif.

1.4.4 Manfaat Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan bagi manajemen rumah sakit dalam kebijakan peraturan serta fasilitas di ruang intensif yang berguna untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan keluarga.

1.4.5 Manfaat Bagi Masyarakat dan Keluarga Pasien di Ruang Intensif

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi masyarakat dan keluarga pasien di ruang intensif mengenai pentingnya kebutuhan keluarga di ruang intensif.

1.5 Keaslian Penelitian

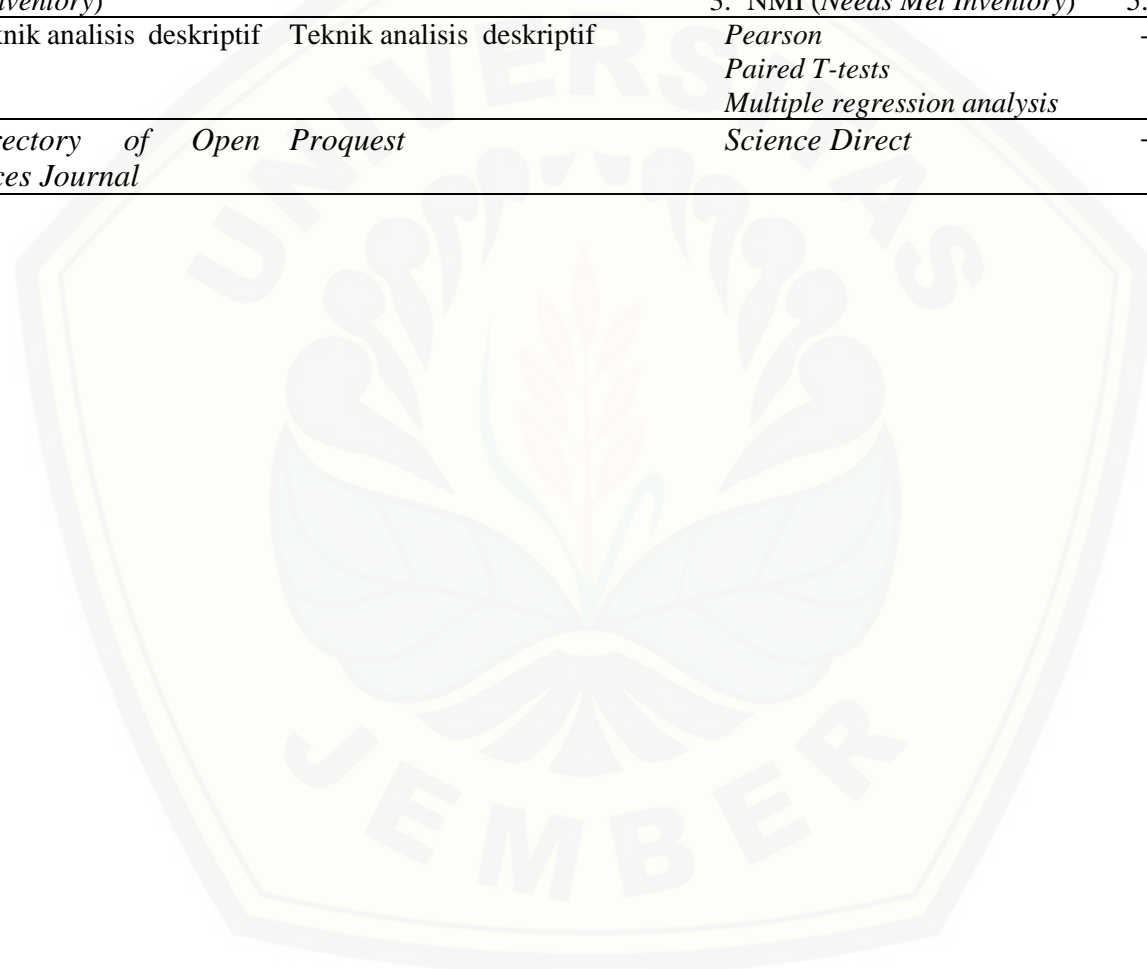
Penelitian yang berjudul “Gambaran Kebutuhan Pasien Perawatan Intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso” belum pernah diteliti. Terdapat penelitian yang mendukung penelitian ini dengan judul “*The Needs Of Patient*

Family Members In The Intensive Care Unit In Kigali, Rwanda” (Munyiginya dan Brysiewicz, 2014). “*Perceived And Unmet Needs Of Adult Jordanian Family Members Of Patients In Icus*” (Omari, 2009), dan “*Family Needs Of Critically Ill Patients In The Emergency Department*” (Hsiao dkk., 2017).

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	<i>The needs of patient family members in the intensive care unit in Kigali, Rwanda.</i>	<i>Perceived and Unmet Needs of Adult Jordanian Family Members of Patients in ICUs</i>	<i>Family needs of critically ill patients in the emergency department</i>	Gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.
Tempat	Unit perawatan intensif di salah satu rumah sakit Kigali, Rwanda	Unit perawatan intensif di di tiga jenis rumah sakit di Irbid, Yordania utara	Unit gawat darurat di rumah sakit pusat Taiwan	Unit perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso
Tahun	2014	2009	2016	2018
Sampel	40 partisipan	139 partisipan	150 partisipan	10 partisipan (dapat kurang)
Variabel Independen	Kebutuhan keluarga	Kebutuhan keluarga	Kebutuhan keluarga	Kebutuhan keluarga
Peneliti	Munyiginya, P & P Brysiewicz.	Ferdous Hasan Omari	Hsiao, Ping-Ru., et al	Titin Dwimala
Desain Penelitian	Desain eksplorasi kuantitatif	Desain deskriptif dan eksploratif	<i>Prospective cross-sectional</i>	Desain kualitatif fenomenologi
Teknik Sampling	<i>Convenience sampling</i>	<i>Convenience sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>	<i>Purposive sampling</i>

Instrumen Penelitian	1. Data demografi partisipan 2. CCFNI (<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>)	demografi partisipan 1. Data demografi partisipan 2. CCFNI (<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>) 3. NMI (<i>Needs Met Inventory</i>)	1. Data demografi partisipan 2. CCFNI-ED (<i>Critical Care Family Needs Inventory- Emergency Departement</i>) 3. NMI (<i>Needs Met Inventory</i>)	1. Data demografi partisipan 2. CCFNI-ED (<i>Critical Care Family Needs Inventory- Emergency Departement</i>) 3. NMI (<i>Needs Met Inventory</i>)	1. Data demografi partisipan 2. Peneliti 3. Wawancara 4. Catatan lapangan 5. Alat rekam suara
Uji Statistik	Teknik analisis deskriptif	Teknik analisis deskriptif	<i>Pearson</i> <i>Paired T-tests</i> <i>Multiple regression analysis</i>	-	-
Search Engine	<i>Directory of Open Proquest Acces Journal</i>	<i>Open Proquest</i>	<i>Science Direct</i>	-	-



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Ruang Perawatan Intensif

2.1.1 Definisi

Ruang perawatan intensif merupakan bagian bangunan rumah sakit yang terpisah dari bangunan lain yang berfungsi untuk perawatan serta pemantauan pasien dalam kondisi yang mengancam jiwa, dengan didukung oleh tenaga kesehatan yang terlatih serta perlengkapan medis yang khusus (Therapists dkk., 2013). Kemenkes RI menyebutkan bahwa ruang perawatan intensif yaitu suatu 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 dapat mengancam nyawa dengan prognosis dubia (Kemenkes RI, 2012). Kesimpulan yang didapatkan yaitu bahwa ruang perawatan intensif merupakan suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri dengan staf tenaga kesehatan terlatih dan perlengkapan medis yang khusus dengan tujuan untuk pemantauan pasien dengan prognosis buruk yang dapat mengancam jiwa.

Pelayanan yang diberikan di ruang perawatan intensif merupakan pelayanan penting dalam penyelenggaraan pelayanan medis di fasilitas kesehatan. Pelayanan tersebut merupakan pelayanan perawatan terhadap pasien dengan kegawatan akibat penyakit, pembedahan, dan trauma menggunakan terapi supportif sesuai dengan keadaan pasien yang bertujuan agar ancaman kematian dapat dikurangi dan harapan sembuh dapat meningkat. Yang termasuk dalam pelayanan intensif meliputi: *Intensive Care Unit (ICU)*, *Neonatus Intensive Care Unit (NICU)*, *Pediatric Care Unit (PICU)*, dan *Cardiac Intensive Care Unit (CICU/ICCU)* (Kemenkes RI, 2012).

2.1.2 Ruang Lingkup Pelayanan ICU

Ruang lingkup pelayanan ICU menurut Standart Pelayanan Keperawatan di ICU (2006) meliputi (Depkes RI, 2006):

- 1) diagnosis dan penatalaksanaan secara khusus pada penyakit akut yang dapat mengancam nyawa dan dapat mengakibatkan kematian dalam waktu beberapa menit hingga beberapa hari;
- 2) memberi bantuan dasar dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pemenuhan kebutuhan dasar;
- 3) pemantauan fungsi vital tubuh serta penatalaksanaan pada komplikasi yang kemungkinan ditimbulkan oleh penyakit atau terapi yang kurang tepat;
- 4) memberikan bantuan psikologis terhadap pasien yang kehidupannya bergantung pada alat dan orang lain.

2.1.3 Karakteristik Pasien ICU

Karakteristik pasien yang membutuhkan pelayanan perawatan di ICU adalah sebagai berikut :

- 1) pasien dengan kebutuhan 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 dengan kondisi sakit kritis yang membutuhkan pemantauan kontinu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya komplikasi (Kemenkes RI, 2012).

2.1.4 Indikasi Masuk dan Keluar ICU

Ruang perawatan intensif mampu menggabungkan teknologi dan keahlian dalam bidang kedokteran dan keperawatan gawat darurat untuk merawat pasien kritis dengan berbagai kondisi. Keadaan tersebut memerlukan mekanisme untuk membuat prioritas terhadap pasien apabila jumlah tempat tidur di ICU kurang dari kebutuhan.

1) Kriteria masuk

Dalam keadaan penggunaan tempat tidur yang tinggi pasien yang memerlukan pemantauan terapi intensif (prioritas 1) didahulukan untuk

dirawat di ICU dibandingkan pasien sakit terminal atau sakit kritis (prioritas 2) dengan prognosis buruk atau sulit disembuhkan (prioritas 3).

a. Pasien prioritas 1 (satu)

Pasien prioritas satu merupakan kelompok pasien sakit kritis dengan kondisi yang tidak stabil serta membutuhkan terapi intensif, seperti : bantuan ventilasi dan alat bantu suportif organ atau sistem yang lain. Salah satu contoh pasien yang masuk dalam kelompok prioritas satu adalah pasien bedah kardioraksik.

b. Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien prioritas dua merupakan kelompok pasien beresiko yang membutuhkan pelayanan pemantauan canggih di ICU segera, misalnya pemantauan intensif dengan menggunakan pulmonary arterial catheter. Terapi pada pasien prioritas dua tidak terbatas, karena kondisi medik pasien prioritas dua yang senantiasa berubah.

c. Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien prioritas tiga merupakan kelompok pasien sakit kritis yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasari, 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.

2) Kriteria Keluar

Prioritas pasien yang dipindahkan dari ICU berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat pasien. Indikasi pasien dapat keluar dari ICU, antara lain:

a. Pasien Prioritas 1 (satu)

Adalah pasien yang dipindahkan karena sudah tidak membutuhkan perawatan intensif atau mengalami kegagalan terapi, prognosa jangka

pendek buruk, sedikit kemungkinan untuk pulih apabila perawatan intensif dilanjutkan.

b. Pasien Prioritas 2 (dua)

Adalah pasien yang dipindahkan karena hasil pemantauan menunjukkan bahwa perawatan intensif lanjutan tidak diperlukan.

c. Pasien Prioritas 3 (tiga)

Adalah pasien yang dikeluarkan dari ICU karena keuntungan perawatan intensif lanjutan sangat sedikit atau kemungkinan pulih kembali sangat kecil.

3) Kriteria Pasien Yang Tidak Memerlukan Perawatan Di ICU

a. Prioritas 1 (satu)

Merupakan pasien yang dipindahkan apabila: tidak membutuhkan lagi perawatan intensif, jika mengalami kegagalan terapi, prognosa jangka pendek buruk, sedikit keuntungan apabila perawatan intensif diteruskan.

b. Prioritas 2 (dua)

Merupakan pasien apabila hasil observasi intensif menunjukkan bahwa perawatan intensif tidak dibutuhkan dan pemantauan lebih lanjut tidak diperlukan lagi.

c. Prioritas 3 (tiga)

Merupakan pasien yang dipindahkan apabila perawatan intensif tidak dibutuhkan, diketahui kemungkinan untuk pulih sangat kecil, dan keuntungan terapi intensif sangat sedikit.

2.1.5 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 transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portabel selama transportasi pasien gawat
10.	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	Kemampuan melakukan fisioterapi dada

11.	-	Melakukan prosedur isolasi	Melakukan prosedur isolasi
12.	-	Melakukan hemodialisis intermitten dan kontinyu	Melakukan hemodialisis intermitten dan kontinyu

Sumber: (Kemenkes, 2012)

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 rumah sakit yang sesuai dengan jenis dan klasifikasi rumah sakit 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 ALS/ACLS, dan FCCS

		yang bersertifikat bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut)		
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"> 1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan untuk mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan untuk mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga pekarya 3. Tenaga kebersihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan untuk mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi 2. Tenaga laboratorium 3. Tenaga kefarmasian 4. Tenaga pekarya 5. Tenaga kebersihan 6. Tenaga rekam medik 7. Tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian

Sumber: (Kemenkes, 2012)

2.2 Konsep *Family Centered Care* (FCC)

2.2.1 Definisi

Keluarga merupakan dua orang atau lebih bersatu karena ikatan kebersamaan, ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. *Institute of Patient and Family Centered Care (PFCC)* mendeskripsikan perawatan yang berpusat pada keluarga sebagai “suatu pendekatan untuk perencanaan, pengiriman, dan evaluasi perawatan kesehatan yang didasarkan pada kemitraan yang saling menguntungkan di antara penyedia layanan kesehatan, pasien, dan keluarga” (Finlayson dkk., 2014). Yang memiliki tujuan untuk memberdayakan keluarga pasien dengan cara melibatkan dan mengikutsertakan keluarga selama proses perawatan. Artinya keluarga tidak mempasrahkan anggota keluarganya kepada petugas kesehatan tetapi juga ikut andil dalam proses perawatan pasien.

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).

2.2.2 Elemen

Sembilan usulan elemen FCC menurut *The Institute for Family-Centered Care* (2007), yakni sebagai berikut:

- 1) mengenali keluarga sebagai bagian yang konstan dalam kehidupan anak, sementara sistem layanan kesehatan berfluktuasi;
- 2) memfasilitasi kerjasama antara keluarga dan tenaga kesehatan profesional, terutama perawat di semua tingkat pelayanan kesehatan;
- 3) menghormati keanekaragaman etnis, ras, budaya, dan sosio-ekonomi keluarga;
- 4) mengenali kekuatan keluarga dan individu serta menghormati perbedaan mekanisme koping dalam keluarga;
- 5) memberikan informasi yang lengkap dan jelas kepada keluarga secara terus-menerus;
- 6) mendorong dan memfasilitasi dukungan yang diberikan keluarga;

- 7) memahami dan menggabungkan kebutuhan dalam setiap perkembangan anak dan keluarga sebagai bagian dari sistem perawatan kesehatan;
- 8) menerapkan kebijakan dan program-program yang memberikan dukungan emosional dan finansial untuk memenuhi kebutuhan keluarga; dan
- 9) merancang sistem perawatan kesehatan yang fleksibel, terjangkau dan responsif terhadap kebutuhan keluarga (Jolley dan Shields, 2009).

2.2.3 Prinsip

Prinsip dari konsep *Family Centered Care* terdiri dari empat poin, yaitu (Jolley dan Shields, 2009):

1) *Information sharing*

Pertukaran informasi secara terbuka, objektif, dan tidak bias. Dengan perawatan terpusat pada keluarga, diharapkan dapat menjadi suatu media untuk bertukar informasi antara petugas kesehatan dan keluarga secara objektif, dan tidak bias.

2) *Respect and honoring differences*

Hubungan kerja yang ditandai dengan menghormati perbedaan, tradisi budaya dan bahasa, dan preferensi perawatan. Pasien yang dirawat di ICU tentunya dari berbagai daerah yang memiliki beragam budaya, kebiasaan dan adat istiadat, pada praktik FCC di tatanan kritis diharapkan antara keluarga dan petugas kesehatan mampu saling menghormati satu sama lain.

3) *Partnership and collaboration*

Keputusan yang tepat secara medis yang paling sesuai dengan kebutuhan, kekuatan, nilai, dan kemampuan, serta semua yang terlibat dibuat bersama oleh pihak-pihak yang terlibat, termasuk keluarga dan petugas kesehatan.

4) *Negotiation*

Hasil yang diinginkan dari rencana perawatan medis adalah fleksibel dan tidak mutlak. Artinya keluarga juga memegang peranan penting dalam memutuskan tindakan medis dan rencana perawatan yang akan diterima oleh pasien.

2.3 Kebutuhan Keluarga di Ruang Perawatan Intensif

2.3.1 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). Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada.

Kebutuhan keluarga di ruang perawatan intensif dapat diartikan sebagai serangkaian kegiatan yang dikhususkan untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan derajat kesejahteraan bagi keluarga. Keluarga sebagai pemberi dukungan utama (*support system*) bagi pasien, tentu memiliki peran dan fungsi penting dalam proses perawatan pasien. Kebutuhan pasien sakit kritis selama periode perawatan di ruang intensif penting untuk diperhatikan, namun mengatasi kebutuhan keluarga terutama kebutuhan psikologis dari keluarga pasien sejak awal juga perlu diperhatikan (Jr dan Douglas, 2010). Oleh sebab itu, pemenuhan kebutuhan keluarga menjadi penting dalam sistem perawatan kesehatan pasien.

2.3.2 Dimensi Kebutuhan Keluarga

Burns (2014) menyebutkan bahwa terdapat lima garis besar kebutuhan keluarga pasien, yaitu sebagai berikut:

- 1) Jaminan pelayanan

Keluarga membutuhkan jaminan pelayanan terbaik yang diberikan kepada anggota keluarganya (pasien), sehingga dapat mempertahankan harapan, kepercayaan diri dan rasa aman bagi keluarga.

- 2) Berada didekat pasien

Kehadiran keluarga berada didekat pasien memberikan rasa tenang dan rasa syukur. Peraturan jam kunjung pasien rawat inap telah dilaksanakan hampir seluruh rumah sakit, mengingat kehadiran keluarga atau orang terdekat menjadi pemberi dukungan terbesar bagi pasien.

- 3) Mendapatkan informasi

Kejelasan mengenai kondisi terbaru kesehatan pasien sangat diperlukan oleh keluarga, selain untuk menggambarkan harapan, pemberian informasi juga dapat mengurangi kecemasan, meningkatkan pengontrolan, dan membantu dalam pengambilan keputusan.

4) Kenyamanan

Keluarga membutuhkan pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) selama menemani pasien di rumah sakit, sehingga lingkungan ruang ICU yang nyaman dapat meningkatkan kualitas kebutuhan dasar manusia pada keluarga.

5) Adanya dukungan

Pemberian dukungan emosional oleh perawat bergantung pada kebutuhan keluarga, mengingat keadaan keluarga dalam merawat pasien dapat menimbulkan frustrasi, stress, depresi dan sebagainya.

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi

Faktor yang mempengaruhi kebutuhan keluarga dalam sebuah penelitian yang dilakukan Aditya Pradana pada tahun 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.

2.3 4 Instrumen Kebutuhan Keluarga di ICU

1) *Needs Met Inventory (NMI)*

Needs Met Inventory (NMI) merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengidentifikasi kebutuhan yang dirasakan sendiri anggota keluarga pasien. NMI telah digunakan untuk mengukur bagaimana keluarga merasa kebutuhan mereka terpenuhi dalam disertasi doktor Watson (1991). Kuesioner ini memiliki item kebutuhan dan subskala yang sama yang digunakan pada CCFNI dan anggota keluarga diminta untuk menilai seberapa baik kebutuhan yang dirasakan terpenuhi dari 1 = tidak pernah terpenuhi sampai 4 = selalu dipenuhi. *Cronbach alpha* dari NMI adalah 0,92; sedangkan, hasil reliabilitas konsistensi internal untuk subskala adalah 0,75 untuk dukungan, 0,68 untuk kenyamanan, 0,79 untuk informasi, 0,71 untuk kedekatan, dan 0,82 untuk jaminan (Omari, 2009).

2) *The Family Inventory of Needs (FIN)*

The Family Inventory of Needs (FIN) digunakan untuk menilai kebutuhan praktis dan informasi dari keluarga dan apakah kebutuhan mereka saat ini sedang terpenuhi atau tidak. Kuesioner terdiri dari 20 kebutuhan praktis dan informasi pada skala 11 poin mulai dari 0 (tidak penting sama sekali) hingga 10 (sangat penting) dan mengklasifikasikan setiap kebutuhan saat ini terpenuhi atau tidak terpenuhi (Ross dkk., 2010).

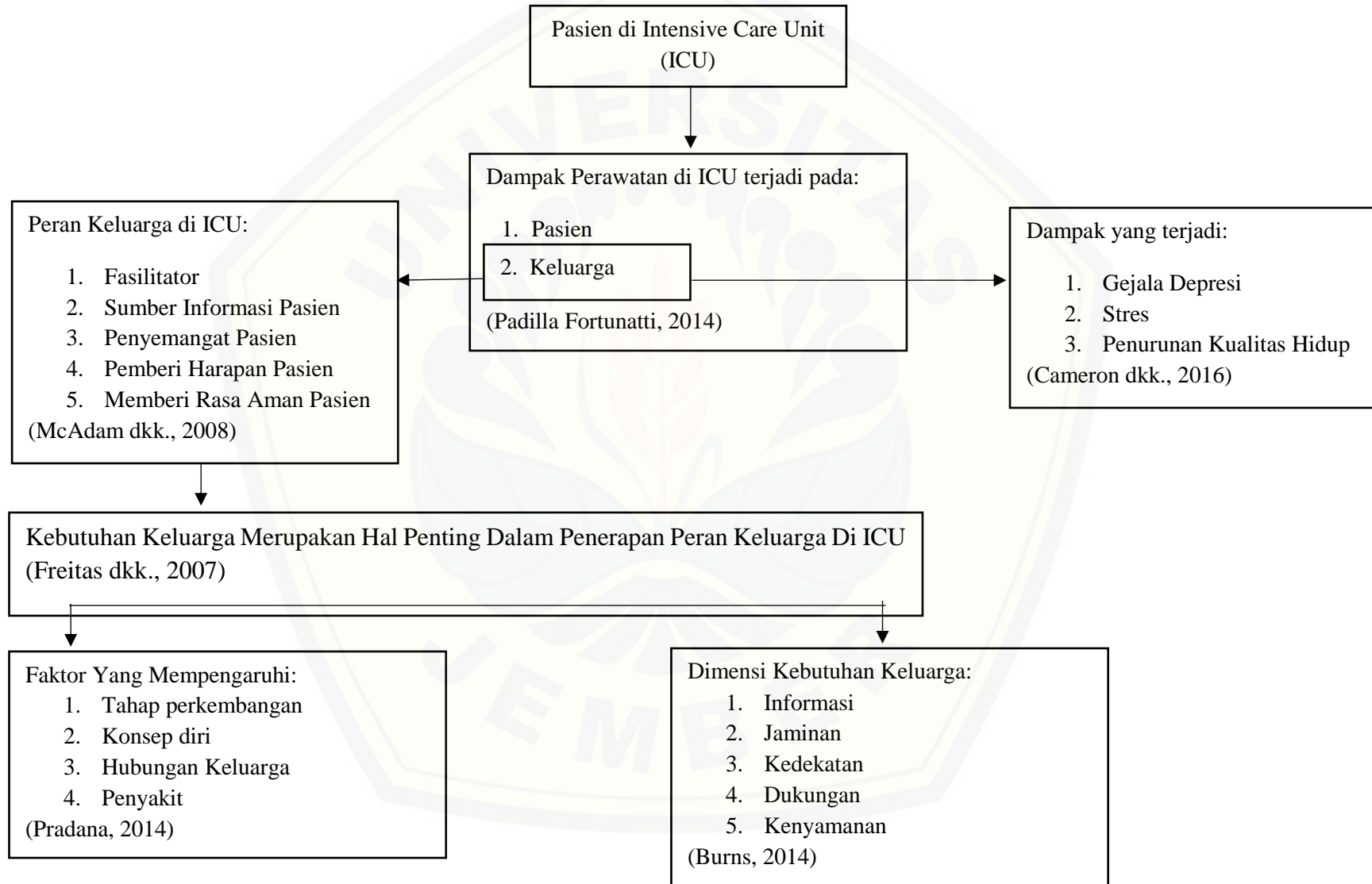
3) Kuesioner Kebutuhan Keluarga (KKK)

KKK berisi lima komponen pernyataan yaitu tentang kebutuhan informasi, dukungan mental, rasa nyaman, kedekatan dengan pasien, dan jaminan pelayanan. KKK merupakan kuesioner dalam bentuk pertanyaan tertutup meliputi, 10 pertanyaan Biologis, 5 pertanyaan psikologis, 10 pertanyaan sosial dan 5 pertanyaan spiritual yang terdiri dari tiga puluh pertanyaan dengan dua jawaban "Ya" dan "Tidak" (Pradana, 2014).

4) *Critical Care Family Inventory* (CCFNI)

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

2.4 Kerangka Berpikir



Gambar 2.1 Kerangka Berpikir

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Studi penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Metode penelitian kualitatif merupakan metode yang digunakan untuk meneliti suatu keadaan secara alamiah, kompleks, dinamis kemudian peneliti berperan sebagai instrumen kunci yang hasil penelitiannya lebih menitik beratkan pada makna daripada *generalisasi* (Sugiyono, 2015). Penelitian dengan pendekatan fenomenologis merupakan sebuah penelitian untuk memberikan deskripsi atau gambaran tentang suatu arti dari fenomena berdasarkan pengalaman-pengalaman nyata dalam kehidupan sehari-hari yang menjadi refleksi beberapa individu yang menjadi subjek penelitian mengenai suatu konsep tertentu (Raco, 2010).

Desain penelitian fenomenologi digunakan peneliti karena mampu membantu peneliti dalam mencapai tujuan penelitiannya yakni untuk mendapatkan gambaran kebutuhan keluarga secara mendalam melalui pengalaman hidup yang dirasakan secara nyata dan sadar oleh partisipan di ruang intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

3.2 Pemilihan Partisipan Penelitian

Partisipan dalam penelitian kualitatif berperan aktif karena informasi yang disampaikan sangat berharga dan mempengaruhi alur penelitian (Raco, 2010). Teknik sampling dalam pemilihan partisipan penelitian menggunakan *Purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan teknik pengambilan sampling sesuai dengan maksud dan tujuan penelitian (Raco, 2010). Dalam sampel kualitatif tidak menekankan pada jumlah partisipan atau keterwakilannya melainkan ditentukan oleh kualitas informasi yang diperoleh.

Jumlah partisipan dalam penelitian penelitian ini sejumlah sepuluh partisipan. Jumlah partisipan tersebut cukup dikarenakan telah memadai taraf

redundancy. *Redundancy* merupakan titik jenuh data, yang berarti bahwa bertambahnya partisipan tidak akan memberikan informasi baru yang bermakna (Sugiyono, 2015). Kriteria yang diterapkan dalam penelitian ini adalah keluarga dari pasien ruang intensif di RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso yang sedang menunggu pasien di ruang intensif RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dengan batas minimal telah merawat selama 18 jam di ruang intensif RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dan batas usia minimal 18 tahun karena pada usia tersebut di Indonesia, seseorang telah mencapai pada tahap dewasa dan dapat melakukan perbuatan yang berkaitan dengan hukum dalam rangka pelayanan pertanahan (Danan dan Dharma, 2015).

3.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang tunggu keluarga pada ruang perawatan intensif RSUD dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso, hal ini dilakukan untuk menjaga konsep naturalistik. Konsep naturalistik adalah penelitian dilakukan pada obyek yang alamiah tanpa memanipulasi terhadap kejadian yang ada, sehingga partisipan dapat beraktivitas seperti sehari-hari dan lebih menekankan pada dinamika, proses dan variasi pengalaman antar individu atau kelompok (Pitney dan Parker, 2009).

3.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Oktober – Desember 2018. Pengambilan data dilakukan pada 25 Oktober – 08 Desember 2018 dan analisis hasil penelitian dilakukan pada bulan Desember 2018.

3.5 Alat Pengumpulan Data

Dalam penelitian kualitatif peneliti berperan sebagai instrumen kunci. Instrumen kunci menurut Sugiyono (2015) yaitu peran peneliti adalah untuk menetapkan fokus penelitian yang akan dilakukan, memilih partisipan penelitian, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, menafsirkan dan membuat kesimpulan atas penelitian yang dilakukan. Dengan kata lain data yang diperoleh akan sangat bergantung pada validitas peneliti dalam melakukan penelitian.

Peran tersebut dapat dikatakan rumit karena pada penelitian kualitatif peneliti membutuhkan beberapa kualitas pribadi agar kualitas data yang didapatkan maksimal. Moleong (2012) menyatakan bahwa kualitas pribadi tersebut meliputi toleran, sabar, empati, pendengar yang baik, manusiawi, bersikap terbuka, jujur, objektif, menarik dan menyenangkan wawancara (Moleong, 2012).

Peneliti yang menjadi instrumen penelitian harus dilakukan uji validasi. Uji validasi peneliti sebagai instrumen kunci dilakukan dengan uji kemampuan wawancara yang dilakukan oleh dosen pembimbing utama dari peneliti. Sugiyono (2015) mengatakan uji validasi peneliti terhadap pemahaman peneliti terkait penelitian kualitatif, pemahaman wawancara serta ilmiah terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki objek penelitian baik secara akademik maupun logistiknya. Instrumen dalam penelitian ini ada tiga yaitu wawancara, alat perekam suara, dan catatan lapangan.

3.5.1 Wawancara

Wawancara merupakan suatu cara untuk menanyakan sebuah informasi kepada informan yang dapat dilakukan menggunakan pedoman maupun dengan tanya jawab secara langsung. Pedoman wawancara berisi daftar pertanyaan yang dapat memudahkan peneliti untuk mengingat aspek yang harus ditanyakan dan sebagai *check list* apakah aspek yang relevan tersebut sudah dibahas atau belum.

Wawancara yang dilakukan adalah wawancara semi terstruktur. Sugiyono (2015) menyatakan bahwa wawancara semi terstruktur merupakan wawancara untuk dapat menemukan permasalahan secara mendalam, dimana pedoman wawancara digunakan sebagai petunjuk garis besarnya saja. Partisipan

diminta untuk memberikan pendapat dan ide-idenya. Sehingga, peneliti perlu mendengarkan dengan teliti dan mencatat apa yang dikemukakan partisipan.

3.5.2 Alat Perekam Atau *Voice Recorder*

Alat perekam berfungsi sebagai bukti asli dari suara partisipan dan bukti otentik apabila terdapat salah penafsiran (Raco, 2010). Sehingga alat perekam berguna untuk membantu peneliti menulis hasil wawancara dengan cara data yang telah direkam ditulis kembali (*transcribing*). Alat perekam yang akan digunakan adalah *handphone* peneliti dengan merk “Xiaomi Note 4x”. Alat perekam suara harus diletakkan di tempat yang tidak mengganggu pewawancara dan partisipan, serta ruangan cukup jauh dari kebisingan atau gangguan lainnya (Afiyanti, Yati & Rachmawati, 2014). Dalam penelitian ini alat perekam suara yang digunakan terletak diantara partisipan dan peneliti dengan jarak ± 30 cm dari peneliti dan partisipan guna mendapatkan suara yang jelas.

3.5.3 Catatan Lapangan

Moleong (2012) catatan lapangan merupakan catatan tertulis tentang apa yang didengar, dilihat, diamati, dan dipikirkan oleh peneliti selama proses wawancara berlangsung.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti mendapatkan data dari sumber primer yaitu partisipan. Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan metode wawancara secara mendalam yang bertujuan untuk menggali informasi sebanyak-banyaknya dari partisipan. Sebelum wawancara dimulai peneliti meminta izin kepada partisipan untuk merekam suara selama wawancara berlangsung menggunakan *voice recorder*.

Terdapat tiga jenis metode wawancara diantaranya (Sugiyono, 2015):

- a. Wawancara terstruktur
- b. Wawancara semi terstruktur
- c. Wawancara tidak terstruktur

Peneliti menggunakan jenis wawancara semi terstruktur. Wawancara semi terstruktur yaitu wawancara yang lebih bebas dan lebih mendalam untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka (Sugiyono, 2015). Wawancara semi terstruktur digunakan peneliti karena untuk menemukan permasalahan yang lebih terbuka, maka partisipan bebas untuk berpendapat, menyampaikan ide-idenya, mengeksplorasi pengalamannya, serta peneliti perlu mendengarkan secara teliti dan berperan sebagai pendengar aktif.

3.6.1 Tahap Persiapan

Peneliti mengurus surat perijinan untuk melakukan penelitian ke ruang intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso dari Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Setelah itu peneliti membuat proposal penelitian yang akan dilakukan di ruang intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan yang akan dilakukan oleh peneliti dengan cara mengumpulkan data. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan metode wawancara. Peneliti melakukan wawancara dengan tiga tahap, meliputi:

1. Fase Orientasi

Peneliti melakukan persiapan, yaitu meliputi persiapan peneliti itu sendiri, persiapan alat dan persiapan partisipan. Persiapan peneliti yaitu peneliti akan mempersiapkan diri untuk memiliki kemampuan yang dibutuhkan agar proses wawancara yang dilakukan dapat berjalan dengan baik dan menghasilkan data yang valid. Persiapan alat ialah mempersiapkan alat dengan mengecek alat yang dibutuhkan oleh peneliti seperti *handphone* peneliti yang berfungsi untuk merekam suara dan juga catatan lapangan yang berfungsi untuk mencatat reaksi non verbal dari partisipan, sehingga dapat mempermudah peneliti melakukan dokumentasi hasil wawancara. Persiapan partisipan yaitu peneliti telah melakukan kontrak waktu dan tempat sebelumnya kepada partisipan sehingga menghindari ketidaksiapan

partisipan untuk diwawancarai agar data yang dihasilkan tidak menimbulkan bias;

2. Tahap Kerja

Peneliti bertemu dengan partisipan kemudian duduk berhadapan. Peneliti memberikan lembar *informed consent* dan apabila partisipan bersedia peneliti meminta ijin kepada partisipan untuk meletakkan *handphone* peneliti pada tempat yang tepat untuk merekam suara selama wawancara berlangsung. Peneliti menulis hal yang penting selama proses wawancara dilakukan, seperti mencatat respon non verbal, perilaku, suasana dan ekspresi wajah partisipan. Catatan yang dibawa peneliti ke lapangan disusun menjadi formulir panduan catatan lapangan yang ditulis ketika proses wawancara dan nantinya akan digabungkan dengan transkrip data yang ada. Menurut Raco (2010) wawancara dapat berlangsung dengan durasi waktu kurang dari 90 menit, namun apabila masih diperlukan dapat meminta waktu lain untuk wawancara selanjutnya (Raco, 2010). Proses wawancara dalam penelitian ini yaitu dalam rentang waktu 30 menit – 1 jam hingga data tersaturasi.

3. Tahap Terminasi

Peneliti menghentikan wawancara ketika semua pertanyaan peneliti yang telah ditanyakan oleh peneliti sudah terjawab dan memiliki makna. Peneliti mengucapkan terimakasih pada partisipan atas kerjasamanya dalam penelitian serta melakukan kontrak waktu kedepan untuk melakukan validasi hasil wawancara yang telah ditulis dalam bentuk transkrip.

3.6.3 Tahap Terminasi

Peneliti menyampaikan bahwa peneliti telah selesai melakukan wawancara yang ditandai dengan validasi dan saturasi data yang sudah ditemukan oleh peneliti. Ucapan terimakasih peneliti sampaikan pada partisipan atas kerjasamanya dalam penelitian yang telah dilakukan peneliti.

3.7 Pengolahan Data

Data yang terkumpul diolah oleh peneliti dengan cara mendokumentasikan hasil dari wawancara dan catatan lapangan yang didapat pada saat melakukan wawancara. Pendokumentasian tersebut dilakukan dengan cara memutar hasil wawancara dari *handphone* peneliti yang kemudian disalin dalam bentuk tulisan (*transcribing*). Kemudian hasil tulisan tersebut digabung dengan catatan lapangan kemudian di *print out* menjadi sebuah transkrip data. Setiap data yang sudah terkumpul dari masing-masing partisipan diberikan kode partisipan, misalkan kode partisipan pertama yaitu P1, partisipan ke dua yaitu P2 dan seterusnya. Peneliti menggunakan empat tahapan analisis data antara lain *bracketing*, *intuitting*, *analyzing*, *describing*.

3.7.1 Bracketing

Merupakan proses identifikasi dengan cara menyampaikan prasangka dari peneliti sebelumnya tentang fenomena yang akan diteliti, agar kemurnian data yang dihasilkan dalam penelitian dapat terjaga. Proses *bracketing* akan dilakukan peneliti dengan tidak menyanggah atau menyalakan pernyataan apapun dari partisipan.

3.7.2 Intuitting

Yaitu tahapan dimana peneliti menggunakan pikiran terbuka agar fokus terhadap pengalaman hidup partisipan sebagai individu yang telah mengalami fenomena yang diteliti. Dalam tahap ini peneliti akan menjadi pendengar aktif dan banyak mendengarkan partisipan saat menceritakan pengalamannya.

3.7.3 Analyzing

Yaitu proses analisis data, yakni peneliti menggali pertanyaan yang signifikan, menyusun kategori dan membuat arti penting dari fenomena yang diteliti. Dalam proses ini peneliti melakukan analisis hasil wawancara dengan mengelompokkan pernyataan yang bermakna dari partisipan.

3.7.4 *Describing*

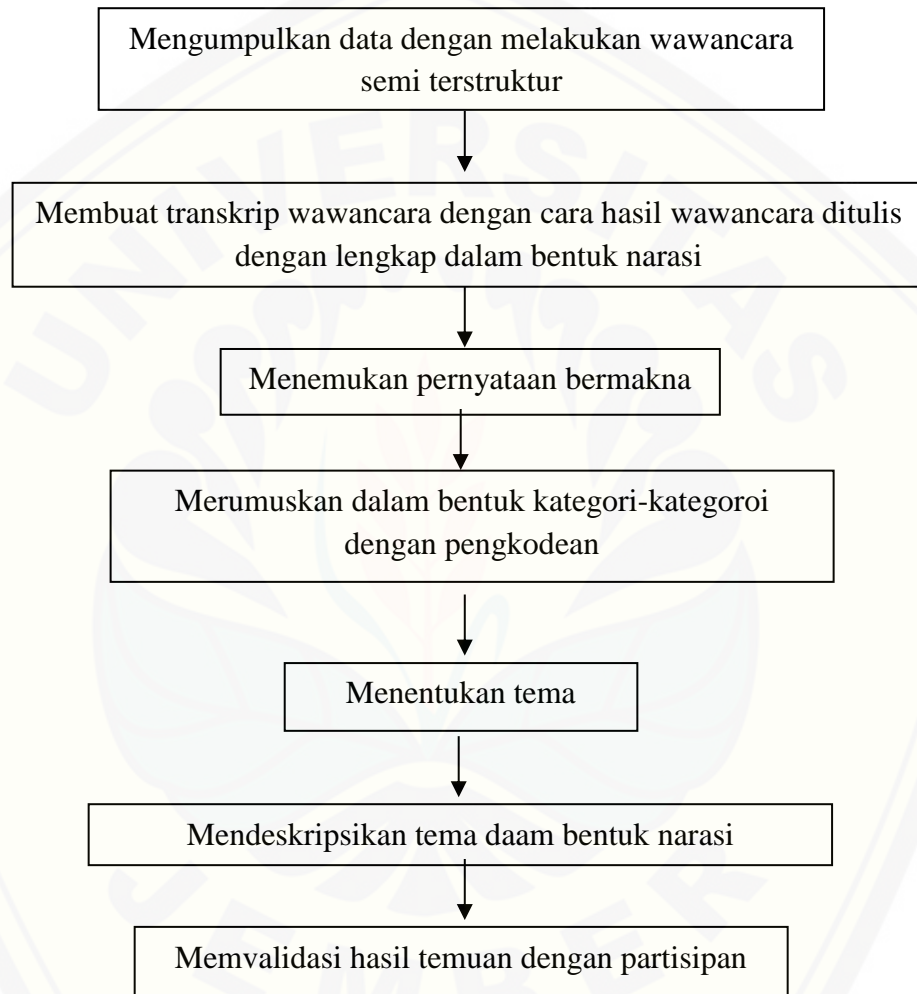
Terjadi ketika peneliti mulai memahami kejadian pada fenomena yang diteliti. Peneliti mendeskripsikan tema-tema yang telah ditemukan. *Describing* yaitu proses pendeskripsian hasil penelitian yang telah dilakukan (Polit dan Beck, 2003).

3.8 Analisis Data

Menurut Sugiyono (2012) analisis data kualitatif adalah proses mencari dan menyusun data secara sistematis dari data yang telah didapatkan melalui metode yang valid dengan cara mengorganisasikan data dalam kategori, menjabarkan kata kunci yang ditemukan, menyusun dalam pola, memilih mana yang penting untuk dipelajari dan membuat kesimpulan agar mudah dimengerti orang lain (Sugiyono, 2012). Analisis data yang akan digunakan peneliti merupakan analisis data Colaizzi berdasarkan tujuh tahap (Polit dan Beck, 2003) antara lain:

- 1) Membaca transkrip wawancara masing-masing partisipan berulang kali untuk memahami dan mendapatkan perasaan yang sama dengan partisipan ketika mengalami fenomena pengalamannya;
- 2) menemukan pernyataan bermakna, peneliti membuat koding dengan cara memberikan warna berbeda atau garis bawah pada pernyataan partisipan yang bermakna pada transkrip;
- 3) peneliti merumuskan pernyataan bermakna ke dalam kategori;
- 4) memformulasikan setiap pernyataan bermakna (kategori) dalam tema;
 - a) periksa kembali pernyataan asli pada transkrip untuk memvalidasi
 - b) berikan catatan berbeda pada kolom tema.
- 5) Mengintegrasikan hasil temuan menjadi narasi mengenai fenomena yang sedang diteliti;
- 6) mendeskripsikan hasil temuan kedalam narasi lengkap sesuai dengan fenomena partisipan yang diungkapkan dengan pernyataan yang tegas;

- 7) setelah mendeskripsikan hasil temuan dalam narasi lengkap peneliti melakukan validasi hasil penelitian dengan mengkonfirmasi kembali temuan kepada partisipan.



Gambar 3.1 Diagram Analisis Data

3.9 Keabsahan Data

Keabsahan data pada penelitian kualitatif dilihat meliputi uji *credibility*, *transferability*, *confirmability* dan *dependability* (Sugiyono, 2015).

3.9.1 *Credibility* (Derajat Kepercayaan)

Tingkat kepercayaan dalam penelitian kualitatif ditentukan oleh kredibilitasnya. Menurut Polit dan Beck (2003) *credibility* adalah metode penelitian yang menimbulkan kepercayaan dalam kebenaran data serta interpretasi peneliti dari data. Peneliti harus mampu meyakinkan pembaca bahwa fenomena yang dituliskan merupakan fakta yang ada, sehingga diperlukan bukti yang mendukung dan cukup detail untuk memenuhi standar kredibilitasnya (Pitney dan Parker, 2009).

3.9.2 *Transferability*

Transferability merupakan validitas eksternal dalam kuantitatif atau menunjukkan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diterapkan pada populasi dimana sampel diambil (Sugiyono, 2015). Apabila pembaca penelitian memperoleh gambaran dengan jelas, maka hasil penelitian sudah memenuhi standar transferabilitas (Sugiyono, 2015).

3.9.3 *Confirmability*

Confirmability merupakan uji obyektivitas dalam penelitian kuantitatif. Uji *confirmability* yaitu menguji hasil penelitian dan dikaitkan dengan proses yang dilakukan oleh peneliti. Bila hasil penelitian tersebut merupakan tujuan dan fungsi dari proses penelitian maka penelitian telah memenuhi standar konfirmabilitas (Sugiyono, 2015).

3.9.4 *Dependability* (Ketergantungan)

Dependability merupakan penilaian bukti penelitian konsisten dan stabil (Polit dan Beck, 2003). *Dependability* dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan proses audit. Proses audit dilakukan oleh eksternal *reviewer* yaitu oleh dosen pembimbing terkait analisis data. Menurut Sanapiah (1990) apabila peneliti tidak mempunyai dan tidak dapat menunjukkan “jejak aktivitas lapangannya”, maka dependabilitas penelitiannya patut diragukan (Sugiyono, 2015).

3.10 Etika Penelitian

The Belmont Report (Polit dan Beck, 2010) menyatakan bahwa terdapat tiga prinsip etika utama dalam standar perilaku etika dalam penelitian.

3.10.1 *Beneficence*

Merupakan salah satu prinsip etika paling mendasar dalam penelitian yang membebaskan tugas pada peneliti untuk meminimalkan bahaya dan memaksimalkan manfaat. Manfaat yang dimaksudkan ialah manfaat kepada partisipan dan masyarakat lain secara menyeluruh. Dalam hal ini partisipan memiliki dua hak yaitu hak kebebasan dari bahaya dan ketidaknyamanan serta hak perlindungan dari eksploitasi. Hak kebebasan dari bahaya dan ketidaknyamanan memiliki arti bahwa peneliti berkewajiban untuk menghindari, mencegah, atau meminimalkan bahaya atau kerugian yang mungkin dialami oleh partisipan dalam bentuk fisik, psikologis, sosial, dan finansial. Sedangkan, hak perlindungan dari eksploitasi merupakan cara peneliti meyakinkan pada partisipan bahwa partisipasi mereka dalam penelitian tidak akan digunakan sebagai ancaman dengan cara apa pun (Polit dan Beck, 2003).

Pada penelitian ini dipastikan tidak akan menimbulkan bahaya fisik dan finansial. Namun, terdapat kemungkinan resiko untuk bahaya psikologis dan sosial dikarenakan dalam studi kualitatif sering melibatkan eksplorasi mendalam ke area pribadi dan mungkin benar-benar mengekspos ketakutan dan kecemasan mendalam yang telah dialami partisipan sebelumnya, serta sering munculnya hubungan pseudotherapeutik, sehingga membebaskan tanggung jawab lebih pada peneliti dan risiko lebih bahwa eksploitasi dapat terjadi secara tidak sengaja. Sehingga, akan diimplementasikan dengan cara meminimalkan semua jenis bahaya, ketidaknyamanan, eksploitasi bahkan dengan sifat sementara yang tertulis dalam lembar persetujuan atau *informed consent*.

3.10.2 *Respect For Human Dignity*

Prinsip ini merupakan penghormatan atas martabat manusia sehingga peneliti memperlakukan partisipan secara otonom yang dapat mengendalikan

kegiatan secara mandiri dan kerahasiaan data partisipan. Dalam hal ini partisipan memiliki hak untuk menentukan nasib sendiri dan hak untuk pengungkapan tanpa paksaan dari pihak manapun. Hak penentuan nasib sendiri berarti bahwa partisipan berkuasa penuh dalam keikutsertaan penelitian yaitu memutuskan kesediaan secara sukarela dalam penelitian, mengajukan pertanyaan, menolak memberikan informasi, dan menarik diri dari penelitian tanpa adanya hukuman atau ancaman (Polit dan Beck, 2003). Kemudian yang dimaksud dengan hak pengungkapan penuh adalah bahwa peneliti telah sepenuhnya menggambarkan sifat penelitian, partisipan tersebut memiliki hak untuk menolak partisipasi, tanggung jawab peneliti, dan kemungkinan risiko dan manfaat. Dalam penelitian ini hak-hak partisipan tersebut akan di implementasikan dalam bentuk lembar persetujuan untuk menjadi partisipan atau *informed consent*, agar partisipan sendiri merasa yakin bahwa keputusan partisipan memiliki kuasa penuh dalam penelitian.

3.10.3 *Justice*

Prinsip ketiga ini menerangkan mengenai keadilan, yang termasuk didalamnya yaitu hak partisipan atas perlakuan adil dan hak privasi partisipan. Hak atas perlakuan adil dalam hal ini peneliti dalam memilih partisipan berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan bukan pada kerentanan atau posisi yang dikompromikan. Dari partisipan yang telah ikut serta peneliti tidak boleh membeda-bedakan sikap antara partisipan satu dengan yang lain dengan alasan pribadi yang diluar dari penelitian. Sehingga peneliti wajib menghormati semua perjanjian yang dibuat dengan partisipan, termasuk pembayaran dari setiap tunjangan yang dijanjikan; mendemonstrasikan kepekaan terhadap keyakinan, kebiasaan, dan gaya hidup orang-orang dari latar belakang atau budaya yang berbeda; serta memberikan peserta perawatan yang sopan dan bijaksana setiap saat (Polit dan Beck, 2003).

Yang kedua yaitu hak privasi yang berarti peneliti harus memastikan bahwa informasi dari partisipan tetap bersifat rahasia sesuai dengan perjanjian yang dibuat oleh peneliti dan partisipan. Implementasi yang akan diterapkan

peneliti adalah data harus bersifat anonim termasuk identifikasi informasi penting, informasi partisipan disimpan dalam file terkunci, batasi akses pengguna, menghapus data secepat mungkin apabila penelitian telah diselesaikan.



BAB 4. HASIL PENELITIAN

Pada bab ini memaparkan tentang tujuan penelitian yaitu mengenai gambaran hasil penelitian fenomenologi tentang kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso yang dilakukan oleh peneliti dengan cara wawancara semi terstruktur, yang berisi tentang karakteristik partisipan dan tema hasil penelitian.

4.1 Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan merupakan ciri-ciri yang melekat pada diri seseorang yang memberikan informasi dalam penelitian ini. Dalam penelitian ini peneliti mencoba untuk mengetahui gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Fokus penelitian disini adalah mengenai pengalaman keluarga yang sedang menunggu anggota keluarganya yang sakit dan sedang dalam perawatan di ruang intensif. Untuk memberikan suatu fakta tentang fenomena tersebut, dibutuhkan sumber informasi yang dapat dipercaya berdasarkan pengalaman yang ada.

Dalam penelitian ini, peneliti memilih sepuluh orang partisipan yang akan dijadikan sebagai sumber informasi. Sepuluh orang tersebut merupakan keluarga yang sedang menunggu anggota keluarganya yang sakit dan sedang dalam perawatan di ruang intensif. Data karakteristik didapatkan dengan menanyakan secara langsung kepada partisipan serta pemilihan sepuluh orang tersebut dilatarbelakangi karena sesuai dengan kriteria inklusi partisipan yang telah dijelaskan pada Bab 3 (metode penelitian).

Tabel. 4.1 Karakteristik Partisipan

No. Partisipan	Jenis Kelamin Partisipan	Usia Partisipan (Tahun)	Tingkat Pendidikan Partisipan	Agama	Pekerjaan	Hubungan Dengan Pasien	Lama Merawat Pasien (Hari)
P1	Perempuan	27	SMA	Islam	Ibu Rumah Tangga	Menantu	2
P2	Perempuan	36	SD	Islam	Ibu Rumah Tangga	Anak	2
P3	Perempuan	25	SD	Islam	Petani	Istri	2
P4	Perempuan	45	SMA	Islam	Ibu Rumah Tangga	Menantu	3
P5	Perempuan	28	SMA	Islam	Ibu Rumah Tangga	Anak	1
P6	Laki-laki	44	Perguruan Tinggi	Islam	Reporter	Anak	3
P7	Laki-laki	53	Tidak Sekolah	Islam	Wiraswasta	Adik	2
P8	Perempuan	43	SMA	Kristen	Driver Gojek	Anak	3
P9	Perempuan	59	SD	Islam	Ibu Rumah Tangga	Menantu	10
P10	Perempuan	36	SD	Islam	Ibu Rumah Tangga	Anak	4

Sumber: Data Primer Peneliti

4.2 Tema Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan mulai tanggal 25 Oktober 2018 hingga 08 Desember 2018. Selanjutnya data dianalisis dan dikembalikan lagi kepada partisipan untuk validasi yaitu pada tanggal 20 Desember sampai dengan tanggal 26 Desember 2018 melalui telepon. Pengambilan data menggunakan teknik wawancara mendalam mengacu pada pedoman wawancara yang telah dibuat sebelumnya berdasarkan tujuan penelitian yang ditetapkan oleh peneliti, adapun tujuan yang ditetapkan pasien perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso. Dalam menggali informasi peneliti mendapatkan tujuh buah tema yang teridentifikasi dengan penjabaran sebagai berikut:

Tabel 4.2 Tema Hasil Penelitian

Tema	Subtema	Kategori
Informasi	Harapan Keluarga	Pentingnya Informasi Jaminan Kesehatan Dari Petugas Kesehatan
		Perlunya Waktu Untuk Berdiskusi Dengan Perawat
	Cara Penyampaian Informasi	Informasi Efektif Dari Petugas Kesehatan
		Ketidakefektifan Informasi Dari Perawat
Cara Mendapatkan Informasi	Menanyakan Kondisi Kesehatan Pasien Kepada Petugas Kesehatan	
	Petugas Kesehatan Memberi Informasi Mengenai Kondisi Pasien	
Sumber Informasi		Dokter
		Perawat
Waktu Untuk Mendapatkan Informasi		Mendapatkan Informasi Minimal Satu Kali Sehari
		Keluarga Mendapatkan Informasi Ketika Memasuki Ruang Intensif

	Pentingnya Informasi	Perlunya Mengetahui Kondisi Pasien Secara Detail
		Perlunya Mengetahui Rencana Perawatan Pasien
	Persepsi Keluarga	Persepsi Positif Terhadap Penyampaian Informasi
		Kurangnya Waktu Berdiskusi Dengan Petugas
Dukungan	Dukungan Keluarga	Dukungan Positif Dari Keluarga
		Dukungan Negatif Dari Keluarga
	Sumber Dukungan	Keluarga
		Perawat ICU
		Kerabat Dekat
	Bentuk Dukungan Yang Diperoleh	Saling Berbagi Informasi
		Merasakan Mendapatkan Perhatian Dari Keluarga Dan Petugas Kesehatan
		Memperoleh Do'a Untuk Kesembuhan Pasien
		Dukungan Dalam Segi Materi
	Arti Dukungan Bagi Keluarga	Pentingnya Dukungan Dari Petugas Kesehatan
		Dukungan Sebagai Bentuk Kesembuhan Pasien
Rasa Nyaman	Interaksi Dengan Petugas ICU	Ketidaknyamanan Berkomunikasi Dengan Petugas ICU
		Keramahan Petugas ICU Dalam Berkomunikasi
		Terbatasnya Waktu Memasuki Ruang Intensif
	Fasilitas Toilet	Tidak Tersedianya Toilet Di Ruang Tunggu
		Kenyamanan Ketika Mengakses Toilet
	Kurangnya Fasilitas Untuk Kebutuhan Keluarga	Ruang Tunggu Keluarga Kurang Luas

		Perlunya Ruang Ibadah Di Ruang Tunggu Keluarga
		Kantin Rumah Sakit Kurang Lengkap
		Terdapat Hewan Pengganggu Di Ruang Tunggu Keluarga
	Hal Yang Dirasakan Keluarga Ketika Menunggu	Keluarga Merasa Jenuh Ketika Berada Di Ruang Tunggu
		Perlunya Ditemani Seseorang Selama Menunggu
		Memiliki Waktu Istirahat Yang Cukup Bagi Keluarga
		Ketidaknyamanan Suasana Di Ruang Tunggu
	Harapan Keluarga	Perlu Tersedianya Toilet Di Ruang Tunggu
		Perlunya Udara Segar Di Ruang Tunggu
		Pentingnya Ruangan Tunggu Tambahan
		Pentingnya Perhatian Dari Perawat Dalam Merespon Keluarga
Kedekatan	Harapan Keluarga	Mendapatkan Waktu Kunjungan Yang Fleksibel
		Diperbolehkan Untuk Mendampingi Pasien Di Dalam Ruang Intensif
		Pentingnya Pengawasan Langsung Terhadap Keluarga Yang Sakit
	Persepsi Keluarga	ICU Sebagai Tempat Menyeramkan Bagi Keluarga
		Kurangnya Kedekatan Petugas dan Keluarga
		Pentingnya Kedekatan Keluarga Dengan Pasien
	Respon Keluarga Dengan Peraturan ICU	Keluarga Pasrah Dengan Peraturan Tidak Diperbolehkan Memasuki ICU
		Keluarga Memaklumi Dengan Adanya Peraturan Tidak Diperbolehkan Memasuki ICU

		Keluarga Merasa Lebih Baik Oleh Adanya Peraturan Tidak Diperbolehkan Memasuki ICU
		Keluarga Merasa Sedih Tidak Dapat Berada Disisi Pasien
		Keluarga Merasa Kasihan Dengan Pasien Yang Sendiri Di Dalam ICU
		Keluarga Kesal Dengan Ketatnya Peraturan Tidak Diperbolehkan Memasuki ICU
	Hambatan Keluarga Untuk Dekat Dengan Pasien	Terbatasnya Waktu Keluarga Memasuki ICU
		Peraturan Bahwa Keluarga Tidak Diperbolehkan Memasuki ICU
		Ruangan ICU Terlalu Tertutup Bagi Keluarga
	Cara Untuk Berdekatan Dengan Pasien	Keluarga Mendapatkan Panggilan Untuk Memasuki ICU Oleh Petugas
		Keluarga Diperbolehkan Untuk Memasuki ICU Oleh Petugas Kesehatan
		Keluarga Berada Tidak Jauh Dari ICU
		Keluarga Mengawasi Pasien Dari Luar Kaca ICU
Jaminan Pelayanan	Perlakuan Petugas ICU Kepada Pasien Dan Keluarga	Petugas ICU Perhatian Dengan Kebutuhan Pasien
		Petugas ICU Tanggap Dalam Merespon Kondisi Pasien
		Keluarga Merasa Yakin Dengan Tindakan Yang Dilakukan Petugas Kesehatan Kepada Pasien
		Pentingnya Pelayanan Ramah Dari Petugas ICU
	Keluarga Merasa Tidak Aman	Keluarga Merasa Khawatir Dengan Pasien
		Keluarga Merasa Waspada Terhadap Kondisi Pasien

Pembayaran Yang Dilakukan Oleh Keluarga	Keluarga Menggunakan BPJS
	Keluarga Menggunakan KIS
	Pelayanan Yang Diberikan Tidak Berdasarkan Metode Pembayaran
Kebutuhan Spiritual	Penyakit Adalah Ujian Dari Tuhan
	Ketenangan Hati Berasal Dari Keyakinan Yang Dimiliki
	Kesembuhan Merupakan Kehendak Tuhan
Keterlibatan Dalam Perawatan	Dihargai Secara Budaya
	Keinginan Untuk Terlibat Dalam Perawatan Pasien

Sumber: Data Primer Peneliti

Gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso berdasarkan pada tabel 4.2 antara lain yaitu:

1. Tema 1: Informasi

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi kebutuhan informasi terjawab dalam satu buah tema yaitu informasi yang terdiri dari tujuh buah sub tema antara lain:

a. Cara mendapatkan informasi

Sub tema cara penyampaian informasi terdiri dari dua kategori yaitu **menanyakan kondisi kesehatan pasien kepada petugas kesehatan** dan **petugas kesehatan memberi informasi mengenai kondisi pasien**. Kategori tersebut terdiri dari beberapa pernyataan bermakna.

1) Kategori **menanyakan kondisi kesehatan pasien kepada petugas kesehatan** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"Pas waktu makan siang gitu apa pas waktu makan itu mesti tanya ke perawatnya itu kan kalau dokternya kan jarang ada mbak gak nentu " (P.01, P.05, P.06, P.08)

"..setiap kali disuruh masuk pasti saya lihat itu (komputer) tanya.." (P.06)

"harus bertanya sih buat tahu informasinya" (P.05)

- 2) Kategori **petugas kesehatan memberi informasi mengenai kondisi pasien** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"kita masuk itu sudah diberi tahu rata-rata perawatnya langsung ngasih tahu apapun tentang pasien " (P.07, P.09)

"Iya dikasih tahu kondisinya mbak sama petugas" (P.07)

"untuk tindakan yang memerlukan bantuan diluar ruang ICU seperti di ruang operasi kemarin ya kita pihak keluarga dikasih tahu buat gimana-gimana nya gitu" (P.07)

b. Cara penyampaian informasi

Sub tema cara penyampaian informasi terdiri atas dua kategori yaitu **informasi efektif dari petugas kesehatan** dan **ketidakefektifan informasi dari perawat**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **informasi efektif dari petugas kesehatan** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"Ya informasinya sudah sampai dokter menjelaskan itu juga enak perawatnya menjelaskan juga enak gitu" (P.06, P.07)

"Mereka ramah mereka melayani dengan sabar mereka kasih penjelasan dengan baik sesuai dengan prosedur " (P.08)

"Ya pas itu baiknya perawatnya saya tanya ya langsung jawab gitu" (P.05)

- 2) Kategori **ketidakefektifan informasi dari perawat** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..kemarin itu simpangsiur yang masalah mau pindah kebawah itu lo katanya besok ternyata gak jadi besok tapi besok lagi jadi kemarin itu sempat bingung..." (P.06)

"Ndak ada penyampaian atau apa cuman dia manggil aja tu perawat tu manggil aja gitu lo.." (P.06)

"..sedangkan kita tidak ada semacam penjelasan dari pihak perawat atau dokter gitu mau bilang apa gitu lo masalahnya.." (P.06)

c. Sumber informasi

Sub tema sumber informasi terdiri dari dua kategori yaitu **dokter** dan **perawat**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna antara lain:

- 1) Kategori **dokter** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"Ya tanya saya ke Dokternya itu.." (P.03)

"Ya kalau waktu pas dokter visite itu ya dokternya langsung" (P.07, P.09)

- 2) Kategori **perawat** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"Ya kalau ada perubahan kondisi itu ya dikasih tahu kita mbak sama perawatnya" (P.07, P.09)

"Pas waktu makan siang gitu apa pas waktu makan itu mesti tanya ke perawatnya itu kan kalau dokternya kan jarang ada mbak gak nentu " (P.01, P.02, P.05, P.06, P.08, P.10)

d. Waktu untuk mendapatkan informasi

Sub tema waktu untuk mendapatkan informasi terdiri dari dua kategori yaitu **mendapatkan informasi minimal satu kali sehari** dan **keluarga mendapatkan informasi ketika memasuki ruang intensif**. Kategori tersebut terdiri atas pernyataan bermakna, antara lain:

- 1) Kategori **mendapatkan informasi minimal satu kali sehari** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..satu hari satu kali itu pasti tahu pokoknya.." (P.06)

"..1 hari sekali itu saya baru tahu.." (P.06)

- 2) Kategori **keluarga mendapatkan informasi ketika memasuki ruang intensif** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..ya waktu makan itu, seka itu dipanggil.." (P.02, P.05 P.08)

"..dikasih tahu sama petugasnya waktu saya dipanggil buat masuk " (P.07)

"..waktu papi saya kesakitan jadi saya dipanggil masuk" (P.08)

e. Pentingnya informasi bagi keluarga

Sub tema pentingnya informasi bagi keluarga terdiri dari dua kategori yaitu **perlunya mengetahui kondisi pasien secara detail** dan **perlunya mengetahui rencana perawatan pasien**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **perlunya mengetahui kondisi pasien secara detail** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..penting itu kan kaya harus tau detail keluarga itu kesehatan pasien itu harus tau detail itu.." (P.06)

"..karena pingin tahu keadaaan pasien yang sebenarnya .." (P.05)

"mau itu hak keluarga pasien ya untuk tahu kondisi pasiennya kaya gimana" (P.08)

- 2) Kategori **perlunya mengetahui rencana perawatan pasien** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..penting hal seperti itu biar keluarga tahu mau diapakan gitu keluarga kita" (P.07)

"Penting biar tahu, kalau nggak dikasih tahu kan nggak tahu, nungguin pasien kalau kita nggak tahu kan ya gimana dek, disamping itu kan kita biar tahu ini yang boleh ini yang nggak boleh .." (P.04)

"..kondisinya bagaimana, kenapa dipasang ini kalau ndak diskusi sama keluarganya kan kaget nanti keluarganya .." (P.01)

f. Persepsi Keluarga

Sub tema persepsi keluarga terdiri dari kategori **persepsi positif terhadap penyampaian informasi** dan **kurangnya waktu berdiskusi dengan petugas**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **persepsi positif terhadap penyampaian informasi** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"Kalau dikit-dikit ngomong ke kita kan ya kasihan mereka capek keluar masuk" (P.08)

"Kalau seandainya perawatannya ringan ya nggak apa-apa nggak dikasih tahu, tapi kalau sudah menyangkut nyawa ya harus dikasih tahu lah " (P.05)

"..jadi pihak keluarga itu kan tenang walaupun dia ndak boleh masuk tapi minimal harus memberikan informasi dari perawat ke keluarga pasien.." (P.06)

- 2) Kategori **kurangnya waktu berdiskusi dengan petugas** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..untuk menyampaikan kepada pihak keluarga dari perawat maupun dokter itu kayanya memang gak ada waktu gimana ya .." (P.06)

"..kadang-kadang kalau pihak keluarga itu terlalu banyak bertanya kepada dokter atau perawat kaya ada semacam marah itu lo.." (P.06)

g. Harapan keluarga

Sub tema harapan keluarga terdiri dari dua kategori yaitu **pentingnya informasi jaminan kesehatan dari petugas kesehatan** dan **perlunya waktu berdiskusi dengan perawat**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **pentingnya informasi jaminan kesehatan dari petugas kesehatan** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..ya harus dari perawat atau dokter dulu yang menyampaikan masa dari saya yang mau tanya kan kebalik.." (P.06)

"..mungkin dipanggil ibunya mungkin bagaimana dia menjelaskan gitu kan enak gitu dan kita mendapatkan informasi .." (P.06)

"..seharusnya kan dari pihak dokter atau perawat kan itu mungkin menjelaskan kepada keluarganya anu pak kondisi ibu sampean bagus tensi darahnya sekian.." (P.06)

- 2) Kategori **perlunya waktu berdiskusi dengan perawat** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..setelah pasien ditangani baru dokter keluar dan tanya mana keluarganya ya sudah melewati masa kritis kan itu dijelaskan kan itu bagus.." (P.06)

"..jadi keadaannya pasien gimana masuk minimal 1 jam dari masa kritis dia harus menjelaskan gitu itu paling penting gitu" (P.06)

2. Tema 2: Dukungan

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi kebutuhan dukungan terjawab dalam satu buah tema yaitu dukungan yang terdiri dari empat buah sub tema antara lain:

a. Dukungan keluarga

Sub tema dukungan keluarga terdiri dari dua kategori yaitu **dukungan positif dari keluarga** dan **dukungan negatif dari keluarga**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna, antara lain:

- 1) Kategori **dukungan positif dari keluarga** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"tadi malam itu keponakannya ibu datang bilang ke saya kalau perlu apa-apa jangan sungkan ya mbak nanti saya bantu dari keluarga besar" (P.09)

"dukungan terbesar dari keluarga itu paling ya nanya papi gimana support lewat do'a mereka berdo'a untuk papi" (P.08)

"..ya tenang dah mbak pasti anu sembuh, kalo mbak ya sholat gitu dah baru tenang.." (p.01 p.06)

- 2) Kategori **dukungan negatif dari keluarga** dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

"..ada yang menjatuhkan bilang bawa pulang aja di ngajikan dirumah.." (P.06)

"..yang memberatkan sudah dibawa pulang saja gitu dari keluarga.." (P.06 P.10)

b. Sumber dukungan

Sub tema dari pemberi dukungan terdiri dari tiga kategori yaitu **keluarga**, **perawat ICU**, dan **kerabat dekat**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

1) Kategori **keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Dukungan ya dari kakak-kakak saya dari anak-anak saya dari keluarga sih yang pasti " (P.05 P.06, P.08)

"adalah support ke saya ya terutama dari keluarga dari istri saya" (P.07)

"ya adik mbak itu dah yang menguatkan saya" (P.01)

2) Kategori **perawat ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..iya, perawatnya bilang waktu yang ndak sadar itu kan ada yang kritis.." (P.02)

"Iya pernah, tadi perawat yang laki yang muda bilang belum waktunya sadar bu sabar gitu.." (P.10)

"dari petugas yang didalam ya pernah kok ada semacam dukungan itu bilang ke keluarga do'anya jangan putus kita sama-sama berusaha bilang gitu" (P.07)

3) Kategori **kerabat dekat** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Karena dukungan paling penting orang yang terdekat" (P.05)

"anggaplah kita yang disini seperjuangan rasanya kaya sudah kenal akrab gitu lo senasib kan jadi saling berbagi informasi " (P.09)

c. Bentuk dukungan yang didapatkan

Sub tema bentuk dukungan yang didapatkan terdiri dari empat kategori yaitu **saling berbagi informasi**, **mendapatkan perhatian dari keluarga dan petugas kesehatan**, **memperoleh do'a untuk kesembuhan pasien**, dan **dukungan dalam segi materi**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

1) Kategori **saling berbagi informasi** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..semacam ngobrol itu juga, lewat dari segi materi dukungan juga masuk dukungan.." (P.06)

"..mereka ngasih penjelasan ke saya yang bikin saya merasa papi jadi lebih baik itu sih udah sama kaya support nya mereka menurut saya" (P.08)

"anggaplah kita yang disini seperjuangan rasanya kaya sudah kenal akrab gitu lo senasib kan jadi saling berbagi informasi " (P.09)

- 2) Kategori **mendapatkan perhatian dari keluarga dan petugas kesehatan** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Selalu, suami pulang ngantor kan kesini pagi sebelum ngantor kan bareng sama saya kesini dulu .." (P.04)

"..saya masuk sama perawatnya itu ditemenin sama perawatnya itu.." (P.03)

"..iya juga sama nyenengin, telepon tiap hari nanya kondisinya gimana.." (P.01)

- 3) Kategori **memperoleh do'a untuk kesembuhan pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"dukungan terbesar dari keluarga itu paling ya nanya papi gimana support lewat do'a mereka berdo'a untuk papi" (P.08)

"..menurut saya itu ya dukungan dari bantu do'a itu penting bagi saya.." (P.06)

- 4) Kategori **dukungan dalam segi materi** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"tadi malam itu keponakannya ibu datang bilang ke saya kalau perlu apa-apa jangan sungkan ya mbak nanti saya bantu dari keluarga besar" (P.09)

"..semacam ngobrol itu juga, lewat dari segi materi dukungan juga masuk dukungan.." (P.06)

d. Arti Dukungan Bagi Keluarga

Subtema tersebut terdiri dari dua kategori yaitu **pentingnya dukungan dari petugas kesehatan** dan **dukungan sebagai bentuk kesembuhan pasien**.

Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermkna sebagai berikut:

- 1) Kategori **pentingnya dukungan dari petugas kesehatan** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..dukungan itu lebih penting bagi saya itu dari dokter atau perawat karena dia lebih tau kondisi pasien bukan keluarga.." (P.06)

"..apalagi kalau mengalami masa kritis itu memang seharusnya itu ada semacam support dari pihak perawat atau dokter .." (P.06)

- 2) Kategori **dukungan sebagai bentuk kesembuhan pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..dukungan juga sama keluarganya buat kesembuhan bapak.." (P.02)

"Support ini kan sama kaya orang yang mendoakan kan gitu intinya.." (P.06)

3. Tema 3: Rasa Nyaman

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi kebutuhan rasa nyaman terjawab dalam satu buah tema yaitu rasa nyaman yang terdiri dari lima buah sub tema antara lain:

a. Interaksi dengan petugas ICU

Sub tema komunikasi dengan petugas ICU terdiri dari tiga kategori yaitu **ketidaknyamanan berkomunikasi dengan petugas ICU, keramahan petugas ICU dalam berkomunikasi, dan terbatasnya waktu memasuki ruangan intensif**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **ketidaknyamanan berkomunikasi dengan petugas ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..kalau sudah dipanggil keluarga masuk petugasnya itu sudah jauh itu gak menghiraukan saya .." (P.06)

"ada sih beberapa petugas yang agak kasar perlakuannya kalau menurut saya " (P.07)

"tapi ada sih satu staf yang nggak saya suka malah tadi nganu saya tu ngomel-ngomel, soalnya tu kaya yang ketus gitu ngomongnya " (P.05)

"..pokoknya selama 3 hari itu tidak ada semacam percakapan yang enak sama perawatnya, ndak ada komunikasi .." (P.06)

- 2) Kategori **keramahan petugas ICU dalam berkomunikasi** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"untuk yang tukang bersih-bersih kalau mau membersihkan itu ya izin dulu sopan gitu " (P.09)

"..ya nyaman, perawatnya ya ndak bentak-bentak itu.." (P.01)

"Nyaman karena mereka berusaha untuk kasih yang terbaik saya tahu itu dari cara mereka jawab dari cara mereka cepat tanggap " (P.08)

"Ya ada yang telaten itu perawatnya dan penyampaiannya ke keluarga itu baik tidak sembarangan gitu " (P.07)

"kakak saya itu jaga tapi dia kasih nomor handphone ke petugas jadi sewaktu-waktu mereka butuh kakak saya langsung datang" (P.08)

- 3) Kategori **terbatasnya waktu memasuki ruangan intensif** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..kita itu merasa tertekan masuk kedalam tergantung dengan waktu .." (P.06)

"..ndak enaknya kita terbatas waktu gitu dan tidak boleh terlalu lama.." (P.06)

b. Fasilitas Toilet

Sub tema fasilitas toilet terdiri dari dua kategori yaitu **tidak tersedianya toilet di ruang tunggu** dan **kenyamanan ketika mengakses toilet**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **tidak tersedianya toilet di ruang tunggu** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"saya kira ya kurang memadai tempatnya untuk disini sendiri tidak ada toilet saya pergi ke ruangan yang lain yang kosong kalau mau ke toilet terus kalau mandi ya ke mushola" (P.07 P.09)

"kita posisi diatas dan itu toilet ada di bawah bayangin kalau kita kebetul banget tu gimana" (P.01 P.08)

- 2) Kategori **kenyamanan ketika mengakses toilet** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..lumayan bersih kok toiletnya" (P.09)

"..deket kamar mandinya kalau enakya karena apa kalau sendiri kan cepet-cepet dek bisa cepet-cepet gitu mau kembali .." (P.04)

c. Kurangnya fasilitas untuk kebutuhan keluarga

Sub tema kurangnya fasilitas untuk kebutuhan keluarga terdiri dari empat kategori yaitu **ruang tunggu keluarga kurang luas**, **perlunya ruang ibadah di ruang tunggu keluarga**, **kantin rumah sakit kurang lengkap**, dan **terdapat hewan pengganggu di ruang tunggu keluarga**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **ruang tunggu keluarga kurang luas** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Tempat tunggu ruangnya kurang luas sumpek disitu dan kalau penuh ruangnya kita disini, toilet yang jelas jauh ya, terus kalau hujan wah parah ya kita mau lari kemana didalam sudah penuh "
(P.08)

"ruang tunggu ini pengap, nggak ada AC, sempit, banyak nyamuk lalat"
(P.07)

"pengap sama sumpek gitu panas" (P.09)

- 2) Kategori **perlunya ruang ibadah di ruang tunggu keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Diruangan tunggu itu yang untuk ibadah untuk sholat itu ndak ada.."
(P.06)

"Adanya Cuma arah kiblat, masa kalau orang udah numpuk didalam itu masa mau sholat disana.." (P.06)

- 3) Kategori **kantin rumah sakit kurang lengkap** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"nyari kopi sachet gak ada, terpaksa saya harus nyari diluar " (P.08)

"Dua minggu papi saya di rumah sakit ini cuman ada bakso, pecel, soto itu doang. Itu kalau senin sampai jumat ada nasi bungkus gitu, waktu sabtunya gak ada, bakso doang. Kan bete gitu" (P.08)

- 4) Kategori **terdapat hewan pengganggu di ruang tunggu keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"ruang tunggu ini pengap, nggak ada AC, sempit, banyak nyamuk lalat" (P.07)

"Iya nyamuk bikin gak nyaman mungkin karena pohon ini dek .." (P.04)

d. Hal yang dirasakan keluarga ketika menunggu

Sub tema dari hal yang dirasakan keluarga ketika menunggu terdiri dari empat kategori yaitu **keluarga merasa jenuh ketika berada di ruang tunggu, perlunya ditemani seseorang selama menunggu, memiliki waktu istirahat yang cukup bagi keluarga, dan ketidaknyamanan suasana di ruang tunggu**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **keluarga merasa jenuh ketika berada di ruang tunggu** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..ya bosan cuma duduk tidur duduk tidur cuman gitu.." (P.01)

"bayangin aja dari pagi sampai sore sampai ganti kakak saya duduk begini ini disini" (P.08)

"disini saya ya cuman nunggu siapa tahu kalau disuruh ambil obat kalau bapak melek gitu aja disini penunggu di ICU ini," (P.04)

"ngerasa lama aja gitu yang mau nyampe 1 hari itu kok cek lamanya gitu " (P.05)

- 2) Kategori **perlunya ditemani seseorang selama menunggu** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Yang bikin ndak nyaman sekarang ya karena sendiri ini .." P4

"..Harus ada temennya itu, satu-satunya harus ada temennya kan takut kalau Cuma sendiri.." (P.03)

"..harus ada temen ngobrol. Kan kalau ndak ada temennya itu ndak ngobrol-ngobrol gitu anu jenuh itu pas saya.." (P.03)

- 3) Kategori **memiliki waktu istirahat yang cukup bagi keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..iya enak disini kan pisah sama pasien, kalo dibawah kan nyampur kan kurang nyaman kalo nyampur gitu.." (P.05)

"Nyamannya waktu nunggu aja itu dek, tidur itu .." (P.06)

- 4) Kategori **ketidaknyamanan suasana di ruang tunggu** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Mau tidur anu apa dah enak-enak mau apa ya mau tidur rame lagi gitu, sudah ada pasien masuk gitu" (P.05)

"hujan deres angin saya duduk ditangga didalam gitu saya kasihan ya kaya orang terlantar" (P.08)

"mau masuk gabung yang lain itu ya gimana ya gak nyaman gitu dan saya lebih nyaman begini " (P.08)

e. Harapan keluarga

Sub tema harapan keluarga terdiri dari empat kategori yaitu **perlu tersedianya toilet diruang tunggu, perlu udara segar di ruang tunggu, pentingnya ruangan tunggu tambahan, dan pentingnya perhatian dari perawat dalam merespon keluarga**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **perlu tersedianya toilet diruang tunggu** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Memang seharusnya harus ada itu ya penting itu (toilet).. " (P.06)

"Ya inginnya tambah fasilitas lah terutama yang dibutuhkan " (P.07)

"Harusnya itu di lokasi tunggu itu bisa itu dipakai buat kamar mandi kan besar itu.." (P.06)

- 2) Kategori **pentingnya ruangan tunggu tambahan** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"lebih enak kaya harus ada apa gitu kaya tempat leyeh-leyeh ya" (P.08)

"ya mbo ya dikasih tempias kan lebih enak sama lebih nyaman buat yang jaga" (P.08)

- 3) Kategori **perlu udara segar di ruang tunggu** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"kan enak kalau ada satu kipas angin udaranya bisa gantian masuk" (P.09)

"untuk ruang tunggu sendiri saya rasa lebih enak kalau ada satu kipas angin buat kita yang nunggu biar lebih nyaman " p9

- 4) Kategori **pentingnya perhatian dari perawat dalam merespon keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Seandainya dikawal kan enak, pak ini itu kan enak.." (P.06)

"..menemani saya buat lihat pasien kan enak kan gitu jadi saya bisa tanya.." (P.06)

4. Tema 4: Kedekatan

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi kebutuhan kedekatan terjawab dalam satu buah tema yaitu kedekatan yang terdiri dari lima buah sub tema antara lain:

a. Harapan keluarga

Sub tema dari harapan keluarga terdiri dari tiga kategori yaitu **mendapatkan waktu kunjungan yang fleksibel, diperbolehkan untuk mendampingi pasien di dalam ruang intensif, dan pentingnya pengawasan langsung terhadap keluarga yang sakit**. Kategori terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **mendapatkan waktu kunjungan yang fleksibel** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..pengennya sih sewaktu-waktu bisa gitu lo kita yang jaga bisa masuk nengok.." (P.04)

"Kalau saya nunggu bapak disini itu cuman itu kepingin bisa sewaktu-waktu diizinkan masuk gitu aja" (P.04)

"..Saya pengennya sih gini kita yang jaga disini sewaktu-waktu mungkin 2 jam sekali atau apa boleh masuk gitu lo pengen deket ya pengennya itu sih.." (P.04)

- 2) Kategori **diperbolehkan untuk mendampingi pasien di dalam ruang intensif** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..kaya saya kepingin lihat bapak ya maunya diizinkan tapi disini kan nggak boleh dek, ya itu sih.." (P.04)

"kita kan sebagai anak ya kalau orangtua dirawat itu pengennya ngelayanin sendiri semua" (P.08)

"ingin mendampingi didalam biar tidak sendiri kan kasihan, walaupun kita sendiri tapi kan bisa gantian jaga di model shif inginnya sih begitu" (P.07)

"..ya minimal lah dalam 1 hari bisa 4 kali atau 5 kali masuk jenguk pasien itu lebih baik karena pentinglah pengawasan dari pihak keluarga .." (P.06)

- 3) Kategori **pentingnya pengawasan langsung terhadap keluarga yang sakit** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..minimal kita diperbolehkan bisa melihat memantau gitu kita kepada pasien walaupun diluar atau dijendela .." (P.06)

"..Ndak pernah dibuka itu lo (jendela), seandainya dibuka kan saya bisa mantau diluar jendela aja kan enak kan sudah.." (P.06)

b. Persepsi keluarga

Sub tema persepsi keluarga terdiri dari tiga kategori yaitu **ICU sebagai tempat perawatan terakhir bagi keluarga, kurangnya kedekatan petugas dan keluarga, dan pentingnya kedekatan keluarga dengan pasien.**

Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **ICU sebagai tempat menyeramkan bagi keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..kan emang juga harus steril kan jadi saya maklum aja.." (P.08)

"..ruang ICU itu memang sudah bagi saya itu terakhir kan sudah karena berhubungan dengan jantung kan masalahnya itu sudah berhubungan jadi keluarga itu butuh untuk dekat.." (P.06)

"..Ya takut kan banyak orang meninggal disini di ICU, tadi malam 2 yang meninggal, kemarin 2.." (P.10)

- 2) Kategori **kurangnya kedekatan petugas dan keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..dari perawatnya itu kurang ada pendekatan kepada pihak keluarga itu kurang ada pendekatan gitu, ya cuma keluar "Ibu A, keluarganya" dah 2 kalimat itu yang dia bicarakan ndak ada lagi.." (P.06)

- 3) Kategori **pentingnya kedekatan keluarga dengan pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"mental pasiennya itu kalau dekat sama keluarga kan enak maksudnya nggak ada beban gitu " (P.07)

"..meninggal..nggak sampai dia mengatakan itu sudah meninggal karena mungkin dia dari pihak keluarga tidak boleh masuk dengan pihak dokter jadi sangat kasihan bagi keluarga ataupun pasien kan.." (P.06)

c. Respon keluarga dengan peraturan di ICU

Sub tema respon keluarga dengan peraturan di ICU terdiri dari enam kategori yaitu **keluarga pasrah dengan peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU, keluarga memaklumi dengan adanya peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU, keluarga merasa lebih baik oleh adanya peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU, keluarga merasa sedih tidak dapat berada disisi pasien, keluarga merasa kasihan dengan pasien yang sendiri didalam ICU, dan keluarga kesal dengan ketatnya peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU.** Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **keluarga pasrah dengan peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU**, disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..ya sudah peraturan mau gimana lagi kan yang penting bapaknya ndak mengeluh apa.." (P.02)

"kami sebelumnya juga berusaha untuk masuk ya tapi dengan peraturan yang ada terpaksa saya mengikuti" (P.07)

- 2) Kategori **keluarga memaklumi dengan adanya peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"disisi lain itu keuntungan sendiri sih bagi si penderita karena mereka dijaga penuh sama perawatnya diperhatikan secara penuh juga sama perawatnya dan papi bisa istirahat total tanpa harus terganggu dengan kita yang wira wiri." (P.08)

"saya ya maklum aja karena itu kan ruangan semi steril juga biar si pasien bisa istirahat " (P.04, P.07)

"Saya itu menyadari ya mbak kalau di ICU itu memang gak boleh masuk " (P.09)

- 3) Kategori **keluarga merasa lebih baik oleh adanya peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Ya nyaman juga sih mbak soalnya merasa terbantu dengan peraturan itu" (P.05)

"Ya enak sih menurut saya nggak terlalu ngunjungin pasien kan kasihan pasien butuh istirahat" (P.05)

- 4) Kategori **keluarga merasa sedih tidak dapat berada disisi pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"sedih karena nggak selalu jenguk itu kan nggak dekat " (P.03)

"..iya sedih kan ndak tau kondisinya gimana tu .." (P.01)

- 5) Kategori **keluarga merasa kasihan dengan pasien yang sendiri didalam ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"sekali waktu itu tirainya dibuka jadi kita bisa lihat papi bisa lihat kita, justru yang kaya gitu gak suka saya jadinya gak tega gitu kalau cuma dari kaca gitu" (P.07, P.08)

"Ya dari kami ya selaku keluarga ya sangat kasihan kan di dalam sendiri" (P.07, P.08)

- 6) Kategori **keluarga kesal dengan ketatnya peraturan tidak diperbolehkan memasuki ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..terlalu ketat lah istilahnya terlalu ketat untuk mengontrol pasien yang didalam itu terlalu ketat bagi saya .." (P.06)

"Ya, kesal, ya kan mau lihat bapak gitu tapi ndak dikasih.." (P.10)

"..ini kan tidak boleh masuk dan tidak ada semacam penyampaian oleh perawat ke pihak keluarga .." (P.06)

d. Hambatan keluarga merasa kurang dekat dengan pasien

Sub tema keluarga merasa kurang dekat dengan pasien terdiri dari tiga kategori yaitu **terbatasnya waktu keluarga memasuki ICU, peraturan bahwa keluarga tidak diperbolehkan untuk memasuki ICU, dan ruangan ICU terlalu tertutup bagi keluarga.** Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **terbatasnya waktu keluarga memasuki ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..satu hari saja kalau mau lihat satu kali dua kali itupun gak begitu lama gitu lo habis itu keluar paling enggak 2 menit keluar itu sudah paling lama.." (P.06)

"dan itupun didalam tidak lama paling hanya berkisar 1-2 menit" (P.07)

"masuk cuman seko itu saja yang nunggu diizinkan masuk disini" (P.04)

- 2) Kategori **peraturan bahwa keluarga tidak diperbolehkan untuk memasuki ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"ya kita yang nunggu nggak boleh seenaknya masuk" (P.08)

"..Kemarin malam bukan jam kunjung, mau masuk gak dikasih .." (P.10)

"..dari jam 8 malam sampai subuh ndak bisa melihat karena dikunci.." (P.06)

- 3) Kategori **ruangan ICU terlalu tertutup bagi keluarga** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Ini tirainya dibuka pada waktu kunjungan doang" (P.07)

"Iya, waktu jam kunjung ini kaca di buka kalau ndak jam kunjung ndak dibuka" (P.10)

e. Cara untuk berdekatan dengan pasien

Sub tema cara untuk dapat merasa dekat dengan pasien terdiri dari empat kategori yaitu **keluarga mendapatkan panggilan untuk memasuki ICU oleh petugas, keluarga diperbolehkan untuk memasuki ICU oleh petugas, keluarga berada tidak jauh dari ICU, dan keluarga mengawasi**

pasien dari luar kaca ICU. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **keluarga mendapatkan panggilan untuk memasuki ICU oleh petugas** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..dang-kadang kalo ibu butuh apa gitu dipanggil pernah, minta kaya minyak telon apa apa gitu dipanggil.." (P.01 P.05)

"kita masuk kedalam itu karena kita dipanggil " (P.07)

"..jadi jam 5 kan dikompres masuk jam 4 sore masuk juga dipanggil untuk anu itu diseko.." (P.10)

- 2) Kategori **keluarga diperbolehkan untuk memasuki ICU oleh petugas, keluarga berada tidak jauh dari ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"bersyukur lah ya disini sedikit-sedikit masih dibolehkan untuk masuk tapi gak boleh sering-sering" (P.09)

"Kalau misalkan kita cek kepengennya itu mau lihat didalam itu boleh tapi satu orang gitu gantian " (P.07)

"papi saya gak mau dirawat sepenuhnya sama perawat jadi saya dibolehin untuk masuk" (P.08)

- 3) Kategori **keluarga berada tidak jauh dari ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"sebisa mungkin saya tetap disini kapan pun perawatnya manggil saya bisa langsung cepat datang apapun yang dibutuhkan papi saya bisa cepat juga kan" (P.08)

"Ya dari do'a itu pasti dan saya nggak akan pernah jauh" (P.08)

- 4) Kategori **keluarga mengawasi pasien dari luar kaca ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..Iya, waktu jam kunjung ini kaca di buka kalau ndak jam kunjung ndak dibuka.." (P.02)

"sekali waktu itu tirainya dibuka jadi kita bisa lihat papi bisa lihat kita, justru yang kaya gitu gak suka saya jadinya gak tega gitu kalau cuma dari kaca gitu" (P.07, P.08)

5. Tema 5: Jaminan Pelayanan

Tujuan penelitian untuk mengidentifikasi kebutuhan jaminan pelayanan terjawab dalam satu buah tema yaitu rasa jaminan pelayanan yang terdiri dari tiga buah sub tema antara lain:

a. Perlakuan petugas ICU kepada pasien dan keluarga

Sub tema sikap petugas ICU kepada pasien terdiri dari empat kategori yaitu **petugas ICU perhatian dengan kebutuhan pasien, petugas ICU tanggap dalam merespon kondisi pasien, keluarga merasa yakin dengan tindakan yang dilakukan petugas ICU kepada pasien, dan pentingnya pelayanan yang ramah dari petugas ICU.** Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **petugas ICU perhatian dengan kebutuhan pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..tadi anu apa dek, infusnya ibu bengkak gitu ya satunya itu langsung ditangani gitu dipindah kesatunya gitu.." (P.01 P.05, P.07)

"Ya waktu didalam itu mereka telaten kaya nyeka gitu (Telaten = Rajin)" (P.05 P.07)

"ada satu perawat yang dia begitu tahu keluhan papi saya sakit diduburnya itu dia punya inisiatif oh baik pak saya buat bantalan dari air untuk ngurangin rasa nyerinya itu dibuat dari sarung tangan karet diisi air nah itu saya pikir luar biasa " (P.08)

- 2) Kategori **petugas ICU tanggap dalam merespon kondisi pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Jadi kita lebih tenang gitu lo ninggalin papi disini itu tenang karena kita tahu perawatnya itu bisa jaga dengan baik perawatannya juga baik" (P.08)

"pelayanannya bagus tanggap gitu perawatnya" (P.07)

"perawatnya ya ramah semua juga sigap sama pasien itu" (P.07)

- 3) Kategori **keluarga merasa yakin dengan tindakan yang dilakukan petugas ICU kepada pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"mereka bilang sudah konsultasi dengan dokternya per Whatsapp bu jadi bisa cepat jadi bisa meyakinkan saya bahwa setiap tindakan yang dilakukan mereka itu sesuai dengan prosedur" (P.08)

"saya merasa aman karena saya melihat sendiri pelayanannya itu bagus ya seperti yang saya lihat " (P.07)

"Enggak was-was mbak, karena saya tahu sendiri kalau perawatannya itu baik-baik" (P.09)

- 4) Kategori **pentingnya pelayanan yang ramah dari petugas ICU** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"saya inginnya ya lebih diperbaiki pelayanannya kan seorang perawat itu seperti yang saya baca itu ya 3S senyum sapa santun" (P.07)

"saya harapannya di ICU dokter sama perawatnya itu tetap kaya gini tetap baik sama keluarga tetap open sama pasien" (P.09)

b. Keluarga merasa tidak aman

Sub tema keluarga merasa tidak aman terdiri dari dua kategori yaitu **keluarga merasa khawatir dengan pasien** dan **keluarga merasa waspada terhadap kondisi pasien**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **keluarga merasa khawatir dengan pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..di ICU ini memang khawatir saya takut terjadi apa-apa gitu memang khawatir saya dan tirainya tidak dibuka.." (P.06)

"Wah, kalau ibu didalam saya diluar ndak aman kalau bagi saya.." (P.06)

- 2) Kategori **keluarga merasa waspada terhadap kondisi pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"..kita kan selalu berpikiran negatif kalau terjadi apa-apa ya gimana hehehe yang bertanggungjawab itu lo permasalahannya .." (P.06)

"..Was-was sih adalah dek cuman kan paling beli bawa kesini makan disini ya kalau untuk nongkrong disana ya nggak berani dek.." (P.04)

c. Pembayaran yang dilakukan oleh keluarga

Sub tema metode pembayaran yang dilakukan oleh keluarga terdiri dari tiga kategori yaitu **keluarga menggunakan BPJS**, **Keluarga menggunakan KIS**, dan **pelayanan yang diberikan tidak berdasarkan metode pembayaran**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna sebagai berikut:

- 1) Kategori **keluarga menggunakan BPJS** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Iya saya pake BPJS mbak" (P.09)

"Anu apa ya pakai BPJS " (P.07)

"..BPJS tapi bukan ke saya ikut adek.." (P.04)

- 2) Kategori **keluarga menggunakan KIS** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"ibu punya KIS jadi eman-eman kalau gak dipakai" (P.05)

"..saya anu pake KIS itu dari pemerintah.." (P.03)

"Enggak, kan pake KIS itu" (P.10)

- 3) Kategori **pelayanan yang diberikan tidak berdasarkan metode pembayaran** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"Ya sudah memuaskan sih menurut saya gak dibikin ribet alurnya jelas ya cepat juga walaupun kita pakai BPJS kan gratis" (P.07)

"..Kan soalnya kan saya sudah gak bayar kan gitu Alhamdulillah saya dikasih KIS itu.." (P.03)

"..Iya sama pake KIS, ndak ada beda.." (P.10)

"..ya pelayanannya cepet ini saya kemarin ngurusinnya saya gak sampe satu hari bisa selesai.." (P.01)

"..Sama-sama aja, yang pake KIS yang bayar yang gak bayar sama perawatannya.." (P.03)

6. Tema 6: Kebutuhan Spiritual

Tema kebutuhan spiritual terdiri dari tiga kategori yaitu **penyakit adalah ujian dari Tuhan, ketenangan hati berasal dari keyakinan yang dimiliki, dan kesembuhan merupakan kehendak Tuhan**. Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna antara lain:

- 1) Kategori **penyakit adalah ujian dari Tuhan** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"kalau ibadah saya tidak pernah tinggalkan ya karena penyakit papi itu berasal dari Tuhan juga jadi saya takutnya kalau saya tinggalkan Tuhan nanti papi tambah parah kondisinya" (P.08)

"setiap penyakit itu menurut saya adalah ujian dari Allah untuk kita sebagai alat untuk melebur dosa " (P.06)

- 2) Kategori **ketenangan hati berasal dari keyakinan yang dimiliki** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"sejuknya saya diceramahin kan kaya tadi diceramahin saya sama Kyai sama Ustadz disana" (P.03)

"kalo saya ya sholat gitu dah baru tenang" (P.01)

- 3) Kategori **kesembuhan merupakan kehendak Tuhan** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"saya percaya dalam kitab yang saya baca setiap penyakit pasti ada obatnya semua sudah diatur sama Tuhan itu dalam kitabnya mbak" (P.08)

"saya menganggap do'a itu penting karena saya percaya dapat membantu untuk kesembuhan umi " (P.06)

7. Tema 7: Keterlibatan Dalam Perawatan

Tema keterlibatan dalam perawatan terdiri dari dua kategori yaitu **dihargai secara budaya** dan **keinginan untuk terlibat dalam perawatan pasien**.

Kategori tersebut terdiri dari pernyataan bermakna antara lain:

- 1) Kategori **dihargai secara budaya** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"kadang-kadang orang itu sampai meninggal itu kan kadang-kadang mungkin dia mau wasiat kek mau gimana banyak yang kaya gitu nggak sampai dia mengatakan itu sudah meninggal karena mungkin dia dari pihak keluarga tidak boleh masuk dengan pihak dokter jadi sangat kasihan bagi keluarga ataupun pasien kan" (P.06)

- 2) Kategori **keinginan untuk terlibat dalam perawatan pasien** disampaikan oleh partisipan sebagai berikut:

"kita kan sebagai anak ya kalau orangtua dirawat itu pengennya ngelayanin sendiri semua" (P.08)

"pada saat jam-jam seko jam mandi itu baru saya diizinkan masuk disini, terus paling anu kaya ibu tolong tebuskan obat" (P.04)

BAB 6. PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian, analisa, dan pembahasan yang diuraikan pada bab sebelumnya mengenai gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif RSUD. Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso didapatkan kesimpulan dan saran.

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti dapat menarik beberapa kesimpulan terkait dengan gambaran kebutuhan keluarga pasien perawatan intensif RSUD. Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso, antara lain:

- a. keluarga dalam menggambarkan kebutuhan di ruang intensif terdapat tema informasi yang mengharuskan keluarga untuk berperan aktif untuk mendapatkan informasi mengenai kondisi anggota keluarganya serta keluarga mengharapkan tenaga kesehatan memberikan informasi terlebih dahulu;
- b. keluarga dalam menggambarkan kebutuhan di ruang intensif terdapat tema dukungan yang diungkapkan bahwa dukungan dari petugas kesehatan merupakan yang terbaik dikarenakan lebih mengerti mengenai keadaan anggota keluarganya di ruang perawatan intensif;
- c. keluarga dalam menggambarkan kebutuhan di ruang intensif terdapat tema rasa nyaman yang diungkapkan partisipan dalam berinteraksi dengan petugas di ruang intensif yang merasakan komunikasi dengan nyaman dan ramah sehingga merasa bahwa kehadiran keluarga diterima oleh petugas kesehatan, sedangkan ketidaknyamanan yang dirasakan adalah terbatasnya waktu untuk memasuki ruang intensif serta ketidakpuasan di ruang tunggu;
- d. keluarga dalam menggambarkan kebutuhan di ruang intensif terdapat tema kedekatan, partisipan mengungkapkan bahwa harus berdekatan dengan anggota keluarganya di ruang intensif dalam keadaan apapun. Karena kehadiran keluarga didekat pasien memberikan efek yang baik bagi perkembangan kesehatan pasien;

- e. keluarga dalam menggambarkan kebutuhan di ruang intensif terdapat tema jaminan pelayanan, partisipan sudah merasakan yakin dengan tindakan tenaga kesehatan terhadap anggota keluarganya di ruang intensif yang ditunjukkan oleh perawat dalam bentuk perhatian, ramah, dan cepat tanggapnya. Namun keluarga masih merasa khawatir dan was-was dengan kondisi anggota keluarganya karena tidak diperbolehkan untuk masuk. Oleh karena itu aspek jaminan mencakup keamanan dan kemampuan untuk menumbuhkan kepercayaan pasien.

Selain tema yang disebutkan diatas, penelitian ini menemukan dua buah tema baru mengenai kebutuhan keluarga ketika menunggu anggota keluarganya yang sedang sakit di ruang intensif yaitu yang pertama adalah kebutuhan spiritual, sebagian kecil mengungkapkan bahwa sakit merupakan ujian dari Tuhan begitupun dengan kesembuhan, dan keberadaan perawat dan atau merupakan perantara kesembuhan. Partisipan pun percaya bahwa yang dapat menyembuhkan pasien adalah melalui do'a dan pembacaan kitab.

Kemudian tema yang kedua adalah keterlibatan dalam perawatan, partisipan mengungkapkan bahwa mereka ingin terlibat dalam perawatan sehari-hari anggota keluarganya sebagai bentuk dukungan yang sudah menjadi kebudayaan didalam lingkungan sekitar. Keterlibatan keluarga dalam proses perawatan mampu menurunkan kecemasan bagi keluarga.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menjadi masukan dalam perkembangan kuesioner CCFNI di Indonesia dikarenakan telah ditemukannya dua tema baru dan perlu diperhatikannya waktu serta keadaan di ruang tunggu keluarga ketika dalam proses pengambilan data.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil yang diperoleh dalam penelitian diharapkan menjadi '*evidence based practice*' yang berguna sebagai informasi bagi mahasiswa keperawatan dan institusi pendidikan keperawatan khususnya tentang kebutuhan keluarga pasien yang sedang menunggu keluarganya di ruang rawat intensif.

6.2.3 Bagi Praktek Keperawatan

Hasil penelitian yang diperoleh diharapkan mampu menjadi masukan bagi profesi keperawatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan keluarga pasien yang menunggu keluarganya di ruang rawat intensif dimana keluarga pasien ini berfungsi sebagai *support system* untuk kesembuhan dan pemulihan kesehatan pasien.

6.2.4 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini yang diperoleh adalah

- a) kebutuhan kedekatan dengan pasien merupakan hal yang paling dibutuhkan sehingga perlunya aturan masuk untuk pengunjung di ruang intensif;
- b) kedua yaitu kebutuhan informasi diharapkan memberikan informasi secara terstruktur kepada keluarga mengenai kondisi pasien;
- c) ketiga yaitu kebutuhan rasa nyaman di ruang tunggu diharapkan penyediaan fasilitas kamar mandi di ruang tunggu.

6.2.5 Bagi Masyarakat dan Keluarga Pasien di Ruang Perawatan Intensif

Hasil penelitian yang diperoleh diharapkan dapat menjadi wawasan bagi keluarga yang sedang menunggu anggota keluarganya yang sakit dan berada dalam perawatan intensif untuk lebih memahami mengenai gambaran mendalam tentang pengalaman anggota keluarganya di ruang intensif yang difokuskan pada berbagai kebutuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Yati & Rachmawati, I. M. 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Kualitatif*. Edisi 1. Jakarta: Pt Rajagrafindo Persada.
- Afrilia, E. N. Dan B. Wispriyono. 2017. Hubungan Kondisi Rumah Dan Kepadatan Lalat Di Sekitar Tempat Pembuangan Akhir Sampah. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*. 11(2):99–104.
- Alimul, A. 2009. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Ambarwati, B. 2013. Hubungan Dukungan Sosial Dengan Stres Pada Keluarga Pasien Yang Dirawat Di Ruang Intensive Care Unit (Icu) Rs Pku Muhammadiyah Yogyakarta. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Anjaryani, W. D. 2009. Kepuasan Pasien Rawat Inap Terhadap Pelayanan Perawat Di Rsud Tugurejo Semarang. Universitas Diponegoro Semarang.
- Arbour, R. B. Dan D. L. Wiegand. 2014. Self-Described Nursing Roles Experienced During Care Of Dying Patients And Their Families : A Phenomenological Study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 1–8.
- Baron, Y. M. 2016. Imedpub Journals Extending Hospital Visiting Hours. *Health Systems And Policy Research*. 2–6.
- Berti, D., P. Ferdinande, Dan P. Moons. 2007. Beliefs And Attitudes Of Intensive Care Nurses Toward Visits And Open Visiting Policy. *Intensive Care Medicine*. 33:1060–1065.
- Bond, A. E., C. Rae, Dan L. Draeger. 2003. Needs Of Family Members Of Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *Critical Care Nurse*. 23(4):63–71.
- Burns, S. M. 2014. *Aacn Essential Of Critical Care Nursing*. Edisi 3. A\.
- Büssing, A. Dan H. G. Koenig. 2010. Spiritual Needs Of Patients With Chronic Diseases. *Religions*. 18–27.
- Cameron, J. I., L. M. Chu, A. Matte, G. Tomlinson, L. Chan, C.Dan M. S. Herridge. 2016. One-Year Outcomes In Caregivers Of Critically Ill Patients. *New England Journal Of Medicine*. 374(19):1831–1841.

- Coombs, M. 2015. A Scoping Review Of Family Experience And Need During End Of Life Care In Intensive Care. *Nursing Open*
- Cummings, P. L. 2017. *Epidemiology In The Icu Critical Facts For Critical Care*. Dalam Eisenshower Medical Center. Eisenshower Medical Center.
- Danan, A. Dan S. Dharma. 2015. Keberagaman Untuk Mengatur Batas Usia Dewasa Seseorang Untuk Melakukan Perbuatan Hukum Dalam Peraturan Perundang-Undangan Di Indonesia. *Jurnal Reperotium*. Ii(2)
- Dharmalingam, T. K., M. R. Kamaluddin, Dan S. K. Hassan. 2016. The Needs Of Malaysian Family Members Of Critically Ill Patients Treated In Intensive Care Unit , Hospital Universiti Sains Malaysia. *M Alaysian Journal Of Medicine And Health Sciences*. 12(June)
- Dorris Mendonca, N. A. W. 1998. Perceived And Unmet Needs Of Critical Care Family Members. *Critical Care Nurse*. 21(May):58–67.
- Elliott, D., L. Aitken, Dan W. Chaboyer. 2012. *Acccn's Critical Care Nursing*. Edisi 2.
- Finlayson, K., A. Dixon, C. Smith, F. Dykes, Dan R. Flacking. 2014. Mothers' Perceptions Of Family Centred Care In Neonatal Intensive Care Units. *Sexual And Reproductive Healthcare*. 5(3):119–124.
- Freitas, K. S., M. Kimura, Dan K. A Ferreira. 2007. Family Members' Needs At Intensive Care Units: Comparative Analysis Between A Public And A Private Hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 15(1):84–92.
- Friedman, M., Bowden, V., Jones, E. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga, Edisi 5*. Edisi 5. Jakarta: Egc.
- Fry, S. Dan N. A. Warren. 2007. Perceived Needs Of Critical Care Family Members. *Critical Care Nursing Quarterly*. 30(2):181–188.
- Gallagher, Stephen; Whittaker, Anna; Lee, Helen; Carroll, D. 2015. The Association Between Spirituality And Depression In Parents Caring For Children With Developmental Disabilities. *Journal Of Religion And Health*. 54:358–370.
- Garland, A., K. Olafson, C. D. Ramsey, M. Yogendran, Dan R. Fransoo. 2013. Epidemiology Of Critically Ill Patients In Intensive Care Units: A Population-

- Based Observational Study. *Critical Care*. 17(5):1.
- Ghabeesh, S. H. Al, H. Abu-Snieh, L. Abu-Shahror, F. Abu-Sneineh, Dan M. Alhawamdeh. 2014. Exploring The Self-Perceived Needs For Family Members Having Adult Critically Ill Loved Person: Descriptive Study. *Health*. 6(21):3005–3012.
- Haley, W. E., R. S. Allen, S. Reynolds, H. Chen, A. Burton, Dan D. Gallagher-Thompson. 2002. Family Issues In End-Of-Life Decision Making And End-Of-Life Care. *American Behavioral Scientist*. 46(2)
- Hamid, A. . 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta.
- Hsiao, P. R., B. Redley, Y. C. Hsiao, C. C. Lin, C. Y. Han, Dan H. R. Lin. 2017. Family Needs Of Critically Ill Patients In The Emergency Department. *International Emergency Nursing*. 30:3–8.
- Hudak, M., Gallo, M., Fontaine, D., Morton, G. 2008. *Keperawatan Kritis Pendekatan Asuhan Holistik Volume 1*. Edisi 8. Jakarta: Egc.
- Hweidi, I. Dan F. Shannag. 2014. The Needs Of Families In Critical Care Settings- Are Existing Findings Replicated In A Muslim Population A Survey Of Nurses ' Perception. *European Journal Of Scientific Research*. 116(February):518–528.
- Joint Faculty Of Intensive Care Medicine Of Ireland. Dan Intensive Care Society Of Ireland. 2011. National Standards For Adult Critical Care Services 2011. 1–18.
- Jolley, J. Dan L. Shields. 2009. The Evolution Of Family-Centered Care. *Journal Of Pediatric Nursing*. 24(2):164–170.
- 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.
- Karlsson, C., A. Tisell, & Engström, Dan B. Andershed. 2011. Family Members' Satisfaction With Critical Care: A Pilot Study. *Nursing In Critical Care*. 16(1):11–18.
- Keenan, B. A., L. Joseph, Dan C. Cnn. 2010. Codman Award Paper Presented At The The Needs Of Family Members Of Severe Traumatic Brain Injured

- Patients During Critical And Acute Care : A Qualitative Study. *Canadian Journal Of Neuroscience Nursing*. 32(3):25–35.
- Kemenkes Ri. 2011. *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Intensive Care Unit (Icu) Di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Kemenkes Ri. 2012. *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (Icu) Di Rumah Sakit*. Jakarta.
- Kozier. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik (Edisi 7 Volume 1)*. Edisi 7. Jakarta.
- Kurniawan, E. 2015. *Gambaran Faktor Yang Berhubungan Dengan Kecemasan Keluarga Pasien Di Icu Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta*
- Lamrotua, C. 2018. Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruang Intensive Care Unit (Icu) Rsud Dr . Pirngadi Medan
- Liew, Dharmalingam, Ganapathy, Muniandy, Johnny, Dan Lilly. 2018. Need Domains Of Family Members Of Critically-Ill Patients : A Borneo Need Domains Of Family Members Of Critically-Ill Patients : A Borneo Perspective. *Borneo Journal Of Medicial Sciences*. 12(July):27–33.
- Liljeroos, M., I. M. Snellman, Dan M. H. Ekstedt. 2011. A Qualitative Study On The Role Of Patient – Nurse Communication In Acute Cardiac Care. *Journal Of Nursing Education And Practice*. 1(1):17–24.
- Loghmani, L., F. Borhani, Dan A. Abbaszadeh. 2014. Factors Affecting The Nurse-Patients ' Family Communication In Intensive Care Unit Of Kerman : A Qualitative Study Factors Affecting The Nurse- Patients ' Family Communication In Intensive Care Unit Of Kerman : A Qualitative Study. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. (March)
- Lukmanulhakim Dan W. Firdaus. 2018. Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis Di Ruang Intensive Care Unit (Icu) Rsud Dr. Drajat Prawiranegara Serang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*. 9(1):104–110.
- Lutfi, D. N. 2012. Hubungan Antara Dukungan Teman Sebaya Dengan Kemampuan Pemecahan Masalah Pada Santriwati Pengurus Organisasi

- Pelajar Ppmi Assalaam (Op3mia). Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mcadam, J. L., S. Arai, Dan K. A. Puntillo. 2008. Unrecognized Contributions Of Families In The Intensive Care Unit. *Intensive Care Medicine*. 34(6):1097–1101.
- Miracle, V. A. 2006. A Look At Critical Care Visitation The Case For Flexible Visitation. *Dimensions Of Critical Care Nursing*. 25(August):175–181.
- Moleong, J. L. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remadja Karya.
- Molter, N. C. Dan J. Stover Leske. 1983. Critical Care Family Needs Inventory
- Mundy, C. A. 2010. Assessment Of Family Needs In Neonatal Intensive Care Units. *American Journal Of Critical Care*. 19(2):156–163.
- Munyiginya, P. Dan P. Brysiewicz. 2014. The Needs Of Patient Family Members In The Intensive Care Unit In Kigali, Rwanda. *Southern African Journal Of Critical Care*. 30(1):5.
- Noome, M., B. M. Dijkstra, E. Van Leeuwen, Dan L. C. M. Vloet. 2016. Exploring Family Experiences Of Nursing Aspects Of End-Of-Life Care In The Exploring Family Experiences Of Nursing Aspects Of End-Of-Life Care In The Icu : A. *Intensive & Critical Care Nursing*. 33(February):56–64.
- Nurses, C. C. A. O. T. P. 2014. Critical Care Nursing Guidelines, Standards And Competencies. [Http://Www.Ccnapi.Org/News-And-Events/Critical-Care-Nursing-Guidelines-Standards-And-Competencies/](http://www.ccnapi.org/news-and-events/critical-care-nursing-guidelines-standards-and-competencies/)
- 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.
- Padilla Fortunatti, C. F. 2014. Most Important Needs Of Family Members Of Critical Patients In Light Of The Critical Care Family Needs Inventory. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*. 32(2):306–316 11p.
- Pane, T. H. 2012. Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Yang Menunggu Keluarganya Di Ruang Rawat Icu Rsup Haji Adam Malik Medan. *Universitas Sumatra Utara*
- Petterson, M. 2005. Process Helped Gain Acceptance For Open Visitation Hours. *Critical Care*. 25(1)
- Pitney, W. A. Dan J. Parker. 2009. *Qualitative Research In Physical Activity And*

- The Health Professions*. United States Of America: Human Kinetics.
- Pochard, F., M. Darmon, T. Fassier, P. E. Bollaert, C. Cheval, M. Coloigner, A. Merouani, S. Moulront, E. Pigne, J. Pingat, J. R. Zahar, B. Schlemmer, Dan É. Azoulay. 2005. Symptoms Of Anxiety And Depression In Family Members Of Intensive Care Unit Patients Before Discharge Or Death. A Prospective Multicenter Study. *Journal Of Critical Care*. 20(1):90–96.
- Polit, D. F. Dan Cheryl Tatano Beck. 2003. *Nursing Research Principles And Methods*. Edisi 7. Philadelphia: Lippicott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. Dan Cheryl Tatano Beck. 2010. *Essentiials Of Nursing Research Sevendt Edition Appraising Evidence For Nursing Practice*. Lippicott Williams & Wilkins.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, Dan Praktik (Edisi 4 Vol 1)*. Edisi Egc. Jakarta.
- Pradana, A. 2014. Kebutuhan Keluarga Pasien Selama Perawatan Di Ruang Icu/Iccu Di Rumah Sakit Umum Daerah Ahmad Thalibkerinci Sungai Penuh Jambi. *Skripsi Universitas Sumatera Utara*
- Raco, R. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta. Pt Gramedia.
- Ramnath, R. 2007. Perceptions And Preferences Of Patients , Family / Friends And Nurses On Visiting Time In Icu. University Of South Africa.
- Retnaningsih, D., D. N. Aini, Dan Ita Yulianti. 2017. Kepuasan Keluarga Pasien Di Ruang Icu Rumah Sakit Permata Medika Semarang. *Ita Yulianti*. 1–10.
- Ri, Departemen Kesehatan. 2006. Standar Pelayanan Keperawatan Icu. 2006.
- Ross, S., C. E. Mosher, V. Ronis-Tobin, S. Hermele, Dan J. S. Ostroff. 2010. Psychosocial Adjustment Of Family Caregivers Of Head And Neck Cancer Survivors. *Support Care Cancer*. 18:171–178.
- Staples, S. Dan J. J. Shen. 2012. Nonverbal Communication Behaviors Of Internationally Educated Nurses And Patient Care. *Research And Theory For Nursing Practice: An International Journal*. 26(4):290–308.
- Sugiyanto, B. 2014. Pengaruh Konseling Spiritual Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Keluarga Pasien Yang Dirawat Di Ruang Icu Rsud Sleman Yogyakarta Naskah. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan ‘Aisyiyah Yogyakarta.

- Sugiyono. 2012. *Statistika Untuk Penelitian*. Penerbit Alfabeta.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung. Cv Alfabeta.
- Swickard, S., W. Swickard, A. Reimer, D. Lindell, Dan C. Winkelman. 2015. Adaptation Of The Aacn Synergy Model For Patient Care To Critical Care Transport. *Nih Public Access*. 34(1):16–29.
- Therapists, L., U. K. Clinical, C. C. Nurses, C. C. Network, N. Leads, Dan B. Dietetic. 2013. Core Standards For Intensive Care Units. 1–27.
- Wiryanto. 2004. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: Pt Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Yang, S. 2005. A Mixed Methods Study On The Needs Of Korean Family In The Intensive Care Unit. *Australian Journal Of Advanced Nursing*. 25(4):79–87.



LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Partisipan**PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN**

Kepada:

Calon Partisipan

Di Tempat

Dengan hormat,

Bersamaan surat ini saya sampaikan bahwa saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Titin Dwimala
NIM : 152310101095
Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Keperawatan
Alamat : Jalan Bangka Gang IV Nomor 29, Sumbersari, Jember

Bermaksud meminta izin kesediaannya untuk memberikan informasi melalui metode wawancara semi terstruktur guna melengkapi data penelitian yang akan dilakukan. Sebelum saudara memutuskan untuk bersedia atau tidak menjadi sumber informasi pada penelitian ini, saya sebagai peneliti akan memberikan informasi mengenai penelitian ini, sebagai berikut :

1. Judul penelitian : Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.
2. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis kebutuhan keluarga di ruang perawatan intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.
3. Jika saudara bersedia ikut serta dalam penelitian ini, peneliti akan melakukan wawancara pada waktu dan tempat yang disepakati bersama.
4. Peneliti akan menggunakan alat perekam suara untuk merekam informasi yang saudara ungkapkan selama wawancara berlangsung yang akan diletakkan di tempat yang tidak mengganggu pewawancara dan partisipan, serta ruangan cukup jauh dari kebisingan atau gangguan lainnya.

Wawancara akan dilakukan selama satu kali dengan lama waktu wawancara sesuai yang dibutuhkan dan selama-lamanya adalah 2 jam.

Saudara sebagai partisipan penelitian mendapatkan jaminan dari peneliti berupa :

1. Peneliti tidak akan melakukan penderitaan ataupun eksploitasi baik berupa ucapan ataupun tindakan kepada partisipan.
2. Peneliti tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi partisipan.
3. Peneliti akan memperlakukan informan sesuai hak asasi manusia.
4. Peneliti akan menjaga kerahasiaan semua informasi dari partisipan.
5. Peneliti tidak memaksa partisipan untuk bersedia menjadi partisipan.
6. Peneliti bersedia memberikan informasi yang lengkap yang belum jelas diterima mengenai penelitian ini kepada partisipan.
7. Peneliti bersedia menjawab pertanyaan partisipan secara lisan, jujur dan lengkap.
8. Segala bentuk ketidak nyamanan yang partisipan rasakan selama penelitian dapat partisipan utarakan langsung kepada peneliti.
9. Partisipan berhak mengundurkan diri menjadi partisipan selama penelitian berlangsung.

Atas kesediaan saudara untuk menjadi partisipan, saya ucapkan terimakasih.

Hari/Tanggal :.....

Hormat saya,

Titin Dwimala

NIM 152310101095

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Kode Partisipan :

PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Setelah saya membaca dan memahami isi dan penjelasan pada lembar permohonan menjadi partisipan, maka saya,

Nama :

Alamat :

Bersedia turut berpartisipasi sebagai partisipan dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Mahasiswa yang dimaksud sebagai berikut.

Nama : Titin Dwimala

NIM : 152310101095

Alamat : Jalan Bangka Gang IV Nomor 29, Sumpersari, Jember

Judul : Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Perawatan Intensif Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak membahayakan dan merugikan saya maupun keluarga saya, sehingga saya bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini. Saya bebas untuk menarik persetujuan ini dan menghentikan partisipasi saya dalam partisipan setiap saat.

Bondowoso,.....2018

Peneliti,

Partisipan,

(Titin Dwimala)

(.....)

Lampiran 3. Lembar Pedoman Wawancara**PEDOMAN WAWANCARA**

1. Data Demografik

kode partisipan :
inisial :
tempat, tanggal lahir :
umur :
agama :
jenis kelamin :
pendidikan :
pekerjaan :
hubungan dengan pasien :
lama merawat keluarga :
apakah ini pengalaman pertama di ruang intensif? :



1. Tolong dijelaskan beberapa kebutuhan yang belum sepenuhnya terpenuhi selama anda merawat pasien yang merupakan keluarga anda?

Eksplorasi lebih dalam berdasarkan CCFNI:

- a. Kebutuhan akan support: beberapa orang menginginkan mendapatkan support emosional dari perawat atau tenaga kesehatan yang lain, apakah itu merupakan hal yang anda inginkan? Coba ceritakan lebih dalam?
- b. Kebutuhan akan kenyamanan: apakah anda merasa nyaman di ruang intensif ini? Bagaimana dengan tenaga kesehatan dan staf lain?
- c. Kebutuhan akan kedekatan: kebijakan di ruang intensif melarang anggota keluarga pasien untuk berdekatan dengan pasien. Apakah anda memiliki pengalaman hambatan seperti ini untuk dekat dengan pasien yang merupakan anggota keluarga anda?

- d. Kebutuhan akan jaminan: apakah anda mendapatkan jaminan kesehatan yang anda inginkan (BPJS)?
 - e. Kebutuhan akan informasi: apakah anda sering berkomunikasi dengan tenaga kesehatan di ruang intensif mengenai kondisi terbaru keluarga anda? Coba ceritakan lebih dalam?
2. Dapatkah anda menceritakan kepada saya kelalaian dari tenaga kesehatan dari kebutuhan yang anda inginkan di ruang intensif ini?
 3. Apa yang sebenarnya ingin anda katakan kepada tenaga kesehatan di ruang intensif untuk membantu keluarga atau dalam kondisi anda saat ini?
 4. Apakah seharusnya tim kesehatan melibatkan anda dalam keputusan pengobatan dan perawatan pasien yang merupakan akeluarga anda?
 5. Jelaskan kelebihan dari tenaga kesehatan yang telah anda rasakan selama merawat keluarga anda di ruang intensif ini?
 6. Bagaimana dengan ibadah anda selama merawat anggota keluarga anda di ruang intensif?

Lampiran 4. Surat Izin Melakukan Penelitian

	PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO RUMAH SAKIT UMUM "dr. H. KOESNADI" Jl. Kapten Piere Tendean No. 3 Telepon (0332) 421974. Fax.0332 422311 BONDOWOSO Kode Pos : 68214	
Bondowoso, 2 Oktober 2018		
Nomor	: 070/67/430.10.7/2018	Kepada :
Sifat	: Penting	Yth. 1. Kepala Paviliun ICU
Lampiran	: 1 (satu) berkas	2. Kepala Paviliun ICCU
Perihal	: <u>Rekomendasi Penelitian</u>	RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
		Di Bondowoso

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Bondowoso Nomor: 070/816/430.10.5/2018 Tanggal 28 September 2018 Tentang Ijin Rekomendasi Penelitian dan memperhatikan Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Nomor : 4452/UN25.1.14/SP/2018 Tanggal 26 September 2018 Perihal Permohonan Rekomendasi Penelitian di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso atas:

Nama : • Ns. Wantiyah, M.Kep
• Ns. M. Zulfatul A'la, M.Kep
• NS. Baskoro Setioputra, M.Kep
• Ns. Siswoyo, M.Kep
• Titin Dwimala

NIDN : 0012078105
No. HP : 082332679873
Judul : Eksplorasi Met and Unmet Needs (Kebutuhan Yang Sudah Dan Belum Tercukupi) Keluarga Pasien Diruang Perawatan Intensif

Data yang dibutuhkan : Kebutuhan Keluarga Yang Menunggu (Kuisisioner & Kuantitatif)


Lokasi : Ruang ICU dan Ruang ICCU
Waktu : 3 (Tiga) Bulan

maka pada prinsipnya kami setuju yang bersangkutan melakukan penelitian di RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso serta kepada pihak terkait dengan kegiatan ini hendaknya dapat membantu sepenuhnya.

Sebagai bentuk partisipasi dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, maka kami mohon agar hasil rekomendasi/saran dari Penelitian ini disampaikan sebagai masukan pada RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso melalui Bagian Perencanaan (Sub Bagian Penelitian, Pengembangan, Monitoring dan Evaluasi) RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. Plt, Direktur.
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso
Wakil Direktur Umum dan Keuangan
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso


Tasrip., S.Kep.Ns., MMKes
NIP. 19650107 199103 1 011

Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian









Keterangan: Pengambilan Data Dengan Wawancara Bersama Partisipan 10

JEMBER

Lampiran 6. Lembar Bimbingan

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Titin Dwimala
 NIM : 152310101095
 Dosen Pembimbing I : Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep







Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Rabu, 05 September 2018	Bimbingan BAB 1	perbaiki skripsi masuk ke	
Rabu, 26 September 2018	Bimbingan Bab 1, Bab 2, dan Bab 3.	- Perbaiki bahasa, tata tulis - Gunakan sumber pada tabel, - Kriteria inklusi cari referensi - Etika penelitian berikan implementasinya.	
Selasa, 25 September 2018	- Bimbingan penentuan sample - Bimbingan Bab 2 apakah instrumen penelitian dicantumkan	- Cari referensi, sample hingga data tersaturasi - Tetap dicantumkan di Bab 2	
Kamis, 27 September 2018	- Bimbingan etika penelitian	- Beri implementasi di 3 prinsip penelitian - Siapkan sempro	
Selasa, 02 Oktober 2018	- Bimbingan Bab 1, Bab 2, Bab 3.	ace sempro	
Kamis, 13 Desember 2018	- Transkrip Data dan Coding Data	- Buat dalam tabel analisis data (Tema, Subtema, Kategori, Kata Kunci)	

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Titin Dwimala

NIM : 152310101095

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Rabu, 12 September 2018	Bimbingan BAB 1.	- Gunakan Mendeley - Sesuaikan tulisan PPKI	
Jumat, 14 September 2018	- Bimbingan Bab 2 - Bimbingan Bab 3	- Cantumkan faktor yang mempengaruhi CCNI - Referensi lagi mengenai jumlah sample	
Senin, 01 Oktober 2018	- Bimbingan Bab 1, Bab 2, Bab 3.	- Gunakan Collatzi untuk analisa data	
Rabu, 03 Oktober 2018	- Bimbingan Bab 1, Bab 2, Bab 3.	acc <i>ringan</i>	
Jumat, 02 November 2018	- Wawancara semi terstruktur - Hasil wawancara semi terstruktur	Coding data & Tambah referensi	
Rabu, 02 Januari 2019	- Bimbingan Bab 4 Hasil Penelitian	- Tambahkan tema yang menarik - Tema lebih spesifik dan operasional - Lanjutkan Pembahasan	

Lampiran 7. Surat Pernyataan Selesai Penelitian

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

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

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama : Titin Dwimala
NIM : 152310101095
Status : Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember
Alamat : Jl. Bangka Gang IV No. 29 Sumpersari Jember

Telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Umum Dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan judul "Gambaran Kebutuhan Keluarga di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr. H. Koesnadi Kabupaten Bondowoso" pada bulan Oktober sampai Desember 2018.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 17 Januari 2019

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