



**STUDI KOMPARASI SIKAP PERAWAT TERHADAP
END OF LIFE CARE DI RUANG IGD DAN ICU
RSD KALISAT DAN RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Zumrotul Farikhah
NIM 152310101142

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



**STUDI KOMPARASI SIKAP PERAWAT TERHADAP
END OF LIFE CARE DI RUANG IGD DAN ICU
RSD KALISAT DAN RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh
Zumrotul Farikhah
NIM 152310101142

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



**STUDI KOMPARASI SIKAP PERAWAT TERHADAP
END OF LIFE CARE DI RUANG IGD DAN ICU
RSD KALISAT DAN RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Zumrotul Farikhah
NIM 152310101142

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ns. M. Zulfatul A'la, S.Kep.,M.Kep
Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Ayah saya Moh. Ba'i, ibu saya Zulaikhoh, adik saya Luluk Fauziah beserta seluruh keluarga besar yang telah merawat, selalu mendukung dan mendoakan saya hingga sampai pada tahap ini;
2. Guru-guru saya dan semua yang sudah mendidik dan membimbing saya dari saya dilahirkan hingga sampai pada tahap ini;
3. Almamater tercinta Fakultas Keperawatan Universitas Jember, seluruh dosen, dan staf yang sudah memberikan ilmu, bantuan, dan bimbingan demi terselesaikannya tugas akhir ini;
4. Sahabat saya di lamongan dan di jember yang selalu mendukung saya dan membantu saya dalam menyelesaikan tugas akhir ini;
5. Teman-teman Himpunan Mahasiswa Islam (HMI) Cabang Jember Komisariat (P) Kesehatan yang turut mendukung dan membantu saya demi terselesaikannya tugas akhir ini.

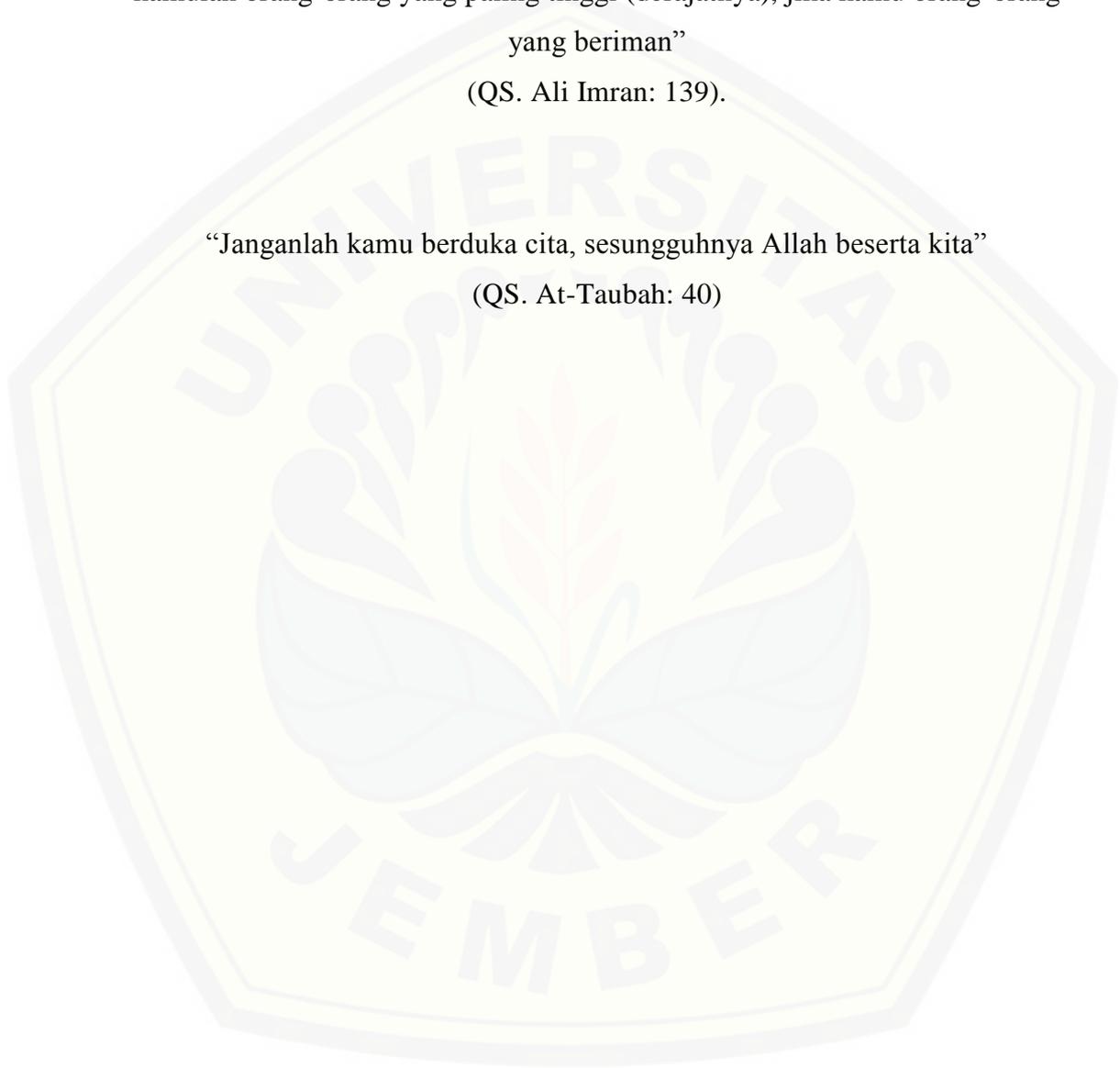
MOTO

“Janganlah kamu lemah, dan janganlah (pula) kamu bersedih hati, karena kamulah orang-orang yang paling tinggi (derajatnya), jika kamu orang-orang yang beriman”

(QS. Ali Imran: 139).

“Janganlah kamu berduka cita, sesungguhnya Allah beserta kita”

(QS. At-Taubah: 40)



Departemen Agama Republik Indonesia. 2010. Mushaf Aisyah Al-Quran dan Terjemah untuk Wanita. Bandung : Penerbit JABAI

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zumrotul Farikhah

NIM : 152310101142

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Studi Komparasi Sikap Perawat Terhadap *End of life Care* di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember” yang saya tulis 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, Februari 2019

Yang Menyatakan

Zumrotul Farikhah
NIM 152310101142

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Studi Komparasi Sikap Perawat Terhadap *End of life Care* di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember” karya Zumrotul Farikhah telah diuji dan disahkan, pada:

hari, tanggal : Selasa, 26 Februari 2019

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

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

Dosen Pembimbing Anggota

Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 19810319 201404 1 001

Penguji I

Ns. Ahmad Rifa'i, MS
NIP. 19850207 201504 1 001

Penguji II

Ns. Kushariyadi, M.Kep
NRP. 760015697

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Jember



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

Studi Komparasi Sikap Perawat Terhadap *End of life Care* di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember (*Comparative study of Nurse's Attitudes Towards End Of Life Care in the Emergency Room and ICU of Kalisat and Balung Hospital in Jember Regency*)

Zumrotul Farikhah
Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Death is a psychological and physical event that affects patients caring for especially in intensive and emergency ward. patients and families will require end of life care from health professional, including nurses. nurses need knowledge, skill, attitude, and interpersonal competencies to provide end of life care. This study aimed to explored differences of attitudes towards dying care between IGD and ICU ward's nurses in rural hospital. The variable in this study was nurses attitude. This study used a quantitative comparative cross-sectional research design. The samples were 24 nurses from emergency ward and 16 from intensive care unit who were recruited by total sampling. Data were collected by Frommelt Attitudes towards the Care of the Dying Care Form B Indonesian version (FATCOD-BI). The results revealed that nurses attitudes toward caring for dying patients in emergency departement was 101.42 ± 6.646 (30-150) on average and in intensive care unit was 106.44 ± 7.633 (30-150) on average. Nurses in the ICU room had a more positive attitude than emergency nurses ($p = 0.034$). There fore, the result showed the differences in nurses' attitudes towards caring for dying patients in the emergency ward and ICU. there are differences between the proportion of respondents based on gender, level of education, length of time working in the emergency ward and ICU. the result showed gender, level of education, length of time working can influence nurses' attitudes towards caring for dying patients in the emergency ward and ICU. Further studies should examine the correlation between gender, level of education and experience working and nurses attitudes toward caring for dying patients.

Keyword : nurses Attitudes; caring; dying patients, emergency ward, ICU

RINGKASAN

Studi Komparasi Sikap Perawat Terhadap *End of life Care* di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember : Zumrotul Farikhah, 152310101142 : 2019 : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan

Kematian pada umumnya dialami klien dalam fase terminal di pelayanan kesehatan daerah, khususnya di ruang IGD, ICU dan ruang rawat inap. Kematian adalah peristiwa psikologis dan fisik yang mempengaruhi tidak hanya orang yang mengalaminya tetapi juga orang-orang disekelilingnya yang merawat, termasuk para profesional kesehatan khususnya perawat. Pasien dalam keadaan fase terminal akan membutuhkan perawatan menjelang ajal seperti perawatan untuk mengurangi gejala dan dukungan keluarga saat memasuki proses berduka cita. Perawat membutuhkan modal pengetahuan, keterampilan, sikap, dan kompetensi interpersonal untuk menyediakan perawatan menjelang ajal dengan penuh kasih sayang. Hal ini menjadi tantangan bagi profesional kesehatan terutama perawat yang selama 24 jam berada di samping klien. Seorang perawat harus menentukan sikap yang baik dalam memberikan perawatan menjelang ajal kepada klien.

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU di rumah sakit daerah. Variabel dalam penelitian ini adalah sikap perawat. Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode *Deskriptif Komparatif*. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat. Teknik sampling yang digunakan adalah total sampling dengan jumlah keseluruhan yaitu 40 responden yang terdiri dari 24 perawat di ruang IGD dan 16 perawat di ruang ICU. Data penelitian akan diambil dalam rentang waktu bulan Desember 2018 - Januari 2019. Data diambil menggunakan kuesioner FATCOD-BI (*The Frommelt Attitudes Toward Care Of The Dying Care Form B* (FATCOD-B) Versi Bahasa Indonesia).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa nilai rerata FATCOD-BI pada perawat di ruang IGD adalah 101,42 dengan nilai SD 6,646. Sedangkan nilai

rerata FATCOD-BI pada perawat di ruang ICU adalah 106,44 dengan nilai SD 7,633. Analisis perbedaan antara sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU menggunakan *t independent* dan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU (P value = 0,034). Tidak terdapat perbedaan antara nilai FATCOD-BI I (Sikap positif terhadap merawat pasien menjelang ajal) di ruang IGD dan ICU (p value = 0,618). Namun, terdapat perbedaan yang signifikan nilai FATCOD-BI II (Persepsi perawatan pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien) antara perawat IGD dan ICU (P Value = 0,017).

Sikap perawat di ruang ICU lebih positif jika dibandingkan dengan ruang IGD. Perbedaan ini dipengaruhi oleh kurangnya waktu perawatan menjelang ajal di ruang IGD, prioritas rendah, kurangnya privasi dan lingkungan IGD yang tidak cocok. Perawat tidak bisa memprioritaskan perawatan menjelang ajal kepada satu pasien saja dikarenakan masih ada pasien lain yang lebih membutuhkan pertolongan secara cepat dan tepat. Perawat juga mempunyai hambatan dalam mendiskusikan perasaan dan keinginan pasien dan keluarga dikarenakan kurangnya privasi. Perawat ICU mempunyai persepsi yang lebih positif terhadap perawatan menjelang ajal pada pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien dibandingkan dengan perawat IGD. Di ruang ICU sebagian besar anggota keluarga mengalami kontribusi keperawatan untuk perawatan menjelang ajal pasien dan diri mereka sendiri, terutama perawatan suportif. Terdapat perbedaan proporsi responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja antara perawat di ruang IGD dan ICU. Perbedaan tersebut mungkin mempengaruhi adanya perbedaan sikap perawat terhadap perawatan menjelang ajal di ruang IGD dan ICU. Sehingga penelitian yang bisa dilakukan selanjutnya adalah penelitian tentang hubungan antara karakteristik responden jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pengalaman bekerja dengan sikap perawat terhadap *End Of Life Care*.

PRAKATA

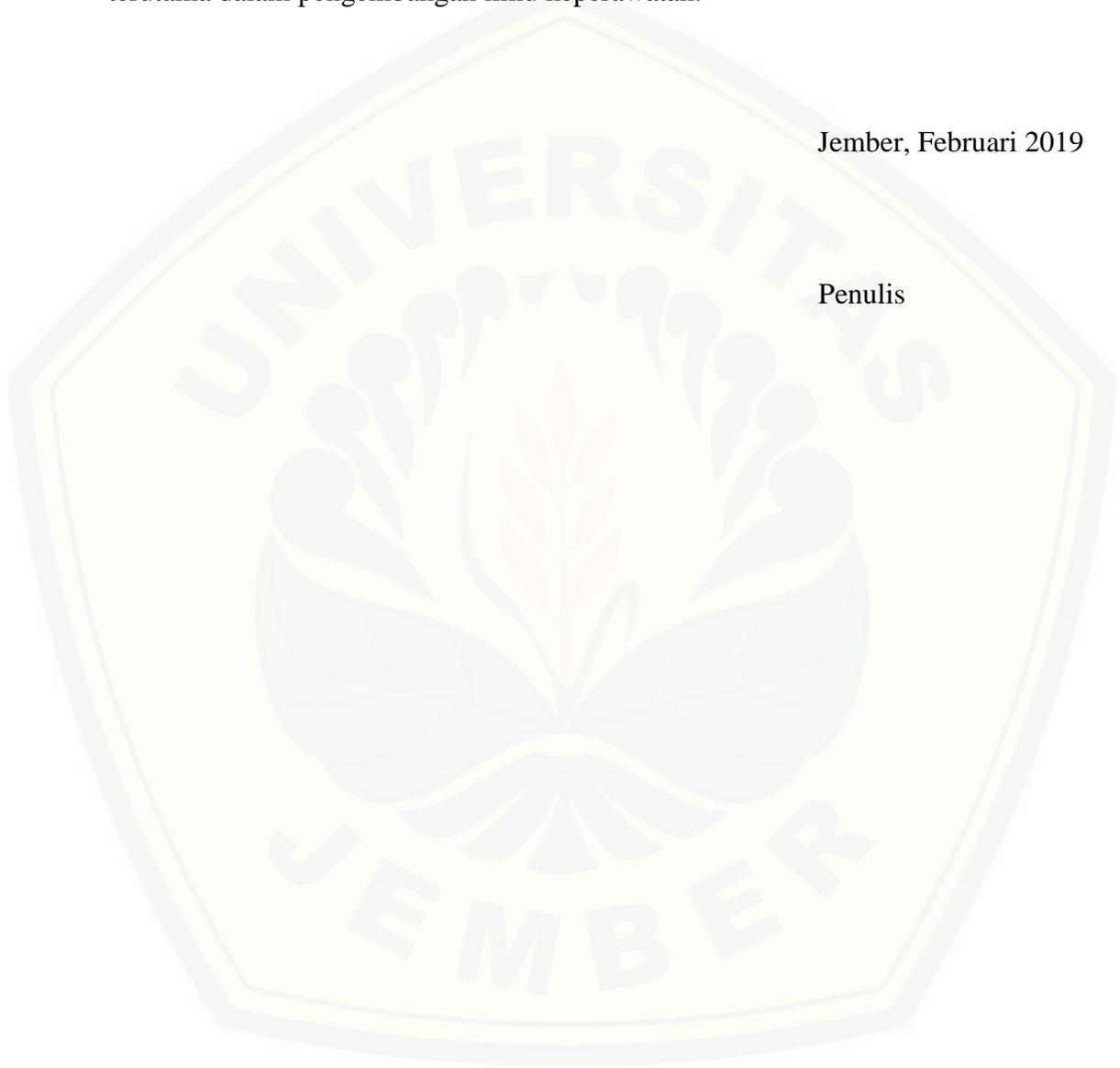
Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Studi Komparasi Sikap Perawat Terhadap *End of life Care* di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember”. Penyusunan skripsi ini tentunya tentunya tidak lepas dari bantuan berbagai pihak baik secara lisan maupun tulisan, maka peneliti berterima kasih kepada :

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep.,M.Kep, selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan banyak waktunya untuk membimbing dengan sangat sabar demi kesempurnaan skripsi;
3. Ns. Kushariyadi, SKep.,Mkep, selaku Dosen Pembimbing akademik yang telah membimbing dan memberikan arahan selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
4. Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalamannya kepada peneliti selama menempuh studi serta semua pihak yang telah berperan membantu dalam menyelesaikan proposal ini;
5. Ibunda Zulaikhoh, Ayahanda Moh. Ba’i, adik Luluk Fauziah, dan semua keluarga besar yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doanya demi kelancaran dan keberhasilan dalam menempuh studi di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
6. Seluruh teman seperjuangan Himpunan Mahasiswa Islam (HMI) yang telah memberikan dukungan dan doa demi terselesaikannya skripsi;
7. Seluruh angkatan 2015 Fakultas Keperawatan Universitas Jember khususnya sahabat Mery, Mitha, Novian, Devi, Alfia, Diah, Ifa dan Zulfa yang telah bersama-sama berjuang dari semester 1 hingga semester akhir.

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

Jember, Februari 2019

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
MOTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.4.1 Manfaat bagi peneliti.....	8
1.4.2 Manfaat bagi Institusi Pendidikan.....	8
1.4.3 Manfaat bagi Institusi Pelayanan Kesehatan.....	9
1.4.4 Manfaat bagi Profesi Keperawatan	9
1.4.5 Manfaat bagi Responden	9
1.5 Keaslian Penelitian.....	10
BAB 2. TINJAUAN TEORI	13
2.1 Konsep Sikap Perawat terhadap <i>End of life</i>.....	13
2.1.1 Konsep Sikap.....	13
2.1.2 Teori <i>Peaceful End Of Life</i>	19
2.1.3 Gambaran Sikap Perawat terhadap <i>End of life</i>	22
2.1.4 Perbedaan Sikap Perawat terhadap <i>End of life</i> di ruang IGD dan ICU	28
2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap Perawat terhadap <i>End of life</i>	37
2.1.6 Alat Ukur Sikap Perawat terhadap <i>End of life</i>	38
2.2 Karakteristik Rural Hospital.....	42
2.3 Kerangka Teori.....	47
BAB 3. KERANGKA KONSEP.....	49
3.1 Kerangka Konsep	49
3.2 Hipotesis Penelitian	49
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	51

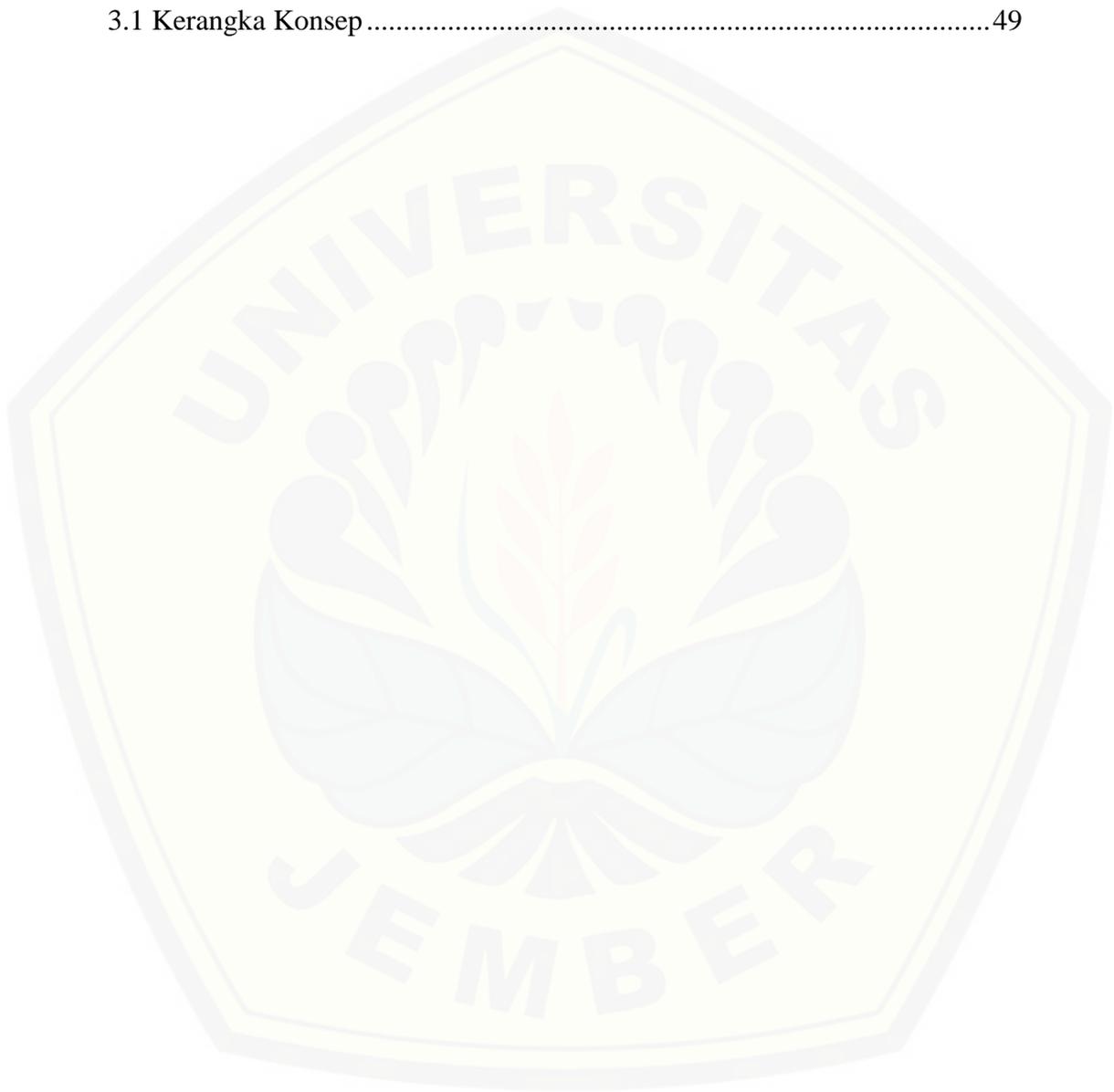
4.1 Desain Penelitian	51
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	51
4.2.1 Populasi Penelitian	51
4.2.2 Sampel Penelitian	52
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	52
4.2.4 Kriteria Sampel	53
4.3 Lokasi Penelitian	53
4.4 Waktu Penelitian	54
4.5 Definisi Operasional	54
4.6 Pengumpulan Data	55
4.6.1 Sumber Data	55
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	56
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	57
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	58
4.7 Pengolahan Data	61
4.7.1 Editing	61
4.7.2 Coding	62
4.7.3 Entry	63
4.7.4 Cleaning	64
4.8 Analisa Data	64
4.8.1 Analisis Univariat	64
4.8.2 Analisis Bivariat	64
4.9 Etika Penelitian	65
4.9.1 Prinsip Manfaat	65
4.9.2 Prinsip untuk Menghormati Martabat Manusia	66
4.9.3 Prinsip Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek Penelitian	66
4.9.4 <i>Justice</i> (Keadilan)	67
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	68
5.1 Hasil Penelitian	68
5.1.1 Gambaran Karakteristik Responden	68
5.1.2 Perbedaan Sikap Perawat terhadap End Of Life Care di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat	72
5.2 Pembahasan	74
5.2.1 Karakteristik Responden	74
5.2.2 Perbedaan Sikap perawat terhadap End Of Life Care di ruang IGD dan ICU	81
5.3 Keterbatasan Penelitian	85
5.4 Implikasi Keperawatan	86
BAB 6. PENUTUP	88
6.1 Kesimpulan	88
6.2 Saran	88
DAFTAR PUSTAKA	90
LAMPIRAN	98

DAFTAR TABEL

	Halaman
1.1 Keaslian Penelitian.....	11
4.1 Waktu Penelitian	54
4.2 Definisi Operasional dan Variabel Penelitian	55
4.3 <i>Blue print</i> Kuesioner FATCOD-B versi bahasa Indonesia	59
5.1 Gambaran Karakteristik Responden perawat berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan keperawatan, pengalaman bekerja, agama, status perkawinan, pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal, dan pengalaman mendapatkan pelatihan menjelang ajal di ruang IGD RSD Kalisat (n=9), ICU Kalisat (n=6), IGD RSD Balung (n=15), ICU RSD Balung (n=10)	69
5.2 Perbedaan nilai skor FATCOD-BI total, Indikator FATCOD-BI I, dan FATCOD-BI II di ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Jember	72

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Kerangka Teori.....	47
3.1 Kerangka Konsep.....	49



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
1. Lembar <i>Informed</i>	99
2. Lembar <i>Consent</i>	100
3. Kuesioner A	101
4. Kuesioner B	102
5. Lembar Konsul DPU dan DPA	107
6. Lembar Surat izin Studi Pendahuluan dari dekan Fakultas Keperawatan... 110	110
7. Lembar Surat izin Studi Pendahuluan dari Bakesbangpol..... 111	111
8. Lembar Surat izin Studi Pendahuluan dari RSD Kalisat..... 112	112
9. Lembar Surat izin Studi Pendahuluan dari RSD Balung..... 113	113
10. Lembar Surat Keterangan telah melaksanakan Studi Pendahuluan..... 114	114
11. Lembar Surat Izin Penelitian dari dekan Fakultas Keperawatan..... 115	115
12. Lembar Surat Izin Penelitian dari LP2M..... 116	116
13. Lembar Surat Izin Penelitian dari Bakesbangpol..... 117	117
14. Lembar Surat Izin Penelitian dari RSD Kalisat..... 118	118
15. Lembar Surat Izin Penelitian dari RSD Balung..... 119	119
16. Lembar Surat keterangan selesai penelitian dari RSD Kalisat..... 120	120
17. Lembar Surat keterangan selesai penelitian dari RSD Balung..... 121	121
18. Lembar Sertifikat Uji Etik..... 122	122
19. Hasil SPSS..... 123	123
20. Dokumentasi..... 129	129

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kematian merupakan tahapan kehidupan yang tidak dapat dihindari dan diprediksi. Kematian pada umumnya dialami klien dalam fase terminal di pelayanan kesehatan daerah, khususnya di ruang IGD, ICU dan ruang rawat inap (Beckstrand dkk., 2017). Fase terminal kehidupan klien bersifat unik karena setiap orang berbeda, bisa sangat pendek atau panjang (Gama dkk., 2012). Manusia akan membutuhkan perawatan menjelang ajal seperti perawatan untuk mengurangi gejala dan dukungan keluarga saat memasuki proses berduka cita (Gama dkk., 2012).

Kematian adalah peristiwa psikologis dan fisik yang mempengaruhi tidak hanya orang yang mengalaminya tetapi juga orang-orang disekelilingnya yang merawat, termasuk para profesional kesehatan (Gama dkk., 2012). Ketakutan, kecemasan, kesusahan, dan kesedihan dapat dirasakan oleh keluarga dan profesional kesehatan saat menghadapi pasien dengan menjelang ajal (Gama dkk., 2012). Hal ini menjadi tantangan bagi profesional kesehatan terutama perawat yang selama 24 jam berada di samping klien. Seorang perawat harus menentukan sikap yang baik dalam memberikan perawatan menjelang ajal kepada klien (Gastmans, 2012).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa pada tahun 2016 angka kematian dewasa secara global adalah 142 per 1.000 penduduk (WHO, 2016). Angka kematian di pelayanan kesehatan nasional di Inggris dan Wales

pada periode bulan Juli 2014 hingga Juni 2015 adalah sebanyak 39074 kasus (Green dkk., 2017). Angka kematian yang tinggi di pelayanan kesehatan bisa disebabkan karena kualitas pelayanan yang rendah dan keterlambatan transfer ke perawatan yang tepat (Green dkk., 2017). Hasil penelitian menjelaskan bahwa angka kematian akibat penyakit kronis di rumah sakit daerah secara signifikan lebih tinggi dari pada di rumah sakit perkotaan (Fleet dkk., 2018). Rata-rata kematian akibat penyakit kronis di rumah sakit di daerah yaitu 18.26 hingga 21.04 dan kisaran rata-rata kematian di perkotaan 14.11 hingga 16.78. Hal ini disebabkan karena kurangnya alat diagnostik dan alat penunjang kesehatan di daerah (Fleet dkk., 2018).

National Center for Health Statistics (NCHS) pada tahun 2010 menjelaskan bahwa terdapat 2,5 juta kasus kematian terjadi di Amerika Serikat, 1/3 (33%) dari jumlah total kematian tersebut terjadi di rumah sakit (Hall dkk., 2013). Hyland (2017) mengatakan sebanyak 29.000 orang meninggal di Irlandia setiap tahun, 43% meninggal di rumah sakit dan 20% kematian di rumah sakit terjadi di ICU. Tahun 2010, dari 129 juta pasien yang berkunjung ke departemen darurat rumah sakit daerah, 240.000 pasien meninggal meskipun perawatan untuk menyelamatkan nyawa pasien sudah dioptimalkan (Beckstrand dkk., 2017). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa jumlah kematian pasien kurang dari 8 jam di ruang IGD RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar dari bulan Oktober sampai November 2017 sebanyak 288 pasien (Lotfi, 2017). Jumlah kematian pasien pada periode bulan Juli sampai Desember tahun 2014 terdapat 81 orang dari total 493 pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan di ICU RSUP Dr. Kariadi Semarang

(Suryadilaga dkk., 2015). Beberapa data di atas membuktikan bahwa kematian sering terjadi di pelayanan kesehatan terutama di wilayah pedesaan sehingga perawat mempunyai peran besar dalam memberikan perawatan menjelang ajal di pelayanan kesehatan terutama di ruang IGD dan ICU di wilayah pedesaan.

End of life care (EOLC) atau perawatan menjelang ajal merupakan bagian dari konsep perawatan paliatif yang bertujuan membantu setiap penderita penyakit kronis untuk hidup sebaik mungkin sampai mereka mati dalam keadaan yang baik (*National Council for Palliative Care*, 2011). Seorang perawat sangat erat terlibat dalam proses perawatan menjelang ajal (*End of life care*) dan memainkan peran penting dalam kasus ini (Gastmans, 2012). Bentuk perawatan yang bisa dilakukan oleh seorang perawat yaitu manajemen nyeri dan gejala lainnya dan penyediaan psikologis, sosial, spiritual dan dukungan (*National Council for Palliative Care*, 2011). Perawat menjadi penyedia perawatan kesehatan yang paling konstan atau *continou* memberikan asuhan keperawatan menjelang ajal di ruang bangsal, ICU, IGD dan rumah. Perawat membutuhkan modal pengetahuan, keterampilan memberikan perawatan menjelang ajal yang efektif, pengembangan sikap dan kompetensi interpersonal untuk menyediakan perawatan menjelang ajal dengan penuh kasih sayang (Ali dan Ayoub, 2010). Hal ini menjadi tantangan bagi perawat dalam menentukan sikap, perilaku dan cara berkomunikasi yang baik dihadapan klien (*Canadian Nurse Association*, 2015).

Perawatan menjelang ajal di departemen kegawatdaruratan (IGD) adalah tantangan bagi perawat karena tata letak IGD yang merupakan tempat awal menerima pasien di rumah sakit, beban kerja darurat, dan sifat pekerjaan darurat

(menyelamatkan jiwa seseorang) (Decker dkk., 2015). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Decker (2015), ada beberapa hambatan perawatan menjelang ajal di ruang IGD, yaitu kurangnya waktu, prioritas rendah, kurangnya privasi, dan lingkungan tidak cocok. Tetapi, ada beberapa strategi untuk mengatasi beberapa hambatan perawatan menjelang ajal IGD yaitu pada saat menjelang ajal pasien segera dipindah ke ruangan khusus, perawat harus melakukan perawatan menjelang ajal semaksimal mungkin, perawat gawat darurat mendiskusikan karakteristik seperti penderitaan pasien dan keluarga, manajemen gejala, usia pasien, dan cara kematian pasien (Decker dkk., 2015).

Perawatan menjelang ajal di ruang ICU mempunyai karakteristik dan hambatan tersendiri. Ruang ICU merupakan tempat pasien dengan kondisi kondisi medis yang rumit, misalnya mengalami trauma (Baliza dkk., 2013). Perawat dapat mengalami hambatan ketika mereka bekerja untuk menyelamatkan hidup pasien sementara juga berusaha memberikan perawatan *EOL care* saat perawatan tidak berhasil (Baliza dkk., 2013). Hasil penelitian tentang *End of life* di ruang ICU menunjukkan bahwa ada beberapa hambatan pemberian perawatan menjelang ajal di ruang ICU, diantaranya kurangnya petugas keperawatan, kurangnya komunikasi antara pasien dengan dokter, dan ada permasalahan dengan anggota keluarga pasien (Beckstrand dkk., 2017). Penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa ada beberapa saran yang ditulis oleh perawat untuk meningkatkan kualitas perawatan menjelang ajal di ruang ICU, diantaranya yaitu memastikan dan merencanakan kematian yang baik bagi klien, meningkatkan komunikasi dokter dengan pasien dan keluarga, menyesuaikan rasio perawat-

pasien dengan 1:1, meningkatkan pendidikan EOL, dan menambah jumlah perawat (Beckstrand dkk., 2017).

Intervensi perawatan menjelang ajal yang dapat dilakukan oleh seorang perawat, diantaranya yaitu memberikan perhatian dan arahan terkait pengobatan yang tepat, memberikan rasa yang nyaman, memberikan intervensi untuk mengurangi respon nyeri, mendiskusikan kematian yang diinginkan dengan klien, mendengarkan keinginan klien untuk perawatan akhir hidupnya (*End of life care*), dan memberikan dukungan penuh untuk klien dan keluarga (*Canadian Nurse Association*, 2015). Intervensi yang harus dilakukan oleh perawat tersebut harus dilandasi dengan sikap perawat yang positif dalam merawat pasien menjelang ajal, karena keberhasilan perawatan pasien menjelang ajal dipengaruhi oleh sikap perawat dalam proses perawatannya (Gallagher dkk., 2015). Hasil penelitian menyebutkan bahwa sikap perawat yang negatif, seperti perasaan apatis, takut, dan ansietas dalam setiap pemberian asuhan keperawatan dapat menurunkan tingkat kualitas perawatan menjelang ajal (*End of life care*) pada pasien (Grubb dan Arthur, 2016).

Sikap dalam perawatan pasien merupakan hal yang utama dimiliki oleh perawat dalam upaya peningkatan status derajat kesehatan pasien menjelang ajal (A'la, 2016). Hasil penelitian lain membuktikan bahwa tingkat rata-rata sikap positif dan konsistensi yang tinggi perawat untuk tetap yakin merawat pasien dengan menjelang ajal di departemen *emergency* dan keluarga pasien terdekat (Wolf dkk., 2015). Hasil tersebut menunjukkan bahwa perawat darurat (IGD) merasa nyaman memberikan *End of life care* dalam ruang IGD (Wolf dkk., 2015).

Sebagian besar perawat ICU (81,9%) setuju untuk mendiskusikan perawatan menjelang ajal dengan keluarga, hampir 62,3% merasa bahwa perawat harus memulai diskusi dengan anggota keluarga. Hampir 40,6% perawat sudah melaksanakan diskusi perawatan menjelang ajal dengan keluarga (Tripathy dkk., 2017). Tantangan yang dihadapi oleh perawat dalam memberikan perawatan menjelang ajal ke klien yaitu kurangnya ruang, waktu, staf, dan adanya beban emosional (Wolf dkk., 2015).

Rumah sakit daerah Balung dan Kalisat merupakan rumah sakit tipe C yang berada di wilayah pedesaan di kabupaten Jember. Di wilayah pedesaan, banyak terjadi beberapa masalah kegawatdaruratan dan masalah kesehatan masyarakat sehingga rumah sakit tipe C tersebut yang terletak di pedesaan menjadi sasaran utama dan rujukan pertama masyarakat setempat, meskipun sumber daya manusia dan fasilitasnya masih belum lengkap seperti rumah sakit yang terletak di kota. Keadaan ini dapat meningkatkan resiko kematian pasien di pelayanan kesehatan daerah baik di ruang IGD, ICU, dan rawat inap karena keterlambatan rujukan pasien yang dalam keadaan *emergency* dan membutuhkan penanganan cepat, tepat dan dengan fasilitas kesehatan yang memadai. Berdasarkan studi pendahuluan didapatkan hasil bahwa terdapat 26 kasus kematian pasien di ruang IGD RSD Kalisat selama tahun 2017 dan terdapat 32 kasus kematian pasien di ruang ICU RSD Kalisat selama tahun 2018. Sedangkan kasus kematian yang terjadi di ruang IGD RSD Balung yaitu sebanyak 45 kasus dan 43 kasus kematian di ruang ICU RSD Balung.

Rumah sakit tipe D dan C sering dikunjungi dan menjadi rujukan utama masyarakat dikarenakan pemerintah menetapkan peraturan baru terkait rujukan pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan. Peraturan tersebut mengenai rujukan berobat harus berjenjang yaitu melalui pelayanan kesehatan tingkat rendah ke yang lebih tinggi. peraturan ini menyebabkan rumah sakit tipe D dan C ramai dikunjungi dan rumah sakit tipe A dan B menjadi sepi pengunjung. Hal ini juga menjadi salah satu faktor resiko peningkatan jumlah kematian di rumah sakit daerah dan tipe C di Indonesia (BPJS Kesehatan, 2018).

Sikap perawat terhadap *End of life (EOL) care* sangat penting untuk digambarkan sebagai acuan dan evaluasi proses perawatan menjelang ajal yang diberikan kepada klien di ruang IGD dan ICU, Namun, penelitian tentang EOL dalam departemen kegawatdaruratan dan ICU ini masih sedikit dilakukan (Wolf dkk., 2015). Oleh karena itu, peneliti sangat tertarik untuk meneliti tentang sikap perawat terhadap *End of life* dan membandingkan antara sikap perawat di IGD dan di ICU Rumah sakit daerah Kalisat dan Balung.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka peneliti dapat merumuskan masalah penelitian yaitu “bagaimanakah gambaran dan perbedaan sikap perawat terhadap *End of life care* di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat Kabupaten Jember ?“

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menggambarkan dan membandingkan “sikap perawat terhadap *End of life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat“

1.3.2 Tujuan khusus dari peneliti

- a. Mengidentifikasi perbedaan homogenitas responden seperti usia, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, status pernikahan, pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal, dan pengalaman mengikuti pelatihan perawatan menjelang ajal pada perawat di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat;
- b. Membandingkan sikap perawat terhadap *End of life care* ruang IGD dengan ruang ICU di RSD Balung dan RSD Kalisat;

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil dan manfaat penelitian ini dapat menambah pengetahuan, wawasan dan gambaran peneliti tentang sikap perawat terhadap *End of life Care* di di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat Kabupaten Jember.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah referensi dan memberikan peningkatan sikap positif perawat terhadap *End of life Care* di ruang IGD dan ICU sehingga kualitas asuhan keperawatan paliatif juga bisa ditingkatkan.

1.4.3 Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Manfaat bagi pelayanan kesehatan khususnya bagi institusi pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember yaitu data dari hasil penelitian dapat membantu menambah informasi, referensi dan wawasan tenaga kesehatan mengenai sikap perawat terhadap *End of life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat.

1.4.4 Bagi Profesi Keperawatan

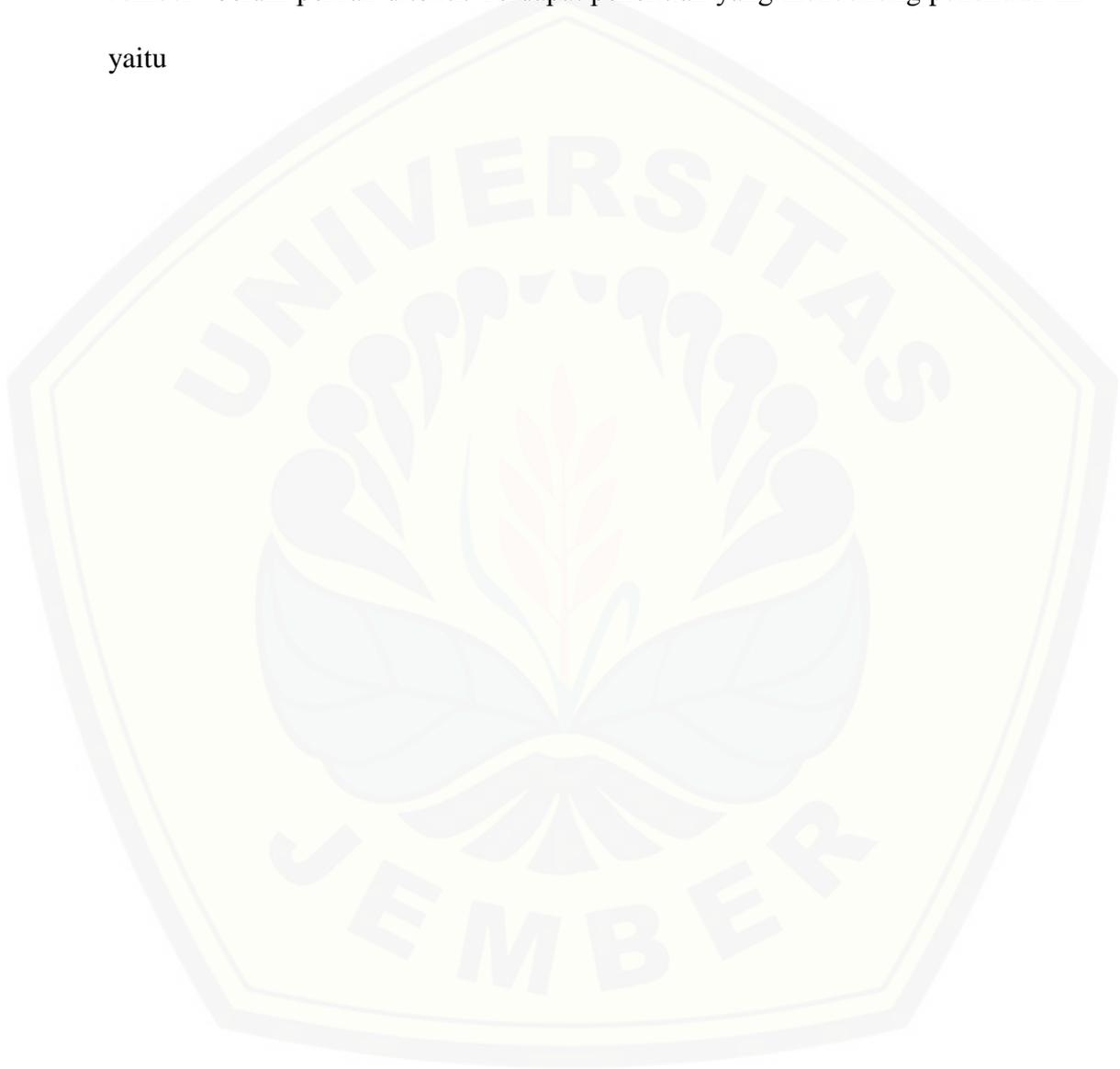
Manfaat yang bisa diperoleh bagi profesi keperawatan adalah dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan pedoman untuk memberikan asuhan keperawatan *End of life Care*.

1.4.5 Bagi Masyarakat dan Responden

Hasil penelitian ini dapat menambah informasi dan pengetahuan masyarakat mengenai sikap perawat terhadap *End of life Care* di ruang IGD dan ICU.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang berjudul “Studi Komparasi Sikap Perawat Terhadap *End Of Life Care* di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember” belum pernah diteliti. Terdapat penelitian yang mendukung penelitian ini yaitu



Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian lain	Penelitian Mahasiswa
1.	Judul penelitian	<i>The Last Frontier : Rural Emergency Nurses' Perceptions of End-Of-Life Care Obstacles</i>	<i>Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia</i>
			<i>Attitudes of nurses towards care of the dying patient in India</i>
			Studi Komparasi Sikap Perawat Terhadap End Of Iife Care di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD BalungKabupaten Jember
2.	Variabel	Persepsi perawat terhadap <i>End of life</i>	<i>Knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care</i>
			<i>Attitudes of nurses</i>
			Sikap perawat terhadap End of life
3.	Tempat	Di 52 rumah sakit daerah di Idaho, Wyoming, Utah, Nevada, dan Alaska.	<i>in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia</i>
			di Rumah Sakit Global di Chennai, India
			Di RSD Balung dan RSD Kalisat Kabupaten Jember
4.	Rancangan penelitian	Jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain <i>cross sectional survei</i> .	Jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i>
			Jenis penelitian kuantitatif dengan menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i>
			Jenis penelitian kuantitatif dan desain penelitian yang digunakan adalah <i>deskriptif Komparatif</i> dengan pendekatan <i>cross sectional</i> dan teknik pengambilan sampel <i>total sampling</i>

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

5.	Alat Ukur	<i>The Rural Emergency Nurses' Perception of End of-Life Care questionnaire</i>	<i>Frommelt's Attitude Toward Care of the Dying (FATCOD) Scale, Palliative Care Quiz for nursing questions</i>	kuesioner demografis, <i>Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-B, English version)</i> dan tes pengetahuan	<i>Frommelt's Attitude Toward Care of the Dying (FATCOD)</i> versi Bahasa Indonesia
6.	Sumber referensi	<i>Science Direct</i>	<i>Proquest</i>	Pubmed	-
7.	Peneliti	<i>Renea L. Beckstrand, PhD RN, CCRN, CNE, Virginia C. Giles, FNP-c, Karlen E. Luthy, DNP, FNP-c, Lynn C. Callister, PhD, RN, FAAN, and Sondra Heaston, FNP-c, APRN, Provo, UT</i>	<i>Hiwot Kassa, Rajalakshmi Murugan, Fissiha Zewdu, Mignote Hailu, and Desalegn Woldeyohannes</i>	<i>Rachelle J Lancaster, Cynthia Kautzmann, Jothi Clara J Micheal, Leena Chandrasekaran, Jayalakshmi Jambunathan and Tammy M Chapin</i>	Zumrotul Farikhah
8.	Tahun	2012	2014	2017	2018
9.	Besar Sampel	236 Perawat	341 perawat	101 perawat	40 perawat

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Sikap Perawat Terhadap *End of life Care*

2.1.1 Konsep Sikap

Sikap adalah reaksi seseorang atau respon tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Efendi dan Makhfudli, 2009). Sikap belum diwujudkan dalam tindakan, akan tetapi merupakan predisposisi suatu perilaku (Efendi dan Makhfudli, 2009). Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk merespon terhadap stimulus di lingkungan luar sebagai suatu penghayatan terhadap stimulus tersebut. Walgito (2010) mengungkapkan bahwa sikap merupakan organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek atau situasi yang relatif ajek dan disertai dengan perasaan tertentu serta memberikan dasar pada orang tersebut untuk membuat respon atau berperilaku dalam cara tertentu yang dipilihnya (Candra, dkk., 2017).

Ahmadi (2010) berpendapat bahwa sikap adalah kesiapan merespon stimulus atau situasi secara konsisten dengan respon positif atau negatif (Candra, dkk., 2017). Kesimpulan dari pengertian sikap adalah suatu respon yang berasal dari dalam diri seseorang yang bersifat secara tertutup terhadap stimulus atau objek dari luar. Ada tiga hal penting yang terkandung dalam sikap yaitu aspek kognisi (keyakinan), perasaan (afeksi) dan psikomotor (perilaku) (Candra, dkk., 2017). Komponen kognisi, afeksi dan psikomotor merupakan komponen-komponen sikap yang saling mendukung yang masuk dalam struktur sikap (Azwar, 1995 dalam Candra, dkk., 2017).

a. Komponen kognisi

Komponen ini berisi persepsi, kepercayaan dan *stereotype* seseorang mengenai sesuatu atau stimulus. Setelah kepercayaan terbentuk, maka akan menjadi dasar pengetahuan seseorang pada objek tersebut. Tanpa adanya kepercayaan, maka fenomena di dunia luar menjadi terlalu kompleks untuk dihayati dan sulit ditafsirkan artinya. Kepercayaan akan menyederhanakan sesuatu yang dilihat. Tetapi, kepercayaan sebagai komponen kognisi tidak selalu bersifat akurat, terkadang kepercayaan terbentuk karena kurangnya informasi yang lengkap dan benar tentang objek yang dihadapi (Azwar, 1995 dalam Candra, dkk., 2017)

b. Komponen afeksi

Komponen ini menunjukkan dimensi emosional subjektif seseorang terhadap objek sikap, baik yang positif (rasa senang) dan negatif (rasa tidak senang). Komponen afeksi dipengaruhi oleh sesuatu yang dipercaya (komponen kognisi) seseorang (Candra, dkk., 2017).

c. Komponen psikomotor

Komponen ini berkaitan dengan predisposisi atau kecenderungan untuk bertindak terhadap objek sikap yang dihadapinya (Candra, dkk., 2017).

Sikap yang ada dalam diri seseorang mempunyai beberapa fungsi, diantaranya yaitu fungsi instrumental, fungsi pertahanan ego, fungsi nilai ekspresi, fungsi pengetahuan dan fungsi penyesuaian sosial (Atkinson, 2012 dalam Candra, dkk., 2017). Pertama, fungsi instrumental yaitu fungsi sikap yang dikaitkan dengan alasan praktis atau manfaat dan menggambarkan keinginan seseorang. Sikap instrumental merupakan sarana untuk mencapai tujuan (Sunaryo, 2013).

Jika objek mendukung individu untuk mencapai tujuan, individu akan bersikap positif terhadap objek begitupun sebaliknya (Sunaryo, 2013). Kedua, fungsi pertahanan ego, individu berusaha melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga dirinya (Sunaryo, 2013).

Ketiga, fungsi ekspresi nilai yaitu sikap dapat mengekspresikan nilai yang ada dalam diri seseorang (Sunaryo, 2013). Sistem nilai yang sudah dijadikan pedoman oleh seseorang maka dapat dilihat dari sikap yang dipilihnya yang bersangkutan dengan nilai tersebut (Sunaryo, 2013). Keempat, fungsi pengetahuan yaitu sikap membantu individu mengetahui dunia. Setiap individu pasti mempunyai rasa ingin tahu dan ingin mendapatkan lebih banyak wawasan (Sunaryo, 2013). Kelima, fungsi penyesuaian sosial. Fungsi ini membantu individu merasa menjadi manusia yang saling membutuhkan dan saling menyesuaikan di lingkungan masyarakat (Sunaryo, 2013).

Walgito (2001) mengatakan bahwa terdapat empat hal penting yang menjadi faktor penentu sikap seseorang, yaitu faktor fisiologis, pengalaman langsung terhadap objek sikap, kerangka acuan dan komunikasi sosial. Pertama, faktor fisiologis yang terdiri dari umur dan kesehatan. Kedua, pengalaman langsung seseorang terhadap objek sikap dapat mempengaruhi pembentukan sikap. Ketiga, faktor kerangka acuan. Kerangka acuan yang menyimpang dari objek sikap maka akan menimbulkan sikap negatif terhadap objek tersebut. Keempat, faktor komunikasi sosial. Informasi yang diterima oleh individu bisa menimbulkan perubahan sikap pada diri individu tersebut (Sunaryo, 2013).

Ciri-ciri sikap seseorang menurut Walgito (2001) adalah (Sunaryo, 2013):

- a. Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi sikap bisa dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman seseorang dalam rentang waktu berhubungan dengan dengan objek sikap
- b. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari
- c. Sikap tidak bisa berdiri sendiri, namun selalu berhubungan dengan objek sikap
- d. Sikap mempunyai objek yang berjumlah satu atau lebih
- e. Sikap bisa berlangsung dalam waktu yang lama dan tidak lama
- f. Ada faktor perasaan dan motivasi dalam sikap seseorang

Ada beberapa tingkatan sikap menurut Notoatmodjo (2003) (Efendi dan Makhfudli, 2009), diantaranya yaitu :

- a. Menerima

Menerima merupakan tingkatan sikap yang pertama dimana dalam tingkatan ini seseorang bersedia untuk memperhatikan dan menerima stimulus yang diberikan.

- b. Merespons

Pada tahapan ini seseorang bersedia memberikan jawaban jika ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Karena menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan dapat mengindikasikan bahwa seseorang telah menerima suatu stimulus tersebut.

- c. Menghargai

Pada tahapan ini seseorang akan mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah atau stimulus.

d. bertanggung jawab

tingkatan sikap yang paling tinggi adalah bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko.

Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri seseorang. Faktor internal adalah faktor penentu pembentukan sikap, dimana faktor internal yang dapat menentukan stimulus atau objek dari luar bisa diterima atau tidak. Faktor internal dalam pembentukan sikap adalah faktor psikologis yang terdiri dari motif, minat dan perhatian serta faktor fisiologis yang terdiri dari perasaan sakit, lapar dan haus. Faktor yang kedua adalah faktor eksternal. Faktor eksternal berupa stimulus untuk membentuk dan mengubah sikap. Stimulus bisa bersifat langsung antara individu dengan individu, individu dengan kelompok. Stimulus juga dapat bersifat tidak langsung yaitu melalui perantara seperti alat komunikasi dan media massa, baik elektronik maupun non-elektronik. Faktor eksternal dalam pembentukan sikap yaitu pengalaman, situasi yang dihadapi, norma dalam masyarakat, hambatan, dan pendorong yang dihadapi individu dalam masyarakat (Sunaryo, 2013).

Ada beberapa cara untuk membentuk sikap menurut Sarwono (2002). Pertama, adopsi yaitu cara pembentukan dan perubahan sikap melalui suatu peristiwa yang sering terjadi secara bertahap sehingga mudah diserap oleh individu dan selanjutnya akan berpengaruh terhadap sikap individu tersebut

(Sunaryo, 2013). Kedua, diferensial yaitu pembentukan dan perubahan sikap yang disebabkan karena pengetahuan, pengalaman, intelegensi, dan penambahan umur pada individu (Sunaryo, 2013). Ketiga, integrasi adalah pembentukan dan perubahan sikap secara bertahap yang diawali adanya pengetahuan dan pengalaman terhadap objek sikap tersebut (Sunaryo, 2013). Keempat, trauma adalah pembentukan dan perubahan sikap melalui kejadian yang terjadi secara mendadak dan mengejutkan sehingga menimbulkan kesan tersendiri yang sangat mendalam (Sunaryo, 2013). Kelima, generalisasi yaitu pembentukan dan perubahan sikap karena pengalaman traumatik pada diri individu terhadap objek sikap sehingga dapat menimbulkan sikap negatif terhadap hal yang sejenis dengan objek (Sunaryo, 2013).

Seorang perawat profesional dituntut untuk memiliki sikap yang baik dan profesional di depan pasien, karena selama 24 jam perawat berada di samping pasien. Beberapa sikap perawat yang harus dimiliki oleh seorang perawat pada saat merawat pasien yaitu (Sunaryo, 2013) :

- a. sikap memberi kasih sayang kepada pasien dan keluarga pasien yang dirawatnya
- b. sikap perhatian terhadap semua hal yang dibutuhkan pasien
- c. sikap memberikan rasa aman pada pasien dan menenangkan pasien
- d. sikap ramah terhadap pasien dan keluarga pasien
- e. sikap lembut dan murah senyum
- f. sikap dapat dipercaya
- g. sikap percaya diri

- h. sikap menahan diri, jangan sampai menyalahkan, menyudutkan, memperlakukan dan mengkritik pasien dan keluarga
- i. sikap memandirikan pasien
- j. sikap menghindari ucapan kasar
- k. sikap penuh pengetahuan dan pengabdian
- l. sikap riang gembira
- m. sikap kooperatif dengan pasien dan keluarga saat memberikan asuhan keperawatan
- n. sikap yang membantu keluarga dan pasien dalam menghadapi kesulitan dan permasalahan
- o. sikap humoris sesuai situasi dan kondisi pasien untuk menghibur pasien

2.1.2 Teori *Peaceful End Of Life*

Teori *Peaceful End Of Life* merupakan teori akhir kehidupan secara damai yang dicetuskan oleh Ruland dan Moore (1998). Teori ini digunakan untuk menggambarkan proses pengembangan standar perawatan yang terfokus pada akhir kehidupan yang damai bagi pasien yang sakit. Fokus utama standar perawatan pada pasien menjelang ajal adalah kedamaian dan kehidupan yang bermakna di akhir hayat pasien. Perawatan untuk pasien tidak hanya membutuhkan pengetahuan yang berkaitan dengan manajemen nyeri dan gejala, tetapi juga membutuhkan sikap peduli seperti kesadaran, kepekaan, dan welas asih. Seorang perawat mempunyai tantangan yang lebih dalam mengembangkan standar perawatan akhir kehidupan yang damai. Perawat harus melakukan

perawatan yang kompleks dan holistik seperti manajemen nyeri, kenyamanan, nutrisi, relaksasi dan aspek penting lainnya sehingga pasien bisa melalui akhir kehidupan secara damai (Ruland dan Moore, 1998).

Ada beberapa indikator yang digunakan sebagai acuan seorang perawat dalam memberikan perawatan akhir kehidupan yang damai pada pasien. Indikator-indikator tersebut dapat dilihat dari tiga sudut pandang, yaitu sudut pandang pasien, pasien dan keluarga, dan keluarga. Indikator yang bisa dilihat dari pasien adalah pasien tidak memiliki rasa sakit, mual, dan kehausan. Serta pasien memiliki pengalaman kenyamanan optimal, kedamaian dan tidak meninggal dengan perasaan sendirian (keseharian). Indikator yang bisa dilihat dari pasien dan keluarga adalah memiliki keyakinan bahwa mereka menerima perawatan sebaik mungkin, pasien dan keluarga bisa mempertahankan harapan dan kebermaknaan, keluarga ikut berpartisipasi dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan pasien, keluarga dan pasien merasa diperlakukan dengan martabat dan rasa hormat sebagai manusia, serta keluarga dan pasien berhak untuk mendapatkan bantuan dalam penjelasan informasi terkait dengan akan datangnya kematian pada pasien. Indikator yang terakhir bisa dilihat dari keluarga pasien, dimana keluarga pasien berhak untuk ikut merawat pasien sesuai keinginannya, dapat mengucapkan perpisahan dengan pasien sesuai dengan keyakinan, ritual, budaya dan keinginan mereka, serta keluarga berhak mendapatkan informasi tentang prosedur dan pemakaman yang diinginkan pasien (Ruland dan Moore, 1998).

Dari beberapa indikator di atas, dapat diambil kesimpulan bahwa ada lima indikator yang bisa digunakan sebagai acuan dalam memberikan perawatan akhir

kehidupan (Ruland dan Moore, 1998). Indikator tersebut diantaranya yaitu (Ruland dan Moore, 1998) :

a. tidak ada nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan secara aktual dan potensial.

b. pengalaman kenyamanan

Pasien yang sakit parah mungkin merasa tidak nyaman karena berbagai alasan (mis., mual, haus, masalah eliminasi, imobilitas, membran mukosa kering, atau deteriorasi fungsi tubuh). Sehingga perawat harus memberikan solusi dari ketidaknyamanan, kepuasan, dan apa pun yang membuat hidup mudah atau menyenangkan. Hal yang bisa dilakukan seorang perawat diantaranya yaitu memastikan posisi tempat tidur yang nyaman, mencegah dekubitus, membahas penggunaan anti-emetik dengan pasien, dan menawarkan obat nyeri profilaksis sebelumnya, mandi di tempat tidur, menggunakan sentuhan terapeutik, atau menawarkan intervensi yang memberikan kenyamanan dan kesenangan seperti fisioterapi, musik, pijat, perawatan mulut, perawatan mata, atau perawatan kaki.

c. pengalaman martabat dan rasa hormat

pasien sebagai seorang manusia maka selayaknya untuk dihormati dan dihargai. Terutama pada pasien yang sakit parah maka pasien membutuhkan untuk dihormati dalam hal privasi pasien dan nilai-nilai yang dianut pasien.

d. Berdamai

Pasien ingin merasakan ketenangan, harmoni, dan kepuasan dan pasien tidak ingin terganggu oleh kecemasan, kegelisahan, kekhawatiran, dan ketakutan

e. kedekatan kepada orang lain yang signifikan atau orang lain yang peduli.

Pasien membutuhkan seseorang yang peduli terhadap kondisinya dan menjadi sandaran ketika sakit.

Intervensi yang bisa dilakukan oleh seorang perawat dalam memberikan perawatan akhir hidup yang damai adalah (Ruland dan Moore, 1998)

- a. Memantau dan mengatur pereda nyeri dengan menggunakan farmakologis dan nonfarmakologis
- b. Mencegah, memantau, dan menghilangkan ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi istirahat, relaksasi, dan kepuasan, dan mencegah komplikasi
- c. Kepedulian orang terdekat, memperlakukan pasien secara bermartabat, empati, dan hormat, dan penuh perhatian untuk kebutuhan, keinginan, dan preferensi yang diungkapkan pasien
- d. Memberikan dukungan emosional, memantau dan memenuhi kebutuhan pasien seperti membrikan obat anti-kecemasan, dan menyediakan kehadiran orang terdekat agar pasien merasa damai
- e. Memfasilitasi partisipasi orang lain dalam perawatan pasien, memahami kesedihan, kekhawatiran, dan memfasilitasi peluang untuk kedekatan keluarga

2.1.3 Gambaran Sikap Perawat terhadap *End of life Care*

End of life atau menjelang ajal klien merupakan tanda-tanda yang dialami klien menuju kematian. Tindakan kegawatan sangat mungkin untuk berkembang menuju kematian. Tanda-tanda kematian seseorang yang pertama adalah mati

klasik. Mati klasik ditandai dengan berhentinya fungsi nafas dan jantung keseluruhan. Tanda ini diketahui setelah dilakukan tindakan resusitasi emergensi. Kedua adalah mati otak atau mati batang otak. MBO adalah kehilangan yang menetap kemampuan untuk sadar dan kehilangan menetap fungsi batang otak termasuk kemampuan untuk bernafas. Tanda gejala kematian batang otak yaitu secara klinis terbukti kerusakan SSP, bukan intoksikasi obat atau keracunan, suhu tubuh ≥ 32 C (Bahrudin, 2017). Tiga tanda utama kematian batang otak adalah koma dalam, hilangnya seluruh refleks batang otak dan apnea. Pada tahapan menjelang ajal, perawat harus berada disamping klien dan melakukan perawatan menjelang ajal (Pandhita S, 2010).

Salah satu sikap perawat yang penting untuk diperhatikan adalah pada saat melakukan perawatan menjelang ajal. Sikap positif yang ideal untuk merawat pasien menjelang ajal didefinisikan sebagai fleksibilitas dalam hubungan interpersonal, keinginan untuk berkomunikasi secara terbuka tentang isu-isu kritis, dan pikiran psikologis dalam kaitannya dengan pasien dan keluarga (Ali dan Ayoub, 2010). Lev (1986) mengungkapkan bahwa sikap sebagai pola pandangan yang mencerminkan persepsi dan pengalaman kumulatif sebelumnya yang termasuk komponen kognitif, afektif dan perilaku. Komponen kognitif yang terdiri dari pengetahuan perawat dan pengalaman perawat. Aspek kedua dari sikap adalah komponen afektif. Kecenderungan positif atau negatif terhadap objek dapat mengakibatkan upaya mencari atau menghindari dan menyukai atau tidak menyukai. Kecenderungan afektif positif dapat menjelaskannya perawat yang merasa nyaman dengan orang menjelang ajal. Kecenderungan afektif negatif

dapat menjelaskan perawat yang merasa terbebas dari pasien dengan menjelang ajal dan menarik diri secara emosional. Ketiga adalah komponen perilaku, yaitu tindakan yang diambil oleh individu yaitu memilih melakukan perawatan menjelang ajal atau tidak melakukan.

Perawatan menjelang ajal berfokus pada pasien dan diberikan kepada pasien yang memiliki penyakit kronis atau terminal. Keperawatan menjelang ajal termasuk dalam bagian keperawatan paliatif, karena keperawatan paliatif adalah perawatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa dengan cara memberikan perawatan untuk mengurangi gejala dan nyeri, memberikan dukungan spiritual dan psikososial dari sejak diagnosa ditegakkan hingga akhir hayat pasien, serta mendukung keluarga pada fase berkabung (WHO, 2008). Bentuk perawatan paliatif yang bisa dilakukan yaitu membina kehidupan, memberikan perawatan menjelang ajal dengan cara menganggap mati sebagai proses normal, tidak ingin mempercepat atau menunda kematian dan menggunakan pendekatan tim untuk menangani kebutuhan pasien dan keluarga termasuk konseling berduka atau berkabung jika diindikasikan (Hall dkk., 2011). Perawatan menjelang ajal bisa diberikan kepada klien saat mendekati fase akhir kehidupan.

Perawatan menjelang ajal penting untuk diperhatikan dan diberikan kepada klien karena fokus dari perawatan tersebut adalah penyediaan kenyamanan dan pemberian bantuan, dari pada penyembuhan (Norlander, 2008). Perawatan menjelang ajal di rumah sakit sering dipandang sebagai bagian dari perawatan paliatif yang difokuskan kepada pasien yang tidak lagi mencari perawatan aktif,

kuratif dan memiliki harapan hidup 6 bulan atau kurang. Perawatan menjelang ajal yang terbaik meliputi pendekatan holistik dalam hal fisik, pribadi, keluarga, dan alam spiritual pasien. Keluarga pasien harus selalu dianggap sebagai bagian dari unit perawatan (Norlander, 2008).

Perawatan menjelang ajal sering diabaikan dalam praktek medis sehari-hari karena kesibukan tenaga kesehatan. Perawatan menjelang ajal yang optimal dimulai dengan mendiskusikan dengan jujur tentang perkembangan penyakit dan prognosis kepada keluarga dan klien. Perawatan menjelang ajal yang berkaitan dengan program rumah perawatan, rasa nyeri dan gejala yang tidak diinginkan pada pasien harus didiskusikan secara matang dengan keluarga dan pasien sehingga masalah tersebut dapat teratasi dan kualitas hidup pasien dapat meningkat (Lee, 2002).

Salah satu tugas profesional kesehatan sebelum memberikan perawatan menjelang ajal adalah harus memahami keadaan pikiran dan perasaan pasien dengan menjelang ajal tersebut. Pertama, tahap mental pada orang yang sedang dengan menjelang ajal adalah penolakan dan isolasi. Setelah mendengar kabar buruk, pasien sering tidak dapat menerima atau fakta penyakitnya. Pasien mungkin terus menyangkal kedatangan kematian. Tahap kedua adalah kemarahan. Pada umumnya pasien mengungkapkan perasaan melalui kemarahan atau emosi lainnya. Tahap ketiga adalah tawar-menawar. Pasien mungkin mencoba menegosiasi diri sendiri dalam upaya untuk kembali normal. Tahap keempat adalah depresi ketika pasien merasa sedih setelah menyadari kepastian datangnya kematian. Tahap akhir adalah penerimaan di mana pasien menerima kematian dan

pindah ke tingkat psikologis baru (Lee, 2002).

Penting untuk diketahui bahwa orang dengan menjelang ajal harus memiliki kendali perawatan medis, hak untuk mendengar informasi sebenarnya meskipun menyakitkan, waktu untuk mengingat kenangan masa lalu, hak untuk mempertahankan selera humor yang baik, Kehadiran orang terdekat, dan kesempatan untuk membicarakan masalah spiritual. Perawat harus sadar sepenuhnya terhadap perubahan emosional dan fisik selama proses menjelang kematian ketika berhadapan dengan pasien menjelang ajal. Reaksi normal dan abnormal dari orang dengan menjelang ajal dan keluarga harus diakui dan ditanggapi dengan tepat. Selain itu, sebelum berempati dengan pasien dan keluarga, perawat perlu memahami reaksi mereka sendiri terhadap proses kematian, karena hal tersebut akan mempengaruhi sikap perawat terhadap pasien menjelang ajal (Lee, 2002).

Lima prinsip perawatan menjelang ajal yang dapat membantu perawat dalam mengoptimalkan penyusunan rencana keperawatan secara komprehensif serta dapat memberikan dukungan untuk pasien dan keluarga adalah (Norlander, 2008) :

- a. Menghormati dan mendiskusikan keinginan pasien dan keluarga.

Perawat akan bertanya tentang keinginan pasien dan keluarga, termasuk keputusan pasien dan keluarga tentang perawatan menjelang ajal, memberikan bantuan dan sumber daya untuk merumuskan memajukan rencana perawatan, dan menghormati keputusan perawatan kesehatan secara tertulis.

- b. Mengurangi atau menghilangkan gejala penyakit yang dirasakan.

Perawat akan mengkaji mengenai keluhan pasien, memberikan intervensi untuk mengurangi gejala yang tidak diinginkan, mengantisipasi dan mencegah munculnya gejala yang lebih berat.

c. Mengatasi kesedihan emosional, spiritual, dan pribadi

Perawat akan bertanya mengenai perasaan pasien yang berkaitan dengan penderitaan emosional dan spiritual serta perawat menawarkan bantuan dan mendiskusikan coping yang tepat.

d. Mendiskusikan persiapan kematian atau kematian yang diinginkan dengan pasien dan keluarga.

Perawat akan menyediakan informasi yang jujur tentang apa yang mungkin terjadi dan perawat menyediakan panduan dalam merencanakan bagaimana menangani kejadian yang dapat diprediksi. Perawat juga mendiskusikan keinginan pasien dan keluarga setelah tahap kematian.

e. Mengakui proses berkabung atau Berduka.

Perawat akan memberikan ketenangan dan tempat yang aman bagi keluarga untuk berduka cita, mengakomodasi keinginan keluarga dengan orang yang dicintai (pasien yang meninggal), dan mengakui bahwa berduka adalah proses jangka panjang.

Sebagian besar pasien yang mendekati akhir kehidupan telah menghabiskan waktu yang lama untuk menderita penyakit kronis. Perawatan paliatif dan perawatan menjelang ajal sering telat dilakukan karena kegagalan mengenali perubahan kondisi pasien. Perawat harus mulai sedini mungkin untuk mendiskusikan perawatan menjelang ajal dengan pasien dan keluarga (Norlander,

2008). Setelah seorang pasien bertekad untuk menghadapi risiko kematian, perawat harus merencanakan perubahan fokus asuhan keperawatan, awalnya berfokus pada kuratif berubah menjadi paliatif. Peran yang bisa dilakukan oleh seorang perawat pada saat-saat tersebut yaitu mengadvokasi pasien dan membantu memandu keluarga untuk mendiskusikan tentang keinginan dan tujuan perawatan pasien (Norlander, 2008).

Perawatan yang dilakukan di rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, klinik, atau rumah tidak akan mempengaruhi keberhasilan dari pemberian perawatan menjelang ajal, hal yang paling penting untuk diperhatikan adalah kebutuhan kenyamanan pasien (Norlander, 2008). Ruang di rumah sakit yang sering menjadi tempat pemberian perawatan menjelang ajal diantaranya ruang IGD dan ruang ICU. Seorang perawat tetap harus menerapkan perawatan menjelang ajal kepada pasien yang membutuhkan dan menunjukkan sikap positif kepada pasien menjelang ajal di beberapa ruangan rumah sakit dengan karakteristik dan hambatan yang berbeda.

2.1.4 Perbedaan Sikap Perawat terhadap *End of life Care* di IGD dan di ICU

Ruang ICU dan IGD rumah sakit merupakan dua tempat perawatan di rumah sakit yang mempunyai beberapa persamaan. Pertama, keduanya merupakan tempat pasien dalam keadaan sakit parah atau trauma. Kedua, Keduanya membutuhkan personil (dokter, perawat, asisten, dll) yang secara khusus sudah terlatih. Ketiga, perawat di IGD dan ICU membutuhkan keterampilan atau keahlian prosedural yang tinggi. Keempat, perawatan di IGD dan ICU mempunyai

tujuan sama yaitu menyelamatkan nyawa sehingga sering dilakukan resusitasi dan kematian sering terjadi di kedua ruangan ini. Kelima, di ruang IGD dan ICU mempunyai ruang lingkungan yang buruk bagi pasien dan keluarga. Di dua ruangan tersebut tidak ada ruangan khusus untuk keluarga sehingga mempengaruhi pemberian perawatan menjelang ajal (Beckstrand dkk., 2017). Keenam, ada beberapa perawatan pasien di IGD dan ICU yang sama seperti manajemen jalan nafas, penatalaksanaan syok, penanganan trauma dan perawatan paliatif (Weingart dkk., 2013).

Sebuah penelitian retrospektif tahun 2011-2016 di IGD rumah sakit Universitas di Pleven mendapatkan hasil bahwa diantara 156.848 pasien dalam periode penelitian, 381 meninggal dan tingkat kematian 2,4 /100000 (Stefanovski dkk., 2017). Sebagian besar kasus kematian tersebut disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kematian termasuk kemiskinan, keterlambatan membawa pasien ke rumah sakit, dan kurangnya pusat perawatan yang dikembangkan untuk pasien yang sakit parah (Stefanovski dkk., 2017). Sedangkan tingkat mortalitas pasien ICU di rumah sakit militer III Bangladesh selama dua tahun adalah 3,58%, dengan penyebab kematian adalah penyakit jantung iskemik (20%), penyakit serebrovaskular (14,28%), dan penyakit paru obstruktif kronik (10%) (Alam dkk., 2017).

Ruang ICU atau *intensive care unit* merupakan ruang perawatan di rumah sakit yang ditempati oleh pasien dengan kondisi mengancam jiwa atau kritis. Prosedur yang dilakukan di ruang ICU ditujukan untuk menyelamatkan nyawa pasien atau mempertahankan kehidupan, sehingga tenaga kesehatan khususnya

perawat harus selalu memantau keadaan pasien secara intensif dengan peralatan khusus seperti EKG, defribilator, dan ventilator. Tenaga medis yang bertugas di ruang ICU dituntut untuk bisa melakukan penanganan medis kritis dengan kesiapsiagaan yang tinggi. tenaga medis harus siap 24 jam, jika sewaktu-waktu ada pasien yang membutuhkan pertolongannya. Ruang ICU merupakan tempat pasien dengan kondisi medis yang rumit, atau mereka yang pernah mengalami trauma (Baliza dkk., 2013).

Pasien dirawat di unit perawatan intensif (ICU) untuk menerima perawatan yang menyelamatkan nyawa. Biasanya pasien di ruang ICU berada dalam kondisi tidak sadar, terpasang ventilator, infus dan beberapa alat invasif lainnya. Meskipun ada kemajuan dalam pengobatan, pasien yang dirawat di ICU tidak selalu bertahan hidup dengan penyakit mereka dan membutuhkan perawatan menjelang ajal (Baliza dkk., 2013).

Perawat perlu memperhatikan beberapa hal dalam memberikan perawatan menjelang ajal (Velarde-garci dkk., 2016) :

- a. Kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan keluarga untuk mengklarifikasi keraguan mengenai harapan pengobatan dan untuk menghindari kesenjangan dalam informasi yang disediakan. informasi yang tepat harus diberikan kepada keluarga, melalui komunikasi yang berupaya menghindari kesenjangan informasi, dan untuk beradaptasi dengan kebutuhan keluarga dengan menyelesaikan keraguan tentang perawatan, perawatan, dan harapan;
- b. pengembangan program pelatihan untuk perawat yang bekerja di ICU sangat

dianjurkan untuk mencakup topik-topik seperti EOLC dan strategi untuk menghadapi kematian;

- c. program tindak lanjut dan dukungan untuk perawat ICU akan bermanfaat untuk penilaian dan deteksi dini kekurangan staf;
- d. kolaborasi antara perawat dan dokter, di mana keputusan diambil dibuat bersama, untuk menyatukan pendapat dan informasi;
- e. Upaya perawat terkonsentrasi untuk memastikan kenyamanan dan kemudahan pasien dan keluarga mereka, fokus untuk menghilangkan rasa sakit dan kecemasan melalui tindakan farmakologis, dan menyediakan perawatan dasar;
- f. perawat memberi gambaran kondisi pasien yang realistis kepada keluarga, membantu mereka mengembangkan harapan yang realistis.;
- g. perawat harus memperkuat hubungan dengan keluarga, melalui empati, kepercayaan, dan ketentuan informasi yang sesuai (meskipun berita buruk);
- h. kontrol gejala dan manajemen akhir kehidupan, komunikasi dengan kerabat dan menetapkan tujuan perawatan

Perawat dapat mengalami hambatan ketika mereka bekerja untuk menyelamatkan hidup pasien sementara juga berusaha memberikan perawatan EOL saat perawatan tidak berhasil. Perawat yang awalnya berfokus pada perawatan agresif harus diubah menjadi perawatan menjelang ajal dan dipandu oleh prinsip perawatan paliatif. Perubahan paradigma ini bertujuan untuk menghilangkan penderitaan pasien dan keluarga. Proses ini adalah proses yang lambat yang dilalui oleh perawat ICU dan penuh tekanan, akibatnya, perawat

merasa dilema dan cemas saat bekerja di ICU (Baliza dkk., 2013). Hal tersebut akan berpengaruh kepada sikap perawat saat melakukan perawatan menjelang ajal ke pasien ICU.

Hasil penelitian tentang *End of life* di ruang ICU menunjukkan bahwa ada beberapa hambatan pemberian perawatan menjelang ajal di ruang ICU, diantaranya kurangnya petugas keperawatan, kurangnya komunikasi antara pasien dengan dokter, dan ada permasalahan dengan anggota keluarga pasien (Beckstrand dkk., 2017). Langkah yang bisa dilakukan untuk meningkatkan kualitas perawatan menjelang ajal di ruang ICU, diantaranya yaitu memastikan dan merencanakan kematian yang baik bagi klien, meningkatkan komunikasi dokter dengan pasien dan keluarga, menyesuaikan rasio perawat-pasien dengan 1:1, meningkatkan pendidikan EOL, dan menambah jumlah perawat (Beckstrand dkk., 2017). Hambatan di atas menyebabkan perawat bersikap negatif yaitu menarik diri dan menghindar dari perawatan menjelang ajal. Perawat ada yang memiliki sikap negatif seperti berlaku apatis, takut dan cemas sehingga mereka menghindar dari pasien dengan menjelang ajal (Grubb dan Arthur, 2016).

Ruang IGD atau instalasi gawat darurat merupakan tempat pertama yang dikunjungi pasien *emergency* setelah sampai di rumah sakit. Di dalam ruangan ini biasanya perawat dan dokter melakukan pertolongan kepada pasien serba cepat karena menangani pasien yang baru saja datang dengan kondisi gawat darurat (mengancam nyawa). Perawatan menjelang ajal di departemen kegawatdaruratan (IGD) adalah tantangan bagi perawat karena tata letak IGD yang merupakan tempat awal menerima pasien di rumah sakit, beban kerja darurat, dan sifat

pekerjaan darurat (menyelamatkan jiwa seseorang) (Decker dkk., 2015).

Perawat IGD mempunyai banyak tantangan dalam memberikan perawatan menjelang ajal dikarenakan kekurangan SDM, Lingkungan yang dinamis dan kacau, serba cepat, yang menyediakan intervensi dan perawatan yang cepat untuk individu atau kelompok yang telah berpengalaman trauma mendadak atau cedera / penyakit akut. Prinsip pemberian perawatan EOL di IGD (Gloss, 2017) :

- a. Perawatan EOL di IGD bertujuan untuk mengantarkan kepada kematian yang damai pada pasien. Kematian yang damai adalah bebas dari kesusahan dan penderitaan yang dapat dihindari oleh pasien, keluarga, dan pengasuh; secara umum sesuai dengan keinginan pasien dan keluarga; dan cukup konsisten dengan klinis, budaya, dan standar etika.
- b. saat memberikan perawatan menjelang ajal, kenyamanan pasien sangat diutamakan.
- c. memastikan mereka menerima perawatan suportif yang sesuai, yang memberikan kenyamanan dan martabat, juga menghormati keinginan mereka.
- d. Perawat IGD memiliki peran penting untuk mendiskusikan perawatan menjelang ajal dengan keluarga dan pasien apakah bisa dilakukan di rumah, jika itu keinginan mereka.
- e. Beberapa studi menyarankan untuk membuat area atau ruang tidur di IGD yang cukup besar agar menjaga privasi pasien dan keluarga untuk menghabiskan waktu yang berkualitas dengan orang yang dicintai (Bradley et al 2013). Hal tersebut akan memberikan ketenangan dan kedamaian pada pasien dan keluarga tanpa ada kebisingan seperti di ruang IGD biasanya.

- f. Komunikasi yang efektif Sangat penting untuk memberikan perawatan menjelang ajal yang optimal di IGD.
- g. Jika akhir kehidupan sudah dekat, mungkin tepat untuk mempertimbangkan diskusi interdisipliner tentang “Jangan Mencoba Resuscitation” (DNAR) . Tetapi, Semua keputusan DNAR harus didiskusikan dengan pasien, jika ia / dia kompeten dan / atau dengan keluarga jika sesuai.

Ada beberapa rekomendasi untuk praktik klinis perawatan menjelang ajal di ruang IGD berdasarkan beberapa literatur (European Society For Emergency Medicine, 2017) :

- a. Pelatihan spesialis dan pendidikan tentang perawatan menjelang ajal di IGD sebagai praktik holistik, termasuk etis dan pertimbangan hukum harus dibuat dan tersedia untuk staf UGD.
- b. Staf harus memiliki akses ke pendidikan untuk meningkatkan teknik komunikasi mereka, dan inisiatif yang mendorong komunikasi yang efektif kepada pasien dan profesional kesehatan lainnya.
- c. Pengembangan model perawatan inovatif yang mendukung perawatan menjelang ajal pada individu dan keluarga secara holistik di hari-hari terakhir mereka.
- d. Penelitian lebih lanjut tentang rasio perawat terhadap pasien saat memberikan perawatan menjelang ajal di IGD dan harus mempertimbangkan alokasi yang sesuai misalnya memastikan satu kamar tersedia dengan kepegawaian yang sesuai.
- e. Penelitian dan pertimbangan tentang efek desain ruang IGD pada pasien yang

menerima perawatan menjelang ajal.

- f. Penelitian berbasis lebih lanjut tentang inisiatif perawatan menjelang ajal di IGD harus dilakukan.

Di ruang IGD, terdapat beberapa kendala yang dialami oleh perawat IGD dalam memberikan perawatan menjelang ajal ke klien, diantaranya yaitu perawat secara pribadi kurang mengetahui kematian yang diinginkan oleh klien, kurangnya staf tenaga kesehatan di desa sehingga perawat tidak bisa menghabiskan detik-detik terakhir bersama pasien karena perawat sibuk merawat pasien lain (Beckstrand, dkk., 2015). Perbaikan yang dapat diterapkan di ruang IGD daerah untuk meningkatkan kualitas perawatan menjelang ajal, diantaranya yaitu memberikan ruang privasi yang lebih besar selama perawatan menjelang ajal untuk pasien dan anggota keluarga, meningkatkan ketersediaan layanan dukungan, menambah staf, dan meningkatkan penelitian tentang perawatan menjelang ajal di rumah sakit daerah (Beckstrand dkk., 2017).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Decker (2015), ada beberapa hambatan perawatan menjelang ajal di ruang IGD, yaitu kurangnya waktu. Perawat terlalu sibuk memberikan perawatan ke pasien sesuai dengan prioritas dan beban kerja yang tinggi sehingga perawat kekurangan waktu untuk berbicara dengan keluarga dan mendiskusikan kematian dengan klien. Kedua, prioritas rendah, perawat lebih memprioritaskan pasien lain yang membutuhkan pertolongan segera. Ketiga, kurangnya privasi, di ruang IGD tidak ada ruangan khusus, orang berjalan keluar masuk ruangan dan hanya dibatasi dengan gorden. Ke empat, lingkungan tidak cocok, di ruang IGD ada kebisingan, mesin, alarm

berdesing, kekurangan ruang untuk keluarga, kurangnya peralatan yang sesuai (Decker dkk., 2015). Perawat IGD di daerah mengeluhkan bahwa ada beberapa hambatan dalam memberikan perawatan *End of life Care*, diantaranya yaitu perawat secara pribadi kurang mengetahui kematian yang diinginkan oleh klien, kurangnya staf tenaga kesehatan di desa sehingga perawat tidak bisa menghabiskan detik-detik terakhir bersama pasien karena perawat sibuk merawat pasien lain (Beckstrand, dkk., 2015).

Perbedaan-perbedaan antara perawat di ruang IGD dan ICU yaitu pasien di ruang IGD bersifat tidak terbatas jadi tidak bisa diprediksi, lingkungan di IGD tidak terkendali karena bersifat mendadak dan tidak bisa direncanakan, manajemen jangka pendek, pasien hanya bisa tinggal di ruang IGD hingga 24 jam, dan perawat hanya mempunyai waktu terbatas. Sedangkan perawat di ICU mempunyai karakteristik merawat pasien (jumlah terbatas) karena dibatasi oleh jumlah tempat tidur, lingkungan terkendali karena rencana perawatan dirumuskan secara matang dan teliti, manajemen jangka panjang, pasien bisa tinggal selama berminggu-minggu sampai berbulan-bulan, dan perawat mempunyai waktu luang untuk melakukan perawatan intensif setiap waktu kepada klien. Jika dibandingkan dengan IGD, perawat di ruang ICU mempunyai waktu yang lama jika digunakan untuk mendiskusikan perawatan menjelang ajal ke pasien dan keluarga. Ada perbedaan waktu untuk melakukan perawatan menjelang ajal kepada pasien sehingga mempengaruhi sikap perawat terhadap pasien menjelang ajal.

2.1.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap Perawat terhadap *End of life*

Sikap seorang perawat terhadap *End of life* dipengaruhi oleh beberapa faktor :

a. Usia

Sebuah penelitian menemukan bahwa perawat yang lebih tua memiliki penerimaan tentang kematian sehingga mereka mempunyai sikap positif terhadap *end of life* (Gama dkk., 2012).

b. Pengalaman

Dunn et al (2005) pernah melakukan penelitian ke 58 perawat onkologi dan departemen medis atau bedah. Dunn menemukan bahwa perawat itu memiliki lebih banyak pengalaman memiliki penerimaan kematian yang lebih tinggi, sehingga mereka mempunyai sikap positif ketika merawat pasien yang sakit parah (Gama dkk., 2012). Hasil penelitian tersebut sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Malliarou et al (2011), yang menggunakan DAP-R pada sampel 150 perawat Yunani yang bekerja di perawatan paliatif di rumah sakit umum. Malliarou (2011) meneliti sikap perawat terhadap kematian dengan faktor demografi dan menyimpulkan bahwa perawat dengan lebih banyak pengalaman kerja memiliki lebih banyak sikap positif menuju kematian, dengan fleksibilitas yang lebih besar untuk bekerja (Gama dkk., 2012).

c. Pendidikan

Frommelt (2003) menemukan setelah program pelatihan tentang kematian diberikan kepada 115 lulusan perawat, perawat lebih mudah mengembangkan sikap positif terhadap kematian (Gama dkk., 2012). Sedangkan kelompok yang tidak mendapatkan intervensi tidak mengalami perubahan sikap yang signifikan. Lulusan dan perawat spesialis juga memiliki skor yang lebih tinggi pada

penerimaan agama dan mempunyai sikap positif dari pada perawat yang belum lulus dan perawat non-spesialis. Dunn dkk (2005), Dickinson et al (2008), dan Mohamed Ali dan Ayoub (2010) juga menemukan hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan sikap menuju kematian (Gama dkk., 2012).

d. Agama

Regdon dan Epting (1985) menemukan bahwa semakin kuat keyakinan agama maka semakin rendah tingkat kecemasan terhadap kematian. Sehingga perawat semakin berani dalam menghadapi pasien dengan menjelang ajal. Perawat juga semakin bersikap positif dalam memberikan perawatan menjelang ajal kepada klien (Gama dkk., 2012).

2.1.6 Alat Ukur Sikap Perawat terhadap *End of life Care*

Sikap seorang perawat terhadap *End of life Care* dapat diukur menggunakan beberapa alat ukur atau kuesioner :

a. FATCOD-B

The Frommelt Attitudes Towards Nursing Care of the Dying form B (FATCOD-B) adalah salah satu kuesioner yang bisa digunakan untuk mengukur sikap perawat terhadap *End of life*. Skala FATCOD-B digunakan untuk meneliti sikap terhadap kematian dan menjelang kematian. Kuesioner FATCOD-B terdiri dari 30 item pernyataan. Beberapa pernyataan tersebut ada yang pernyataan bernada positif dan negatif dengan jumlah yang sama, yang diberi skor pada lima poin skala likert dari "sangat tidak setuju", "tidak setuju", "ragu-ragu", "setuju", dan "sangat setuju." Dua puluh item di skala FATCOD-B berhubungan langsung

dengan sikap perawat terhadap pasien dan sepuluh item berhubungan secara langsung untuk sikap perawat terhadap keluarga pasien (Tait dkk., 2015). Instrumen FATCOD-B terdiri dari pernyataan *favourable* dan *unfavourable*. Item pernyataan yang termasuk dalam pernyataan *favourable* yaitu item nomor 1, 2, 4, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, dan 30 (A'la, 2016). Pernyataan *favourable* mempunyai skor 1 (sangat tidak setuju) dan skor 5 (sangat setuju). Sisa dari beberapa item di atas masuk dalam pernyataan *unfavourable* dengan rincian skor 1 (sangat setuju) dan skor 5 (sangat tidak setuju). Skor total yang dihasilkan yaitu antara 30 hingga 150. Semakin tinggi skor maka semakin mencerminkan sikap yang lebih positif (Frommelt, 2003 dalam A'la, 2016).

FATCOD-B sudah diuji validitas dan reliabilitasnya di beberapa negara. FATCOD-B-C versi bahasa cina sudah diuji realibilitas dan validitasnya. Hasil dari uji reliabilitas menggunakan koefisien α Cronbach adalah 0,790. Koefisien α Cronbach untuk setiap subskala berkisar dari 0.610 hingga 0.863. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kuesioner FATCOD-B-C versi bahasa cina reliabel untuk digunakan penelitian (Wang dkk., 2016). Kuesioner FATCOD-B-C versi bahasa cina sudah dilakukan uji *content validity* dan *construct validity*. Kuesioner FATCOD-B sudah resmi dikirim ke beberapa ahli untuk dinilai relevansi setiap item pada skala likert 5 poin untuk. I-CVI dihitung menjadi 0,825-1, dan S-CVI adalah 0,92. Hasil tersebut menunjukkan bahwa skala validitas dari kuesioner FATCOD-B-B-C versi bahasa cina dapat diterima (Wang dkk., 2016).

FATCOD-B versi bahasa italia sudah diuji validitas dan reliabilitasnya. Hasil uji reliabilitas menunjukkan menunjukkan ICC secara keseluruhan sangat baik

(0,87) dan ICC antara 0,60 (dapat diterima) dan 0,86 (sangat bagus) untuk 29 (97%) dari 30 item. Hasil uji koefisien alpha cronbach adalah 0,81 untuk pengiriman pertama dan 0,83 untuk yang kedua, sehingga dapat disimpulkan kuesioner FATCOD-B versi bahasa italia reliabel dan bisa diterima (Mastroianni dkk., 2015). Hasil uji validitas kuesioner menggunakan Indeks Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ditemukan sangat tinggi di 0,907. Hasil ini menunjukkan bahwa kuesioner FATCOD-B versi bahasa italia dinyatakan valid (Mastroianni dkk., 2015). Kuesioner FATCOD-B versi bahasa Swedia telah diuji realibiilitas. Hasil koefisien alpha Cronbach menunjukkan menjadi 0,701. Hasil ini menunjukkan bahwa kuesioner FATCOD-B versi bahasa Swedia reliabel dan bisa diterima (Hench dkk., 2014). Sedangkan uji validitas FATCOD-B versi bahasa Swedia menunjukkan hasil korelasi pearson 0,94 dan 0,90. Hasil ini menunjukkan bahwa kuesioner FATCOD-B versi bahasa swedia sangat valid dan bisa digunakan (Hench dkk., 2014).

b. Death Attitude Profile–Revised (DAP-R)

DAP-R adalah sebuah kuesioner yang digunakan untuk mengukur sikap multidimensional terhadap kematian. Kuesioner ini dikembangkan oleh Gesser, Wong, dan Reker (1987-1988). Dalam bentuk aslinya, DAP terdiri dari empat dimensi yang diturunkan secara faktorial (Wong dkk., 1994):

- (1) Takut Kematian / Mati (pikiran dan perasaan negatif tentang keadaan kematian dan proses kematian)
- (2) *Approach-Acceptance* (pandangan kematian sebagai pintu gerbang menuju *happy afterlife*)

- (3) *Escape-Acceptance* (pandangan tentang kematian sebagai pelarian dari keberadaan yang menyakitkan)
- (4) penerimaan Neutral (pandangan tentang kematian sebagai realitas yang tidak ditakuti atau disambut).

Sebuah penelitian tentang penerapan instrumen DAP pada mahasiswa dan orang dewasa menyebutkan bahwa beberapa dari mahasiswa dan orang dewasa lebih suka menghindari kematian dan persepsi buruk tentang kematian. Sikap negatif seperti ketakutan dan sikap positif perlu untuk diteliti untuk membedakan antara keduanya, karena sikap tersebut mempengaruhi seseorang untuk berfikir, berbicara dan menghindari kematian (Wong dkk., 1994). DAP-R mewakili sikap penyangkalan, netral hingga penerimaan kematian. Ada beberapa institusi pendidikan keperawatan yang telah menggunakan DAP-R untuk mendidik siswa tentang sikap kematian dan implikasinya dalam bidang keperawatan menjelang ajal. Kuesioner ini berisi 31 pernyataan yang terkait dengan sikap yang berbeda menjelang kematian. Dalam kuesioner DAP-R terdapat beberapa tanggapan, SA = sangat setuju; A = setuju; MA = cukup setuju; U = ragu-ragu; MD = agak tidak setuju; D = tidak setuju; SD = sangat tidak setuju (Wong dkk., 1988). Kuesioner DAP-R telah diuji reliabilitas dan ditemukan hasil Koefisien alfa konsistensi internal 0,97 (*Approach Acceptance*). Dapat disimpulkan bahwa skala DAP-R memiliki reliabilitas yang sangat baik (Wong dkk., 1994).

2.2 Karakteristik *Rural Hospital*

Rumah sakit daerah adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan daerah. Rumah sakit ini memiliki peran besar untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Rumah sakit daerah menyediakan layanan di seluruh rangkaian perawatan dari perawatan primer hingga perawatan jangka panjang (*Rural Health Information Hub*, 2018). Rumah sakit daerah memberikan kualitas perawatan yang baik kepada masyarakat desa sekaligus menanggulangi beberapa tantangan yang harus ditanggung seperti lokasi geografis rumah sakit yang sering terpencil, ukuran kecil, tenaga kerja terbatas, dan sumber daya keuangan terbatas (*American Hospital Association*, 2011).

Karakteristik rumah sakit daerah di Amerika yaitu (Freeman dkk., 2015) :

- a. terletak di daerah kecil atau besar, tidak dalam daerah yang terisolasi,
- b. memiliki 25 tempat tidur,
- c. memiliki 7 pasien rawat inap setiap hari,
- d. mempekerjakan 321 pekerja sepenuh waktu.

Rumah sakit daerah yang khas terletak di daerah :

- a. populasi median 27.980,
- b. 36 penduduk per mil persegi,
- c. 16,8% populasi berusia 65 tahun ke atas,
- d. pendapatan per kapita rata-rata \$ 32.781, dan
- e. 17,5% dari populasi yang tinggal di bawah federal tingkat kemiskinan.

Rumah sakit daerah yang khas menawarkan perawatan rawat inap yang meliputi:

- a. layanan bedah,

- b. layanan kebidanan,
- c. layanan rawat inap,
- d. unit perawatan intensif,
- e. fasilitas perawatan yang terampil,
- f. unit psikiatri, atau
- g. unit rehabilitasi.

Rumah sakit daerah yang khas menawarkan perawatan rawat jalan itu termasuk:

- a. layanan bedah rawat jalan,
- b. layanan rehabilitasi jantung,
- c. skrining kanker payudara / mamografi, dan
- d. sebuah pameran kesehatan.

Lebih dari tiga perempat (76%) rumah sakit perkotaan memiliki 100 atau lebih tempat tidur sementara hanya 12% rumah sakit daerah yang mempunyai 100 tempat tidur. Rumah sakit daerah lebih kecil, (56%) dari jumlah total rumah sakit daerah memiliki kurang dari 26 tempat tidur. Rata-rata rumah sakit perkotaan adalah 4,7 kali ukuran rata-rata rumah sakit daerah dalam hal jumlah tempat tidur. Jumlah pasien di ruang rawat inap tiap hari di rumah sakit perkotaan sekitar 20 pasien sedangkan di daerah hanya rata-rata ada 6 pasien. Hal ini juga dipengaruhi oleh ukuran rumah sakit. Rata-rata karyawan rumah sakit perkotaan lebih banyak jumlahnya dari pada karyawan rumah sakit daerah. Jumlah karyawan di rumah sakit daerah menggunakan rata-rata 520 karyawan, sedangkan rumah sakit di daerah terpencil hanya mempekerjakan 138 orang atau 26% dari jumlah tenaga

kerja di rumah sakit perkotaan. Kurang dari setengah rumah sakit daerah memiliki unit perawatan intensif (Freeman dkk., 2015).

Rumah sakit daerah Balung dan Kalisat merupakan rumah sakit yang terletak di wilayah pedesaan di kecamatan Balung dan Kalisat Kabupaten Jember. Jarak rumah sakit balung dengan kota jember yaitu 22 km dan bisa ditempuh dalam waktu 45 menit. Sedangkan jarak rumah sakit daerah Kalisat dengan kota Jember yaitu 17 km dan bisa ditempuh dalam waktu 32 menit. Rumah sakit daerah Kalisat adalah rumah sakit PONEK sehingga selama 24 jam IGD melayani kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Kedua rumah sakit ini termasuk dalam rumah sakit tipe C. Rumah sakit tipe C merupakan rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis 4 (empat) spesialisik dasar dan 4 (empat) spesialisik penunjang (Depkes RI, 2007). Instalasi yang harus ada pada rumah sakit tipe C yaitu instalasi rawat jalan, gawat darurat, rawat inap, perawatan intensif (ICU), kebidanan dan penyakit kandungan, instalasi bedah, farmasi, radiologi, sterilisasi pusat, laboratorium, rehabilitasi medik, administrasi dan rekam medis, pemulasaran jenazah, gizi/dapur, cuci (laundry) dan bengkel mekanikal dan elektrikal. Sumber daya manusia yang dibutuhkan pada rumah sakit tipe C yaitu tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan. Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan di rumah sakit tipe C dihitung dengan perbandingan 2 (dua) perawat untuk 3 (tiga) tempat tidur (PERMENKES, 2014).

Rumah sakit tipe C yang terletak di daerah (pedesaan) jauh dari kota menjadi tantangan tersendiri bagi sumber daya manusia yang terkait di dalamnya. Di

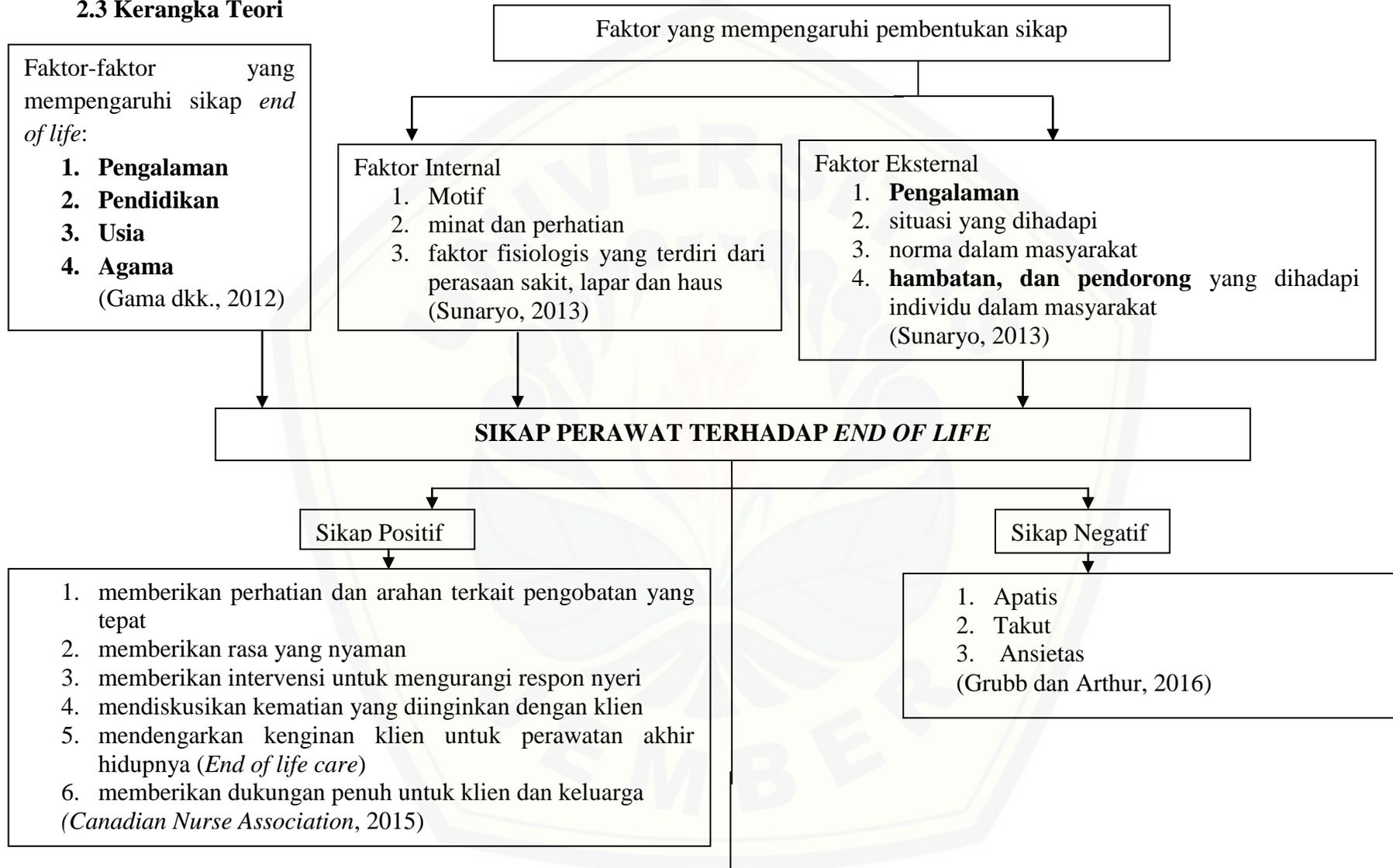
wilayah pedesaan, banyak terjadi beberapa masalah kegawatdaruratan dan masalah kesehatan masyarakat sehingga rumah sakit tipe C tersebut yang terletak di pedesaan menjadi sasaran utama dan rujukan pertama masyarakat setempat, meskipun sumber daya manusia dan fasilitasnya masih belum lengkap seperti rumah sakit yang terletak di kota. Keadaan ini dapat meningkatkan resiko kematian pasien di pelayanan kesehatan daerah baik di ruang IGD dan ICU karena keterlambatan rujukan pasien yang dalam keadaan *emergency* dan membutuhkan penanganan cepat, tepat dan dengan fasilitas kesehatan yang memadai. Hal itu sesuai dengan hasil penelitian, yang menjelaskan bahwa peningkatan jumlah kematian di pelayanan kesehatan di Inggris disebabkan karena kualitas pelayanan yang rendah dan keterlambatan transfer ke perawatan yang tepat (Green dkk., 2017).

Rumah sakit daerah Balung dan Kalisat merupakan rumah sakit yang berada di wilayah pedesaan (rural) di kabupaten Jember. Wilayah Balung dan Kalisat merupakan daerah pedesaan dikarenakan terdapat banyak lahan pertanian. Hal ini sesuai dengan definisi desa menurut Egon E. Bergel (1995) yaitu setiap permukiman para petani. Paul H. Landis (1948) juga mendefinisikan desa menjadi tiga analisis (Tarigan, 2003). Pertama, analisis statistik, desa adalah lingkungan dengan penduduk kurang dari 2500 orang. Kedua, analisis sosial-psikologik, desa adalah suatu lingkungan yang penduduknya memiliki hubungan yang akrab dan bersifat informal diantara sesama warganya. Ketiga, analisis ekonomi, desa adalah lingkungan dengan penduduknya tergantung pada pertanian. Kecamatan Kalisat dan Balung ini merupakan kecamatan di kabupaten Jember yang di dalamnya

terdapat lahan pertanian seluas 5118,40 Ha. dan 5572,10 Ha. Luas pertanian tersebut lebih tinggi jika dibandingkan dengan daerah perkotaan yaitu kecamatan Kaliwates yang hanya 1523,60 Ha (BPS Kabupaten Jember, 2017). oleh karena itu, dua kecamatan tersebut bisa dikategorikan daerah pedesaan.



2.3 Kerangka Teori

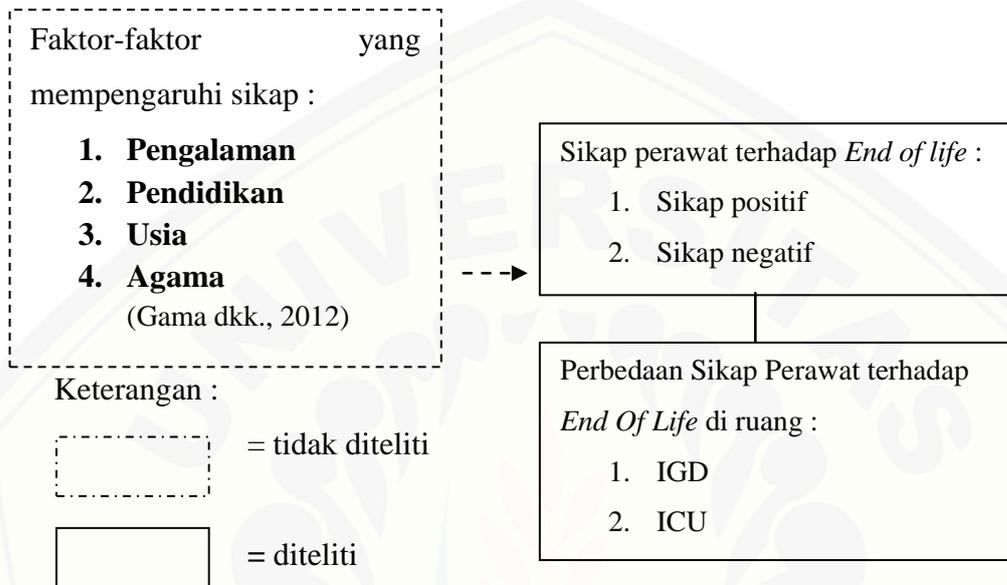




Gambar 2.1 Kerangka Teori Sikap Perawat terhadap *End Of Life* : Studi Perbandingan di ruang IGD dan ICU di RSD Kalisat dan Balung Kabupaten Jember

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari rumusan masalah suatu penelitian (Nursalam, 2015). Hipotesis bisa ditentukan berdasarkan pengalaman, teori dan kajian literatur (Nursalam, 2015). Hipotesis dalam statistik menggunakan Hipotesis nol (H_0) (Budiarto, 2001; Nursalam, 2017). Hipotesis nol (H_0) adalah hipotesis yang digunakan untuk pengukuran statistik dan interpretasi hasil statistik (Nursalam, 2015). Hipotesis nol (H_0) dalam penelitian ini yakni tidak ada perbedaan antara sikap perawat terhadap *end of life* di ruang IGD dan ruang ICU. Derajat kemaknaan yang digunakan peneliti adalah 0.05, sehingga H_0 ditolak jika nilai $p \leq 0.05$, dan H_0 diterima jika $p > 0.05$. Hipotesis atau dugaan

sementara penelitian ini adalah adanya perbedaan antara sikap perawat terhadap *end of life* di ruang IGD dan ruang ICU sehingga nilai $p \leq 0.05$ (H_0 ditolak).



BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang IGD dan ICU di RSD Kalisat dan Balung. Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 21 Desember 2018 sampai dengan 6 Januari 2018. Hasil dan pembahasan dari penelitian tersebut akan dituliskan pada bab ini. Hasil penelitian akan dipaparkan dalam bentuk tabel sedangkan pembahasannya akan disajikan dalam bentuk narasi. Pembahasan dalam penelitian ini didasarkan pada hasil analisis univariat dan bivariat. Hasil analisis univariat berupa karakteristik responden yang terdiri dari usia, tingkat pendidikan keperawatan, status pernikahan, jenis kelamin, lama bekerja, pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal, agama, dan pengalaman mengikuti pelatihan merawat pasien menjelang ajal. Sedangkan hasil bivariat berupa persebaran proporsi karakteristik responden setiap ruangan (IGD dan ICU) dan perbedaan antara Sikap Perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan Balung.

5.1.1 Gambaran Karakteristik Responden

Pemaparan hasil analisis univariat dan bivariat yang pertama disajikan adalah karakteristik responden (perawat IGD dan ICU) berupa jenis kelamin, tingkat pendidikan keperawatan, pengalaman bekerja, agama, status perkawinan, pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal, dan pengalaman mendapatkan pelatihan menjelang ajal dan persebaran proporsi karakteristik responden setiap

ruangan (IGD dan ICU).

Tabel 5.1 Gambaran Karakteristik Responden perawat berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan keperawatan, pengalaman bekerja, agama, status perkawinan, pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal, dan pengalaman mendapatkan pelatihan menjelang ajal di ruang IGD dan ICU (n=40).

No	Karakteristik Responden	IGD (N=24)		ICU (N=16)		P Value
		(n)	(%)	(n)	(%)	
1.	Usia	32,25 ±	6,045	34,88 ±	3,810	0,132 ^a
2.	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	15	62,5	4	25,0	0,045^{b*}
	Perempuan	9	37,5	12	75,0	
3.	Tingkat Pendidikan					
	D3	13	54,2	10	62,5	0,046^{b*}
	S1	1	4,2	4	25,0	
	Ners	10	41,7	2	12,5	
	Ners Spesialis	0	0	0	0	
	Magister	0	0	0	0	
4.	Pengalaman Bekerja					
	<5 tahun	8	33,3	0	0	0,003^{b*}
	5-10 tahun	13	54,2	7	43,8	
	10-15 tahun	3	12,5	4	25,0	
	>15 tahun	0	0	5	31,3	
5.	Agama					
	Islam	24	100,0	16	100,0	-
	Kristen	0	0	0	0	
	Hindhu	0	0	0	0	
	Budha	0	0	0	0	
	Katolik	0	0	0	0	
6.	Status Perkawinan					
	Belum Kawin	5	20,8	-	-	0,071 ^b
	Sudah Kawin	19	79,2	16	100	
7.	Pengalaman Menghadapi Pasien Menjelang Ajal					
	Pernah	21	87,5	16	100	0,262 ^b
	Tidak Pernah	3	12,5	-	-	
8.	Pengalaman Mendapatkan Pelatihan Perawatan Menjelang Ajal					
	Pernah	14	58,3	4	25,00	0,080 ^b
	Tidak Pernah	10	41,7	12	75,00	

^a Independent T-Test ^b Chi Square *Ada perbedaan

Sumber : Data Primer Desember 2018-Januari 2019

Variabel usia di atas telah diuji normalitas menggunakan *Saphiro-Wilk* dan didapatkan hasil bahwa persebaran data usia normal dengan nilai p value = 0,177. Tabel 5.1 menjelaskan bahwa rata-rata usia perawat yang bekerja di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat adalah 33 tahun dengan standar deviasi (5,369). Jika dilihat di setiap ruangan, rata-rata perawat di ruang IGD berusia 32,25 tahun sedangkan di ICU rata-rata perawat berusia 34,88 tahun. Hasil uji t independent mendapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan dalam proporsi karakteristik responden berdasarkan usia di ruang IGD dan ruang ICU (p value > 0,05).

Tabel 5.1 menjelaskan bahwa dari 40 jumlah perawat diketahui jumlah perawat yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 19 orang (47,5%) dan perempuan sebanyak 21 orang (52,5%). Jika dibandingkan setiap ruangan, jumlah perawat yang berjenis kelamin laki-laki di ruang IGD ($n=15$, 62,5%) lebih banyak dari pada perempuan ($n=9$, 37,5%). Sedangkan di ruang ICU, jumlah perawat yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak daripada laki-laki. Hasil uji Chi square karakteristik responden di ruang IGD dan ICU berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa data tidak homogen dengan p value 0,045 (p value < 0,05), sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara persebaran proporsi perawat di IGD dan ICU berdasarkan jenis kelamin.

Secara keseluruhan, jumlah perawat terbanyak adalah lulusan D3 yaitu sebanyak 23 orang (57,5%) dan lulusan S1 sebanyak 5 orang (12,5%), dan lulusan Ners sebanyak 12 orang (30,0%). Jumlah perawat yang mempunyai tingkat pendidikan Ners di ruang IGD ($n=10$) lebih tinggi dari pada di ICU ($n=5$). Hal

tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan dalam proporsi responden berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok responden di IGD dan ICU dengan p value 0,046 ($p \text{ value} < 0,05$). Setengah dari jumlah keseluruhan perawat mempunyai pengalaman kerja 5-10 tahun. Jika dilihat dalam setiap ruangan, perawat di ruang IGD yang mempunyai pengalaman kurang dari 5 tahun berjumlah 8 orang, 5-10 tahun ada 13 orang, dan 10-15 tahun berjumlah 3 orang. Sedangkan di ruang ICU, tidak ada perawat yang mempunyai pengalaman kerja kurang dari 5 tahun. Hasil uji chi square antara variabel lama bekerja dengan tempat bekerja (ruang IGD dan ICU) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara jumlah perawat yang bekerja di ruang IGD dan ICU berdasarkan lama bekerja dengan p value 0,003 ($p \text{ value} < 0,05$). Di IGD, terdapat perawat yang masih baru mulai terjun di dunia kerja sehingga pengalamannya < 5 tahun. Sedangkan di ruang ICU, tidak ada perawat yang mempunyai pengalaman kerja < 5 tahun, dan terdapat perawat yang sudah senior atau lama bekerjanya > 15 tahun.

Keseluruhan perawat beragama islam (100%) dan jumlah perawat yang belum menikah adalah sebanyak 5 orang (12,5%), dan yang sudah menikah sebanyak 35 orang (87,5%). Jika dilihat data di setiap ruangan, terdapat 5 perawat IGD yang belum menikah dan 19 perawat yang sudah menikah. Sedangkan 16 perawat yang bekerja di ruang ICU, keseluruhannya sudah menikah. Perawat yang mempunyai pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal adalah sebanyak 37 orang (92,5%), dan jumlah perawat yang tidak mempunyai pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal adalah sebanyak 3 orang (7,5%). Tiga perawat yang tidak pernah menghadapi pasien menjelang ajal ini adalah bekerja di ruang

IGD. Keseluruhan perawat yang bekerja di ruang ICU (N=16) pernah menghadapi pasien menjelang ajal. Jumlah perawat yang pernah mengikuti pelatihan perawatan pasien menjelang ajal 16 orang yang terdiri dari 14 perawat di ruang IGD dan 4 perawat di ruang ICU. Sedangkan yang tidak pernah mendapatkan pelatihan perawatan pasien menjelang ajal terdiri dari 10 perawat IGD dan 12 perawat ICU. Secara keseluruhan, lebih banyak jumlah perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan dari pada yang sudah pernah mengikuti pelatihan.

5.1.2 Perbedaan Sikap Perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat

Pemaparan hasil penelitian selanjutnya yang disajikan adalah rerata sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung berdasarkan domain FATCOD I (Sikap positif terhadap merawat pasien menjelang ajal) dan FATCOD II (Persepsi perawatan pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien) dan analisis bivariat perbedaan antara sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat.

Tabel 5.2 Perbedaan Sikap Perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung

No	Variabel	FATCOD-BI			
		IGD	ICU	Total	Nilai <i>p</i> Value
		Mean(SD)	Mean(SD)		
1.	Sikap Perawat terhadap <i>End Of Life Care</i>				
	FATCOD I (Sikap positif	53,13 (6,924)	54,00 (4,050)	53,48	0,618

terhadap merawat pasien menjelang ajal)				(5,896)	
FATCOD II (Persepsi perawatan pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien)	48,29 (5,162)	52,44 (5,151)	49,95 (5,491)	0,017*	
Total	101,42 (6,646)	106,44 (7,633)	103,43 (7,393)	0,034*	

*Ada Perbedaan

Sumber : Data Primer Desember 2018-Januari 2019

Tabel 5.2 menggambarkan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung. Secara keseluruhan nilai rata-rata sikap di ruang ICU (106,44) lebih tinggi dari pada di IGD (101,42). Jika dikelompokkan menurut domain FATCOD-BI yaitu ada domain FATCOD I (Sikap positif terhadap merawat pasien menjelang ajal) dan FATCOD II (Persepsi perawatan pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien) didapatkan hasil bahwa nilai rata-rata FATCOD-BI berdasarkan domain FATCOD I di ruang ICU (54,00) lebih tinggi dari pada di IGD (53,13). Untuk nilai rata-rata FATCOD-BI menurut domain FATCOD II didapatkan hasil bahwa sikap di ruang ICU (52,44) lebih tinggi dari pada di ruang IGD (48,29). Hasil uji normalitas data nilai FATCOD-BI menggunakan *Saphiro-Wilk* adalah $p=0,084$, yang menunjukkan bahwa persebaran data nilai FATCOD-BI adalah normal. Sehingga jika dilakukan uji beda maka menggunakan uji t independent. Tabel 5.2 menggambarkan bahwa terdapat perbedaan antara sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU dengan p value 0,034 ($p<0,05$). Tetapi jika diuji setiap domain FATCOD-BI, ditemukan hasil bahwa tidak ada perbedaan antara sikap perawat berdasarkan domain FATCOD I di ruang IGD dan ICU dengan p value 0,618 ($p>0,05$), dan ada perbedaan antara sikap perawat berdasarkan domain

FATCOD II di ruang IGD dan ICU dengan p value 0,017 ($p < 0,05$).

5.2 Pembahasan

5.2.1 Karakteristik Responden

a. Usia

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata usia perawat di ruang IGD RSD Kalisat dan RSD Balung adalah 32,25 tahun. Sedangkan rata-rata usia perawat di ruang ICU adalah 34,88 tahun. Secara keseluruhan, rata-rata usia perawat yang bekerja di ruang IGD dan ICU adalah 33 tahun. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ozcelik dkk, (2018) yang menemukan bahwa rata-rata usia perawat yang bekerja di rumah sakit adalah 32,28 tahun. Hal ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mallyya dkk, (2016) yang menemukan bahwa usia perawat di IGD dan ICU terbanyak adalah responden dengan umur 26-35 tahun. Hasil uji t independent untuk mengetahui apakah ada perbedaan antara usia perawat di ruang IGD dan ICU menunjukkan bahwa p value 0,132 ($p \text{ value} > 0,05$). Hasil ini berarti bahwa tidak ada perbedaan statistik yang signifikan antara usia perawat di ruang IGD dan ruang ICU. Usia perawat di ruang IGD dan ICU adalah homogen sehingga karakteristik responden usia tidak mempengaruhi sikap perawat di ruang IGD dan ICU. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kassa dkk, (2014) yang menyebutkan bahwa usia tidak mempengaruhi sikap perawat terhadap perawatan paliatif di rumah sakit Addis Ababa, Ethiopia. Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Yaqoob dkk, (2018) dan Lancaster dkk, (2018) yang menjelaskan bahwa tidak ada

hubungan yang signifikan antara usia dengan sikap mahasiswa keperawatan terhadap *End Of Life Care*.

b. Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara proporsi perawat yang berjenis kelamin laki-laki dan perempuan di ruang IGD dan ruang ICU. Di ruang IGD terdapat lebih banyak perawat laki-laki yang berjumlah 15 orang (62,5%) dibandingkan perawat perempuan yang berjumlah 9 orang (37,5%). Sedangkan di ruang ICU terdapat lebih banyak perawat perempuan yang berjumlah 12 orang (75%) dibandingkan dengan perawat laki-laki yang berjumlah 4 orang (25%). Hasil uji chi square menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi perawat yang bekerja di ruang IGD dan ICU berdasarkan jenis kelamin dengan p value 0,045 ($p \text{ value} < 0,05$). Di ruang IGD, lebih banyak perawat yang berjenis kelamin laki-laki sedangkan di ICU lebih banyak jumlah perawat yang berjenis kelamin perempuan. Faktor gender dalam penelitian ini bisa menjadi faktor yang menyebabkan perbedaan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU. Berdasarkan beberapa hasil penelitian, telah dibuktikan bahwa faktor gender menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi sikap seseorang perawat terhadap *End Of Life Care*. Menurut Yaqoob, dkk (2018) terdapat hubungan antara gender dengan sikap mahasiswa keperawatan terhadap *End Of Life Care* dengan p value 0,049 ($p \text{ value} < 0,05$). Penelitian lain juga membuktikan bahwa perempuan dinilai mempunyai sikap merawat pasien menjelang ajal yang lebih positif daripada laki-laki dengan p value 0,025 (Lancaster dkk., 2017). Menurut Dunn, Otten, dan Stephens (2005) feminisme

mempengaruhi sikap merawat pasien dengan menjelang ajal (A'la dkk., 2018). Peneliti berasumsi bahwa di ruang IGD lebih banyak perawat laki-laki karena ruang IGD merupakan tempat pertama menerima pasien, dan di ruang IGD terdapat beberapa tindakan yang memerlukan kekuatan fisik lebih misalnya memindahkan pasien dari ambulan ke brankar, menginfus pasien dll sehingga membutuhkan lebih banyak perawat laki-laki yang mempunyai fisik yang kuat dari pada perawat perempuan. Sedangkan di ruang ICU, lebih banyak perawat perempuan sehingga hal ini bisa menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi perbedaan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU.

c. Tingkat pendidikan

Uji chi square menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi tingkat pendidikan yang sudah ditempuh oleh perawat di ruang IGD dan ruang ICU dengan nilai p value 0,046 ($p\text{ value} < 0,05$). Hal tersebut bisa menjadi faktor yang menyebabkan terdapat perbedaan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU. Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian Dunn dkk, (2005) yang meneliti sikap perawat dengan menggunakan FATCOD, menemukan bahwa tingkat pendidikan adalah prediktor terbaik dari sikap positif dalam merawat pasien menjelang ajal kematian (Lancaster dkk., 2017). Penelitian lain juga membuktikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan sikap menuju kematian (Ali dan Ayoub, 2010). Peneliti berasumsi bahwa perawat IGD rata-rata usianya lebih muda daripada perawat ICU sehingga perawat muda rata-rata diwajibkan untuk mengikuti program profesi Ners tetapi belum mempunyai banyak pengalaman bekerja. Perawat yang sudah

senior dimungkinkan tidak melanjutkan profesi Ners dikarenakan dahulu belum ada program yang mewajibkan mahasiswa keperawatan untuk melanjutkan studi profesi Ners tetapi perawat di ICU mempunyai pengalaman bekerja lebih lama dibandingkan dengan perawat IGD.

d. Pengalaman Bekerja

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di ruang IGD dan ICU mempunyai pengalaman bekerja antara 5-10 tahun. Di ruang IGD, terdapat 8 perawat yang masih menempuh pengalaman bekerja kurang dari 5 tahun. Sedangkan di ICU, tidak ada perawat yang menempuh lama kerja kurang dari 5 tahun. Bahkan di ruang ICU terdapat 5 perawat yang sudah menempuh lama kerja lebih dari 15 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa di ruang IGD lebih banyak perawat muda yang baru mulai bekerja sedangkan di ICU lebih banyak perawat senior yang sudah lama bekerja. Faktor pengalaman bekerja bisa menjadi faktor yang mungkin menyebabkan adanya perbedaan antara sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU. Hal tersebut dibuktikan dengan hasil uji chi square antara pengalaman bekerja perawat di ruang IGD dan ICU yaitu terdapat perbedaan statistik yang signifikan dengan p value 0,003 ($p < 0,05$). Perawat ICU mempunyai pengalaman bekerja lebih lama dibandingkan dengan perawat IGD sehingga bisa mempengaruhi sikap perawat ICU dan IGD terhadap *End Of Life Care*. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian sebelumnya di Turki yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara kelompok perawat yang bekerja dari 2 tahun hingga 5 tahun dan kelompok dari 5 tahun hingga 10 tahun ($p = 0,007$) (Ozcelik dkk., 2018). Penelitian lain

yang mendukung yaitu penelitian yang dilakukan oleh Thu dan Thi Nguyen, (2015) yang menemukan bahwa pekerjaan perawat secara langsung berhubungan dengan perawatan menjelang ajal pasien ($p = 0,014$). Menurut peneliti, di ruang ICU terdapat perawat senior yang sudah mempunyai pengalaman bekerja dengan waktu yang lama yaitu >15 tahun sehingga ini mempengaruhi sikap perawat ICU terhadap perawatan menjelang ajal.

e. Agama

Seluruh responden dalam penelitian ini beragama islam. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Chan dan Agustinus, (2013), agama tidak ada hubungan dengan sikap perawat terhadap *End Of Life Care*. Hasil tersebut didukung beberapa hasil penelitian lainnya. Braun dkk (2010) melakukan penelitian di Israel kepada responden yang beragama Yahudi ($n = 131$), Muslim ($n = 7$) dan Kristen ($n = 4$). Rooda dkk (1999), melakukan penelitian di Amerika dengan hasil Protestan ($n = 193$), Katolik Roma ($n = 145$), Yahudi ($n = 24$) atau atheis ($n = 40$). Ho dkk (2010), melakukan penelitian di Spanyol dengan hasil yang beragama Katolik ($n = 149$), Agnostik ($n = 30$), Atheis ($n = 16$) dan Protestan ($n = 2$). Tiga studi ini tidak menemukan hubungan yang signifikan antara agama dan sikap perawatan paliatif. Beberapa studi ini tidak menemukan hubungan yang signifikan antara indeks religiusitas dan sikap perawat terhadap perawatan paliatif (Agustinus dan Chan, 2013). Penelitian lain juga menjelaskan bahwa tidak ada hubungan antara agama dengan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* (Lancaster dkk., 2017). Menurut peneliti, agama yang dianut oleh perawat menjunjung tinggi dan menghormati setiap kematian seseorang meskipun

adanya perbedaan budaya dan pandangan terhadap kematian pada tiap jenis agama. Jadi, agama tidak mempengaruhi sikap perawat terhadap *End Of Life Care*.

f. Status Perkawinan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat sudah menikah ($n=35$). Keseluruhan responden di ruang ICU sudah menikah sedangkan masih terdapat 5 responden di ruang IGD yang belum menikah. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan proporsi responden berdasarkan status pernikahan pada kelompok responden IGD dan ICU dengan p value 0,071. Hasil penelitian Braun, (2009) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan secara statistik antara status perkawinan dengan sikap perawat onkologi israel ($n=147$) dalam merawat pasien menjelang ajal (Agustinus dan Chan, 2013). Menurut peneliti, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa status pernikahan seorang perawat tidak mempengaruhi sikapnya terhadap perawatan menjelang ajal. Faktor lain yang lebih mempengaruhi adalah pengalaman perawat tersebut dalam bekerja.

g. Pengalaman Menghadapi Pasien Menjelang Ajal

Keseluruhan perawat ICU pernah menghadapi pasien menjelang ajal, sedangkan di ruang IGD masih ada tiga orang yang belum pernah menghadapi pasien menjelang ajal. Berdasarkan hasil uji chi square menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara proporsi perawat berdasarkan pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal di ruang IGD dan ruang ICU. Antara kelompok IGD dan ICU homogen. Sehingga bukan menjadi faktor yang menyebabkan adanya

perbedaan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU. Braun dkk, (2010) melaporkan tidak ada hubungan yang signifikan antara paparan kematian di tempat kerja dan sikap perawat onkologi terhadap merawat pasien dengan menjelang ajal (Agustinus dan Chan, 2013). Menurut peneliti, dalam penelitian ini faktor pengalaman bekerja perawat lebih dominan mempengaruhi sikap perawat. Sifat *caring* seorang perawat, terutama perawat ICU yang sering merawat penderita penyakit kronis bisa mempengaruhi sikap perawat tersebut terhadap perawatan menjelang ajal. tetapi, jika dilihat hasil penelitian, terdapat tiga perawat IGD yang belum pernah menghadapi pasien dengan menjelang ajal, sehingga kemungkinan faktor tersebut juga mempengaruhi sikap perawat ICU terhadap *End Of Life Care* lebih positif jika dibandingkan dengan sikap perawat IGD.

h. Pengalaman Mendapatkan Pelatihan perawatan menjelang ajal

Jumlah perawat yang pernah mengikuti pelatihan perawatan pasien menjelang ajal 16 orang yang terdiri dari 14 perawat di ruang IGD dan 4 perawat di ruang ICU. Sedangkan yang tidak pernah mendapatkan pelatihan perawatan pasien menjelang ajal terdiri dari 10 perawat IGD dan 12 perawat ICU. Penelitian ini menemukan bahwa tidak ada perbedaan antara proporsi perawat yang pernah mengikuti pelatihan dan yang belum pernah mengikuti pelatihan di ruang IGD dan ICU dengan p value 0,080. Sehingga faktor pengalaman mendapatkan pelatihan perawatan menjelang ajal bukan menjadi faktor yang mungkin mempengaruhi adanya perbedaan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU. Hasil penelitian ini konsisten dengan dua penelitian

yang dilakukan oleh Wessel dan Routledge (2005) yang melibatkan peserta dari bangsal umum dan perawatan di rumah perawatan. Dilaporkan bahwa paparan perawatan terminal, kematian, dan permasalahan menjelang ajal selama pendidikan keperawatan dasar tidak memiliki dampak signifikan pada sikap perawat terhadap merawat orang dengan menjelang ajal. dua penelitian lain yang dilakukan oleh Braun dkk, (2010) dan Iranmanesh dkk, (2008) di Israel dan Iran tidak menemukan korelasi yang signifikan antara partisipasi kursus perawatan kematian dan kematian atau paliatif dan sikap di antara perawat onkologi dan bangsal umum. Penelitian kuasi-eksperimental Alvaro (2009) juga menemukan tidak ada perbedaan yang signifikan antara perawat yang telah mengambil kursus tentang perawatan orang dengan menjelang ajal dan yang dipelajari selama pendidikan keperawatan dasar mereka (Agustinus dan Chan, 2013). Peneliti berasumsi bahwa perawat yang mempunyai pengalaman bekerja lebih lama lebih mempengaruhi sikap positif perawat meskipun mereka belum mendapatkan pelatihan.

5.2.2 Perbedaan Sikap Perawat terhadap *End Of Life Care* di Ruang IGD dan ICU

Sikap perawat di ruang IGD dan ICU terhadap *End Of Life Care* dalam penelitian ini menunjukkan sikap positif. Rata-rata sikap perawat secara keseluruhan adalah $103,43 \pm 7,393$. Namun, skor ini lebih rendah jika dibandingkan dengan skor FATCOD dari beberapa negara. Penelitian dari Tait, (2015) menyebutkan bahwa skor FATCOD pada perawat non paliatif yang

bekerja di ruang perawatan medis, kardiologi, dan bangsal di dua rumah sakit di Australia adalah 119.8 ± 11.1 . Hasil penelitian tentang sikap mahasiswa keperawatan terhadap perawatan menjelang ajal di Vietnam menjelaskan bahwa nilai rata-rata sikap mahasiswa adalah 104.76 (SD= 9.201) (ThuyNguyen dan ThiNguyen, 2015). Skor FATCOD dalam penelitian ini lebih rendah jika dibandingkan penelitian yang dilakukan kepada mahasiswa keperawatan di Jepang (115,08) dan Sri Lanka (107,59). Bila dibandingkan dengan skor FATCOD di Turki, skor hasil penelitian ini masih lebih tinggi karena skor FATCOD di Turki 99.9 ± 8.7 . jika dibandingkan dengan penelitian yang dilakukan oleh A'la, dkk (2018), skor FATCOD yang ditemukan pada mahasiswa keperawatan yaitu 93.83 ± 5.96 yang menandakan bahwa skor tersebut lebih rendah dibandingkan dengan skor penelitian dalam penelitian ini.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agustina dkk, (2014) yang meneliti sikap perawat di RSUP dr Hasan Sadikin Bandung yang mendapatkan hasil skor FATCOD 110.75 ± 10.76 . Semakin tinggi nilai rata-rata maka sikap perawat akan semakin positif. Sikap yang terbentuk pada diri seseorang akan mempengaruhi perilaku orang tersebut (Saam dan Wahyuni, 2012). Seperti yang dialami oleh seorang perawat, seorang perawat yang memiliki sikap positif terhadap pasien menjelang ajal maka perawat tersebut juga cenderung berperilaku baik dalam melakukan perawatan kepada pasien dengan menjelang ajal.

Sikap perawat di ruang ICU lebih positif jika dibandingkan dengan ruang IGD. Perawat ICU mempunyai rata-rata sikap $106,44 \pm 7,6333$ sedangkan perawat

IGD mempunyai nilai rata-rata sikap $101,42 \pm 6,646$. Nilai FATCOD I (Sikap positif terhadap merawat pasien menjelang ajal) dan FATCOD II (Persepsi perawatan pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien) juga lebih tinggi di ruang ICU dari pada di ruang IGD. FATCOD I terdiri dari 16 item pernyataan yang keseluruhannya membahas sikap positif terhadap merawat pasien menjelang ajal sedangkan FATCOD II terdiri dari 14 item yang membahas tentang persepsi perawatan pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien atau perawatan menjelang ajal yang berfokus pada pasien dan keluarga (A'la, 2016).

Hasil uji t independent menunjukkan bahwa terdapat perbedaan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU dengan p value 0,034 (p value < 0,05). Terdapat perbedaan pada indikator FATCOD-BI II antara perawat IGD dan ICU. Perawat ICU mempunyai persepsi yang positif terhadap perawatan menjelang ajal pada pasien yang berbasis pada keluarga dan pasien dibandingkan dengan perawat IGD. Hasil penelitian ini didukung dengan penelitian dari Noome, dkk, (2015) yang menyebutkan bahwa di ruang ICU sebagian besar anggota keluarga mengalami kontribusi keperawatan untuk perawatan menjelang ajal pasien dan diri mereka sendiri, terutama perawatan suportif. Penelitian tersebut juga menyatakan bahwa keluarga menyebutkan topik-topik seperti komunikasi antara perawat ICU, pasien sakit kritis dan keluarga; Asuhan keperawatan untuk pasien yang sakit kritis; Asuhan keperawatan untuk keluarga pasien yang sakit kritis; Pra-kondisi. Keluarga menghargai bahwa perawat ICU tersedia kapan saja dan bersedia menjawab pertanyaan (Noome dkk, 2015). Hal tersebut menjadi bukti bahwa perawat ICU mempunyai persepsi dan sikap positif terhadap

perawatan pasien menjelang ajal yang berbasis pada keluarga dan pasien.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Beckstrand, (2012) yang menyebutkan bahwa ada banyak hambatan yang dialami oleh perawat IGD dalam menjalankan perawatan EOL. Hambatan-hambatan ini akan mempengaruhi sikap perawat IGD terhadap EOL. Calhoum dan Acocella (1990) menyebutkan bahwa sikap itu muncul dari pengalaman pribadi, pemindahan pengalaman menyakitkan dan menyusahkan serta pengaruh sosial. Jika seorang perawat di ruang IGD mengalami banyak hambatan dalam melakukan perawatan EOL maka dapat diartikan perawat tersebut sedang mengalami pengalaman menyakitkan dan menyusahkan sehingga akan mempengaruhi sikap perawat tersebut kepada pasien dengan menjelang ajal.

Hasil ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Beckstrad, (2012) yang menyebutkan bahwa ada tiga hambatan yang dialami oleh perawat IGD dalam melakukan perawatan EOL, hambatan yang pertama adalah keluarga dan teman-teman yang terus-menerus memanggil perawat untuk bertanya tentang keadaan pasien, sedangkan perawat juga harus mengurus pasien lain yang dalam keadaan menjelang ajal. Hambatan kedua adalah perawat kurang mengetahui pasien atau anggota keluarga secara pribadi; dan yang terakhir adalah desain ruangan IGD yang tidak memungkinkan untuk privasi pasien dengan menjelang ajal atau berduka anggota keluarga. Sehingga hal tersebut akan mempengaruhi sikap perawat dan persepsi perawatan pasien menjelang ajal yang berbasis pada keluarga dan pasien.

Perbedaan sikap perawat terhadap pasien menjelang ajal di ruang IGD dan

ICU juga dipengaruhi oleh kurangnya waktu perawatan menjelang ajal di ruang IGD, prioritas rendah, kurangnya privasi dan lingkungan IGD yang tidak cocok (Decker dkk., 2015). Perawat tidak bisa memprioritaskan perawatan menjelang ajal kepada satu pasien saja dikarenakan masih ada pasien lain yang lebih membutuhkan pertolongan secara cepat dan tepat. Perawat juga mempunyai hambatan dalam mendiskusikan perasaan dan keinginan pasien dan keluarga dikarenakan kurangnya privasi di lingkungan IGD (Decker dkk, 2015).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa lingkungan kerja perawat bisa mempengaruhi sikap perawat terhadap *End Of Life Care* (Kassa dkk., 2014). Perawat yang bekerja di bangsal medis memiliki sikap lebih positif dibandingkan yang bekerja di departemen rawat jalan (Kassa dkk., 2014). Hal yang mungkin menyebabkan adanya perbedaan tersebut adalah karena penderita penyakit kronis sebagian besar dirawat di bangsal medis, sehingga setiap hari perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan perawatan kepada pasien dan bisa mengembangkan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* ke sikap yang lebih positif (Kassa dkk., 2014). Menurut peneliti, adanya perbedaan sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ICU juga bisa disebabkan karena perbedaan lingkungan antara ruang IGD dan ICU. di IGD waktu pasien hanya terbatas 24 jam dan kurang privasi bagi pasien dan keluarga sedangkan di ruang ICU waktu tidak terbatas dan pada umumnya terdapat pasien dengan penyakit kronis yang dirawat dengan waktu yang lama.

5.3 Keterbatasan Penelitian

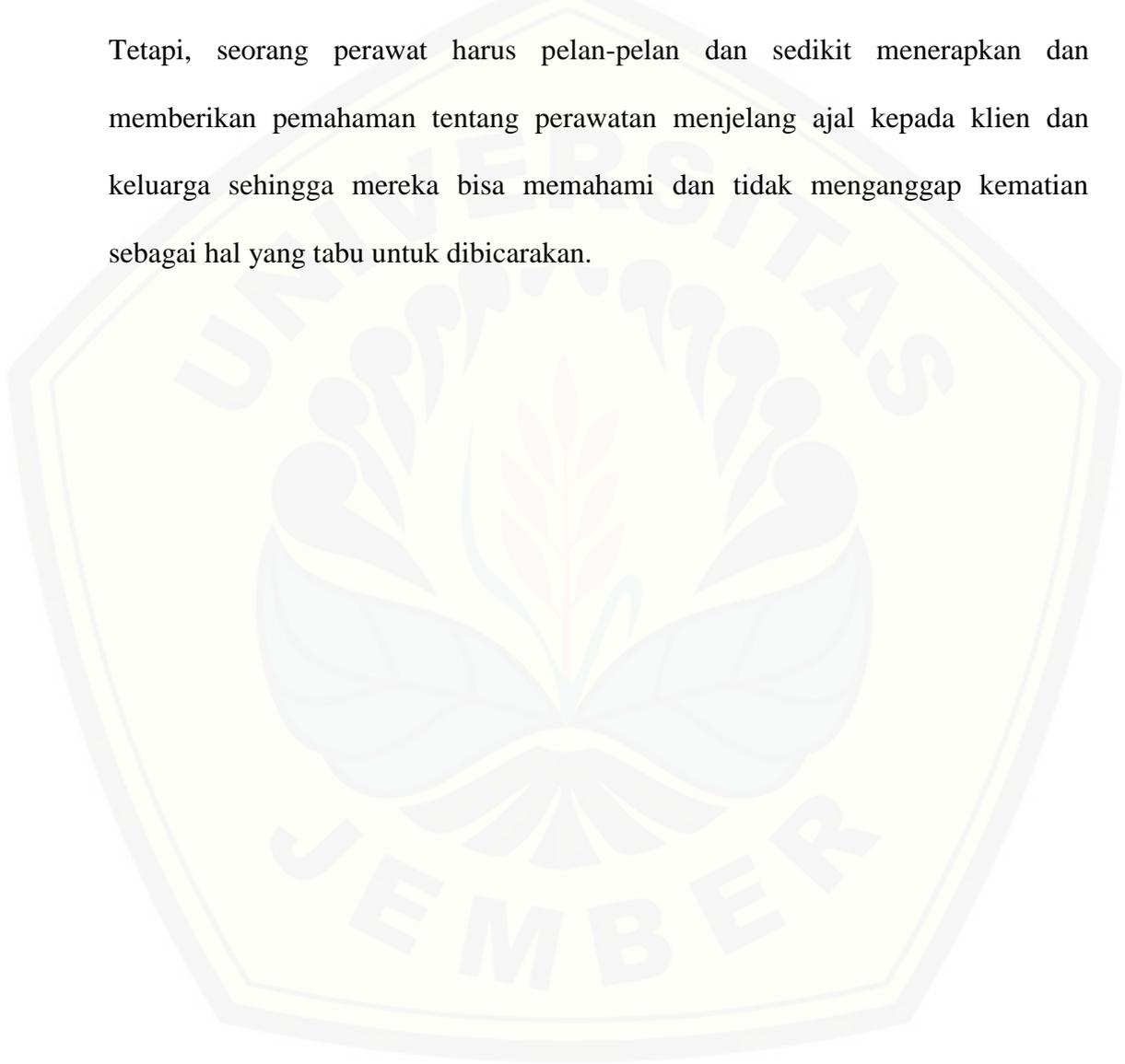
Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam pelaksanaannya, diantaranya adalah :

1. Peneliti tidak meneliti faktor-faktor yang mempengaruhi sikap perawat terhadap *End Of Life Care* secara komprehensif misalnya ketakutan, kecemasan, dan persepsi perawat dan keluarga tentang kematian;
2. Peneliti hanya melakukan penelitian tentang sikap perawat tapi tidak mengeksplere pengalaman perawat dalam melakukan perawatan pasien menjelang ajal di rumah sakit yang terkait daerah;
3. Peneliti hanya meneliti sikap perawat tetapi tidak mengeksplere secara luas dan mendalam hambatan-hambatan penerapan perawatan pasien dengan menjelang ajal di rumah sakit yang terkait;
4. Penelitian ini dilakukan kepada responden yang heterogen.

5.4 Implikasi Keperawatan

Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang mempunyai jumlah terbesar di rumah sakit. Perawat mempunyai tugas yang sangat mulia yaitu memberikan asuhan keperawatan secara holistik (bio-psiko-sosio-kultural-spiritual) kepada klien. Salah satu asuhan keperawatan yang penting untuk dilakukan oleh perawat adalah berkitan dengan keadaan pasien menjelang ajal. Perawat harus melakukan intervensi untuk mengurangi gejala-gejala klien misalnya nyeri. Selain itu, perawat juga harus memberikan intervensi terkait dengan kondisi psikis klien saat menjelang ajal sehingga klien bisa meninggal dengan damai.

Perawatan menjelang ajal yang dilakukan oleh seorang perawat harus berdasarkan sesuai teori *Peaceful End Of Life* yang dicetuskan oleh Ruland. Teori tersebut telah membahas secara holistik tentang intervensi yang harus dilakukan oleh seorang perawat. Meskipun di Indonesia, kematian masih dianggap tabu. Tetapi, seorang perawat harus pelan-pelan dan sedikit menerapkan dan memberikan pemahaman tentang perawatan menjelang ajal kepada klien dan keluarga sehingga mereka bisa memahami dan tidak menganggap kematian sebagai hal yang tabu untuk dibicarakan.



BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan tentang sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU RSD Balung dan RSD Kalisat, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Persebaran proporsi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja ditemukan tidak homogen antara kelompok responden ruang IGD dan ruang ICU sehingga hal tersebut bisa menjadi faktor penyebab adanya perbedaan antara sikap perawat di ruang IGD dan ruang ICU. Jadi, tidak hanya faktor tempat bekerja yang bisa mempengaruhi sikap perawat terhadap *End Of Life Care* tetapi juga terdapat faktor lain yang bisa mempengaruhi sikap yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja.
2. Ada perbedaan antara sikap perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU RSD Balung dan RSD Kalisat. Perawat ICU mempunyai sikap yang lebih positif dari pada perawat IGD.

6.2 Saran

Ada beberapa hal yang dapat disarankan untuk pengembangan penelitian ini :

- a. Peneliti

Peneliti selanjutnya disarankan untuk meneliti lebih dalam kepada responden yang mempunyai karakteristik lebih homogen. Peneliti selanjutnya

disarankan untuk meneliti bagaimana pengalaman perawat dalam merawat pasien menjelang ajal dan persepsi keluarga dan pasien tentang pemberian perawatan menjelang ajal agar pasien dan keluarga tidak menganggap tabu tentang hal tersebut.

b. Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan keperawatan disarankan untuk lebih mengembangkan kurikulum dan simulasi perawatan pasien menjelang ajal sehingga pengaplikasian tentang perawatan menjelang ajal sudah mulai difokuskan sejak menempuh pendidikan keperawatan.

c. Bagi rumah sakit

Rumah sakit disarankan untuk mengembangkan terkait pelayanan dan fasilitas yang mendukung untuk perawatan pasien dengan menjelang ajal, misalnya dengan cara menetapkan Standar Operasional Prosedur dan membuat ruangan khusus untuk keluarga dan pasien dengan menjelang ajal khususnya di ruang IGD. Sehingga hal tersebut bisa memudahkan perawat dan meningkatkan sikap positif perawat dalam merawat pasien menjelang ajal.

d. Bagi perawat

Perawat diharapkan juga dapat mengevaluasi sikap masing-masing agar bisa mengembangkan sikap perawat terhadap pasien dengan menjelang ajal ke arah yang lebih positif.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustinus, S. dan S. W. C. Chan. 2013. Factors affecting the attitudes of nurses towards palliative care in the acute and long term care setting : a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*. 11(1):1–69.
- A'la, M. Z. 2016. The frommelt attitudes toward care of the dying care form b (fatcodb) versi bahasa indonesia: pengukuran validitas pada mahasiswa keperawatan menggunakan analisis faktor. *NurseLine Journal*. 1(1):73–82.
- A'la, M. Z., B. Setioputro, dan D. E. Kurniawan. 2018. Nursing student s ' attitudes towards caring for dying patients. *Nurse Media Journal of Nursing*. 8(1):25–34.
- Alam, R., C. M. Hospital, dan M. Haque. 2017. An appraisal of mortality in intensive care unit of a level iii military hospital of bangladesh. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 21(9):56–60.
- Ali, W. G. M. dan N. S. Ayoub. 2010. Nurses ' attitudes toward caring for dying patient in mansoura university hospitals. *Journal of Medicine and Biomedical Science*. (10):16–23.
- American Hospital Association. 2011. *The Opportunities and Challenges for Rural Hospitals in an Era of Health Reform*. [serial online] <https://www.aha.org/system/files/2018-03/11apr-tw-rural.pdf>. diakses pada tanggal 14 Oktober 2018.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2018. Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang. [serial online] <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/7c6f09ad0f0c398a171ac4a6678a8f06.pdf>. diakses pada tanggal 23 November 2018.
- Baliza, M. F., R. S. Bousso, dan M. C. Paganini. 2013. Factors influencing intensive care units nurses in end-of-life decisions *. *Journal of School of Nursing*. 49(4):571–578.

- Bahrudin, Moch. 2017. *Neurologi Klinis*. Malang:Universitas Muhammadiyah Malang.
- Braun, M., D. Gordon, dan B. Uziely. 2010. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 37(1):43–50.
- Budiarto, Eko & Dewi Anggraeni. 2002. *Pengantar Epidemiologi*. [serial online] https://books.google.co.id/books?id=JxappBBDIjgC&pg=PA118&dq=cross+sectional+adalah&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiBleTp3vzbAhVB7mEKHYGkB_cQ6AEIKzAA#v=onepage&q=cross%20sectional%20adalah&f=false. Diakses pada tanggal 25 September 2018.
- Beckstrand., Renea L. Jonathan Rohwer, Karlen E. Luthy, Janelle L.B. Macintosh, J. L. B. M. 2015. Rural emergency nurses' end-of-life care obstacle experiences: stories from the last frontier. *Journal of Emergency Nursing*. 1(1):1–9.
- Beckstrand, R. L., R. N. Ccrn, K. E. Smith, M. S. Fnp, K. E. Beth, L. Dnp, F. N. P. Faan, dan J. L. B. M. Rn. 2017. Rural emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care. *Journal of Emergency Nursing*. 43(3):214–220.
- Beckstrand, R. L., K. H. Hadley, K. E. Luthy, dan J. L. B. Macintosh. 2017. Critical care nurses ' suggestions to improve minimal change over 17 years. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 36(4):264–270.
- BPS Kabupaten Jember. 2017. *Kabupaten Jember Dalam Angka Jember Regency In Figures*. Jember:BPS Kabupaten Jember.
- Canadian Nurse Association. 2016. *Ethics In Practice Respecting Choices In End-Of-Life Care: Challenges And Opportunities For Rns*. [serial online] <https://canadian-nurse.com/~media/canadian-nurse/files/pdf%20en/respecting-choices-in-end-of-life-care.pdf>. diakses pada tanggal 22 September 2018.
- Candra, I Wayan., Harini, I Gusti A., dan Sumirta, I Nengah. 2017. *Psikologi Landasan Keilmuan Praktik Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : ANDI.

- Decker, K., S. Lee, dan J. Morphet. 2015. The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 18(2):68–74.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Pedoman Teknis Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit Kelas C. [serial online] <http://manajemenrumahsakit.net/wp-content/uploads/2012/11/Pedoman%20Teknis%20Fasilitas%20RS%20Kelas%20C-complete.pdf>. diakses pada tanggal 26 Oktober 2018.
- Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97–104. <https://doi.org/10.1188/05.ONF.97-104>
- Effendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.
- Elsaman, S. E. 2017. Undergraduate critical care nursing students ' knowledge and attitudes toward caring of dying patients. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. 6(1):31–40.
- European Society For Emergency Medicine. 2017. *European Recommendations for End-of-Life Care for Adults in Departments of Emergency Medicine*. 2-13.
- Fleet, R., S. Bussi, F. K. Tounkara, F. Le, J. Plant, J. Poitras, M. Archambault, dan G. Dupuis. 2018. Rural versus urban academic hospital mortality following stroke in canada. *Stroke Care in Rural versus Urban*. 1(1):1–11.
- Freeman, V. A., H. A. Howard, R. Randolph, dan G. M. Holmes. 2015. *THE 21 CENTURY RURAL HOSPITAL*. Edisi 1. Chapel Hill: The University of North Carolina.
- Gallagher, A., R. Szylit, J. Mccarthy, H. Kohlen, T. Andrews, M. Cristina, N. I. Abu-el-noor, A. Cox, M. Haas, A. Arber, M. K. Abu-el-noor, M. Freire, dan K. Grillo. 2015. International journal of nursing studies negotiated reorienting : a grounded theory of nurses ' end-of-life decision-making in the

intensive care unit. *International Journal of Nursing Studies*. 52(4):794–803.

Gama, G., F. Barbosa, dan M. Vieira. 2012. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*. 18(6):267–273.

Gastmans, C. 2012. Nursing ethics perspectives on end-of-life care. *Nursing Ethics*. 19(5):603–604.

Gloss, K. dan C. Hospitals. 2017. End of life care in emergency departments : a review of the literature. *Evidence & Practice / Literature Review*. 25(2):29–38.

Green, M. A., D. Dorling, J. Minton, dan K. E. Pickett. 2017. Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of nhs patients ? *J Epidemiol Community Health*. 71:1068–1071.

Grubb, C. dan A. Arthur. 2016. Student nurses' experience of and attitudes towards care of the dying : a cross-sectional study. *Palliative Medicine*. 30(1):83–88.

Hall, S., H. Petkova, A. D. Tsouros, Higginso;, M. Costantini, dan I. J. 2011. *PALLIATIVE CARE FOR OLDER PEOPLE : BETTER PRACTICES*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Hall, M. J., D. Ph, S. Levant, C. J. Defrances, dan D. Ph. 2013. Trends in inpatient hospital deaths : national hospital discharge survey , 2000 – 2010. *NCHS Data Brief*. (118):1–8.

Henoch, I., M. Browall, C. Melin-johansson, E. Danielson, C. Udo, M. Bjo, A. J. Sundler, K. Ek, K. Hammarlund, I. Bergh, dan S. Strang. 2014. The swedish version of the frommelt attitude toward care of the dying scale. *Cancer Nursing*. 37(1):1–11.

Hyland, C. 2017. *End of life Care in the ICU*. Ireland: General Intensive Care Unit Beaumont Hospital Dublin.

- Kassa, H., R. Murugan, F. Zewdu, M. Hailu, dan D. Woldeyohannes. 2014. Assessment of knowledge , attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals ,. *BMC Palliative Care*. 13(6):1–11.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit. [serial online] <http://www.yankes.kemkes.go.id/assets/downloads/PMK%20No.%2056%20tg%20Klasifikasi%20dan%20Perizinan%20Rumah%20Sakit.pdf>. diakses pada tanggal 26 Oktober 2018.
- Lancaster, R. J., C. Kautzmann, J. C. J. Micheal, L. Chandrasekaran, J. Jambunathan, dan T. M. Chapin. 2017. Attitudes of nurses towards care of the dying patient in india. *International Journal of Palliative Nursing*. 23(11):558–566.
- Lee, D. H. 2002. Approach to End of life care. *The Ochsner Journal*. 4(2):98–103.
- Lotfi, Aisyah Binti Mohd. 2017. Profil Kematian Pasien Kurang 8 Jam Di Instalasi Gawat Darurat Rsup Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar Tahun 2016. [serial online] http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/MGQwMDVmNTMwOTc5YmQ2ZDNiOGQwNTAxNTNkOTA2N2I3NTI2YjlmOQ==.pdf. diakses pada tanggal 29 September 2018.
- Mastroianni, C., M. Piredda, C. Taboga, F. Mirabella, E. Marfoli, G. Casale, M. Matarese, K. H. M. Frommelt, dan M. G. De Marinis. 2015. Frommelt attitudes toward care of the dying scale form b : psychometric testing of the italian version for students. *Journal of Death and Dying*. 70(3):227–250.
- National Council of Palliative Care. 2011. Commissioning End of life Care. [serial online] <http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AandE.pdf>. diakses pada tanggal 22 September 2018.
- Norlander, L. 2008. *To Comfort Always A Nurse's Guide to End-of-Life Care*. Edisi 1. Indiana: Sigma Theta Tau International.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rieneka Cipta.

- Nursalam. 2008. Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. 2015. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. 2017. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis. Jakarta:Salemba Medika.
- Ozcelik, H., F. Aksoy, E. Sonmez, dan C. Fadiloglu. 2018. Attitudes to death of nurses in turkey and factors affecting them. 2(6):303–309.
- Pandhita S, G. 2010. Kematian batang otak. *Tinjauan Pustaka*. 329–331.
- Ruland, C. M. dan S. M. Moore. 1998. Theory construction based on standards of care : a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*. 46(4):169–175.
- Rural Haealth Information Hub. 2018. Rural Hospital. [serial online] <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/hospitals>. diakses pada tanggal 14 Oktober 2018.
- Saam, Zulfan dan Sri Wahyuni. 2012. Psikologi Keperawatan. Jakarta:Rajawali Pers.
- Stefanovski, P. H., R. V. Radkov, T. L. Ilkov, T. P. Tonchev, dan T. Y. Mladenova. 2017. Analysis of mortality in the emergency department at a university hospital in pleven. *International Medical Research*. 45(5):1553–1561.
- Sugiyono. 2015. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung : Alfabeta CV.

- Sugiyono. 2016. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung : Alfabeta CV.
- Sunaryo. 2013. Psikologi untuk Keperawatan. Jakarta :EGC.
- Sumantri, Arif. 2011. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Kencana Prenada Media Group.
- Suryadilaga, Y., J. Arifin, dan A. Ismail. 2015. Jumlah kematian pasien di ruang perawatan intensif berdasarkan kriteria prioritas masuk rsup dr kariadi periode juli - desember 2014. *Media Medika Muda*. 4(4):1686–1693.
- Swarjana, I ketut. 2012. Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta:ANDI.
- Tait, V., M. Higgs, L. Magann, J. Dixon, dan J. M. Davis. 2015. Attitudes of nonpalliative care nurses towards palliative care. 1–5
- Tarigan, Antonius. 2003. *Rural-Urban Economic Linkages:Konsep & Urgensinya Dalam Memperkuat Pembangunan Desa (Bagian Pertama dari Dua Tulisan)*. Depok : Direktorat kerjasama Pembangunan Sektoral dan Daerah, Kantor Meneg PPN/ Bappenas & Mahasiswa Program Doktor Universitas Indonesia Konsentrasi Kebijakan Publik-red.
- Tripathy, S., P. K. Routray¹, dan J. C. Mishra². 2017. Intensive care nurses' attitude on palliative and End of life care. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 21(10):39–43.
- Velarde-garci, J. F., D. Palacios-cen, R. Pulido-mendoza, dan J. M. Cacho. 2016. Nursing and end-of-life care in the intensive care unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 18(2):115–123.
- Weingart, S. D., R. L. Sherwin, L. L. Emlet, I. Tawil, J. Mayglothling, dan J. C. Rittenberger. 2013. American journal of emergency medicine ed intensivists and ed intensive care units ☆ *American Journal of Emergency Medicine*. 31(3):617–620.

- Wang, L., Y. Li, W. Yan, dan G. Li. 2016. Development and psychometric testing chinese version of the frommelt attitude toward care of the dying scale , form b in nurses and nursing students. *J Canc Educ*. 31:123–130.
- WHO. 2016. [serial online] http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/mortality_adult/situation_trends/en/. diakses pada tanggal 22 September 2018.
- WHO. 2018. WHO Definition of Palliative Care. [serial online] <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. diakses pada tanggal 22 september 2018.
- Wolf, L. A., R. N. Cen, A. M. D. Mph, C. P. Mph, P. R. Clark, M. A. Rn, M. D. Moon, R. N. C. Faen, K. M. B. R. N. Ne-bc, M. J. Carman, D. N. P. A. Cen, K. E. Zavotsky, M. S. Rn, C. E. N. A. Ccrn, G. Lenehan, E. Msn, dan F. Faan. 2015. E xploring the m anagement of d eath : p rovision of e nd - of -l ife c are in the. *Journal of Emergency Nursing*. 41(5):e23–e33.
- Wong, P. T. P., G. T. Reker, dan G. Gesser. 1988. Death attitude profile-revised (dap-r). (1955):1–4.
- Wong, P. T. P., G. T. Reker, dan G. Gesser. 1994. The death attitude profile-revised (dap-r): a multidimensional measure of attitudes towards death. 1–26.
- Yaqoob, M., H. Nasaif, dan H. Kadhom. 2018. Undergraduate final year nursing students ' attitudes toward caring for dying patients : bahrain ' s experience. *Clinical Nursing Studies*. 6(4):53–58.



LAMPIRAN

1. Lembar *Informed*

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

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

Nama : Zumrotul Farikhah

NPM : 152310101142

Pekerjaan : Mahasiswa

Alamat : Perumahan Puri Bunga Nirwana Cluster Bintaro Blok NA3 Jember

No telepon : 087786345223

Email : zumrotulfarikhah291@gmail.com

Bermaksud mengadakan penelitian yang berjudul “**Studi Komparasi Sikap Perawat terhadap *End Of Life Care* di ruang IGD dan ruang ICU di RSD Balung dan RSD Kalisat**”. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan dan membedakan sikap perawat terhadap *End of life Care* di ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung. Penelitian ini merupakan bagian dari persyaratan untuk program pendidikan sarjana saya di Universitas Jember. Pembimbing saya adalah Ns. Muhamad Zulfatul A’la, S.Kep.,M.Kep, dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Penelitian ini menggunakan kuisoner yang berisi pernyataan mengenai sikap perawat terhadap *End Of Life Care* (perawatan menjelang ajal) pasien di ruang IGD dan ICU. Penelitian ini tidak memerlukan waktu yang lama, yakni hanya satu kali penetian sehingga responden hanya mengisi kuisoner satu kali. peneliti akan menjaga data responden yang digunakan, identitas responden tidak akan dicantumkan oleh peneliti (akan menggunakan kode). Penelitian ini mempunyai manfaat yaitu sebagai sumber referensi atau pedoman untuk memberikan asuhan keperawatan *End Of Life*. Penelitian ini tidak akan membahayakan dan tidak akan menimbulkan kerugian bagi responden. Apabila responden memutuskan untuk mundur, boleh mengundurkan diri dari penelitian kapan pun. Apabila anda bersedia, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan yang saya lampirkan dan mengisi kuesioner penelitian dengan jujur. Demikian penjelasan penelitian dan permohonan yang saya sampaikan, atas perhatian dan kesediaan menjadi responden saya ucapkan terima kasih.

Jember, Oktober 2018
Peneliti

Zumrotul Farikhah
NIM 152310101142

2. Lembar *Consent*

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian : Studi Komparasi Sikap Perawat terhadap *End Of Life* di ruang IGD dan ruang ICU di RSD Balung dan RSD Kalisat

Peneliti : Zumrotul Farikhah

NPM : 152310101142

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

Setelah membaca informasi tentang penelitian yang akan dilakukan, tanpa paksaan dari pihak manapun saya bersedia menjadi responden yang akan memberikan jawaban atas pertanyaan dalam kuisioner. Saya mengetahui tidak ada risiko yang membahayakan dalam penelitian ini, jaminan kerahasiaan jawaban yang digunakan akan dijaga dan juga memahami manfaat penelitian ini bagi responden.

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

Jember, Oktober 2018

Responden

(.....)

Nama terang dan TTD

KODE :

3. Kuesioner A

BAGIAN A (Karakteristik Responden)

Petunjuk Pengisian Kuisisioner : Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan.

Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sebenarnya.

1. **Jenis Kelamin :**

2. **Usia :**

3. **Tingkat pendidikan keperawatan (pilih salah satu):**

- D3 Keperawatam
- S1 Keperawatan
- Ners
- Ners Spesialis
- Magister Keperawatan

4. **Pengalaman bekerja (pilih salah satu):**

- <5 tahun
- 5-10 tahun
- 10-15 tahun
- > 15 tahun

5. **Agama (pilih salah satu):**

- Islam
- Kristen
- Hindhu
- Budha
- Katolik

6. **Status perkawinan (pilih salah satu) :**

- Belum kawin
- Sudah kawin

7. **Pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal (pilih salah satu) :**

- Tidak pernah
- Pernah

8. **Pengalaman mendapatkan pelatihan menjelang ajal (pilih salah satu) :**

- Pernah
- Tidak pernah

9. **Tempat Bekerja di :**

- Ruang IGD
- Ruang ICU

4. Kuesioner B

KUESIONER *THE FROMMELT ATTITUDES TOWARD CARE OF THE DYING CARE FORM B (FATCODB)* VERSI BAHASA INDONESIA

Petunjuk Pengisian Kuisisioner :

1. Bacalah dengan teliti setiap pernyataan. Kemudian berikan tanda silang (X) dalam kolom yang disesuaikan dengan pendapat anda.

NO	PERNYATAAN	SKALA				
		Sangat tidak setuju (STS)	Tidak setuju (TS)	Tidak pasti/ ragu-ragu (TP)	Setuju (S)	Sangat Setuju (SS)
1.	Memberikan perawatan menjelang ajal kepada orang meninggal adalah pengalaman berharga					
2.	Kematian bukanlah hal terburuk yang bisa terjadi pada seseorang					
3.	Saya merasa tidak nyaman ketika berbicara tentang kematian yang akan datang dengan pasien menjelang ajal					
4.	Merawat keluarga pasien harus terus menerus sampai selesai periode berduka dan berkabung					
5.	Saya tidak ingin merawat pasien yang mendekati ajal					
6.	Pengasuh yang bukan keluarga pasien tidak perlu untuk membicarakan terkait kematian bersama pasien yang menjelang ajal					
7.	Waktu yang lama dalam perawatan pasien menjelang ajal dapat membuat saya frustrasi					

		Sangat Tidak Setuju (STS)	Tidak Setuju (TS)	Tidak Pasti/Ragu-ragu (TP)	Setuju (S)	Sangat Setuju (SS)
8.	Saya akan menjadi sedih ketika pasien menjelang ajal yang saya rawat menyerah dalam mendapatkan harapan yang lebih baik					
9.	Menciptakan hubungan dekat yang terbuka dengan pasien yang menjelang ajal merupakan sesuatu hal yang sulit					
10.	Pasien yang menjelang ajal membutuhkan waktu menuju kematian					
11.	Ketika pasien bertanya “apakah saya meninggal?” saya berpikir mengalihkan pembicaraan menuju hal yang menyenangkan adalah pilihan terbaik					
12.	Keluarga seharusnya terlibat dalam perawatan pasien menjelang ajal					
13.	Saya berharap pasien yang saya rawat meninggal saat saya tidak ada disampingnya					
14.	Saya takut menemani pasien menjelang ajal					
15.	Ketika pasien telah meninggal, saya merasa seperti lari dari permasalahan					
16.	Keluarga membutuhkan dukungan emosional untuk menerima perubahan perilaku pasien menjelang ajal					
17.	Pengasuh yang bukan keluarga seharusnya menarik diri dari pasien, saat pasien mendekati ajal					

		Sangat Tidak Setuju (STS)	Tidak Setuju (TS)	Tidak pasti/ragu-ragu (TP)	Setuju (S)	Sangat Setuju (SS)
18.	Keluarga seharusnya berfokus pada kenangan yang terbaik/terindah dari pasien yang menjelang ajal					
19.	Pasien menjelang ajal tidak perlu terlibat dalam pembuatan keputusan perawatan yang dia dapatkan					
20.	Keluarga seharusnya menjaga lingkungan senormal mungkin pada anggota keluarga inti pasien menjelang ajal					
21.	Pasien menjelang ajal lebih baik apabila mampu mengungkapkan perasannya					
22.	Proses perawatan harus mencakup keluarga dengan pasien menjelang ajal					
23.	Pengasuh seharusnya ijin kepada pasien menjelang ajal untuk mengunjungi dengan waktu yang Fleksibel					
24.	Pasien menjelang ajal dan keluarga seharusnya menjadi pengambil keputusan utama					
25.	Ketergantungan terhadap obat pereda nyeri tidak seharusnya menjadi pokok pembahasan ketika berkomunikasi dengan pasien menjelang ajal					
26.	Saya akan merasa tidak nyaman jika saya memasuki ruangan pasien dengan pasien terminal dan mendapati pasien tersebut menangis					

		Sangat tidak setuju (STS)	Tidak Setuju (TS)	Tidak pasti/ragu-ragu (TP)	Setuju (S)	Sangat Setuju (SS)
27.	Pasien menjelang ajal harus diberikan informasi yang sebenarnya terkait kondisinya					
28.	Pendidikan terhadap keluarga terkait kematian dan proses kematian bukan tanggung jawab dari pengasuh bukan keluarga					
29.	Anggota keluarga yang tinggal dekat dengan pasien menjelang ajal sering mengganggu pekerjaan profesionalnya dengan pasien					
30.	Pengasuh bukan keluarga dimungkinkan membantu pasien dalam menyiapkan kematian pasien.					

5. Lembar Bimbingan Skripsi

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Zumrotul Farikhah
NIM : 152310101142
Nama DPU : Ns. Muhamad Zulfatul A'la., S.Kep., M.Kep

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	29 / 08 2018	Konsul rancangan judul	- Judul tentang "Gambaran sikap perawat the end of life"	ZH
2.	30 / 08 2018	Konsul penggunaan mendelely instrumen penelitian	- Semua daftar pust aka memakai mendelely	ZH
3.	26 / 09 / 2018	- Pokok poin bahasan Bab 2 - Judul fix	- Bab 2 tidak poin.	ZH
4.	10 / 10 / 2018	- Stupen	Lengkapi bab 1-4.	ZH
5.	25 / 10 / 2018	- Bab 1-4	Lengkap Melayar statistik	ZH
6.	30 / 10 / 2018	- Kuesioner Bab 4	Perbaiki Bab I Hy pasal & urut Bab Konten sKep	ZH
7.	2 / 11 / 2018	Bab 1-4	- hpe pasien - jumlah mortalitas - Kesamaan - minimal sampling - indikator menurut	ZH

Mengetahui, - P. Loven ^{keperawatan} ^{pasien keluarga}
Ketua Komisi Bimbingan → Korelasi Variasi sama
Pahlan
- lebih tinggi maka
mortalitas & 100 dan 100

Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Zumrotul Farikhah
NIM : 152310101142
Nama DPU : Ns. Muhamad Zulfatul A'la., S.Kep., M.Kep

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	05 November 2018	Bab 1-4	ace lampiro.	ZH
2.	15 Januari 2018	- Tabel Hasil	- mencari jurnal yg bersih data statistik + - me	ZH
3.	22 Januari 2018	- Bab 5	- menghapus tabel K.R dengan falcod - menambah tujuan homoge nitay	ZH
4.	1 Februari 2018	Bab 5 & 6	perbaiki susunan & lengkapi	ZH
5.	7 Februari 2018	Abstrak & ringkasan	perbaiki Abstrak	ZH

Mengetahui,
Ketua Komisi Bimbingan

Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama Mahasiswa : Zumrotul Farikhah
 NIM : 152310101142
 Nama DPA : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB

No.	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPU	Paraf
1.	Senin/ 1 Oktober 2018	BAB 1	- Bgth Iw & IGD - data Iw & IGD - kawat yg ber - btkan y kelidng	
2.	Kamis/ 25/10/2018	BAB 1-4	- mengidentifikasi Karakteristik - jumlah kamahan banyak di ICU - tujuan diutamakan - Jembatan penghubung kep patient ke end of life	
			- Perbaiki bahasa - transisi - Penomoran - end of life di tambahkan di bab 2 - nanda konsep → uji - kerangka konsep → uji komparasi beda - kriteria tdk ekslusif	
3.	Jumat 02/11/2018	Bab 1-4	dikawatka paragraf ✓ kalimat utama ✓ indikator jawaban	
4	Kam 5/11/2018	Ara Smpun		
5	Selasa 22/11/2019	Haril Rumlhke	- cek mudi & Btkan - CUL of point - Narasikan / di kprk XS mtr/ Rada g lain	
6	Jumat/ 25 Jan 2019	Pembahasan BAB V - VI	- Haril - Konsp. - apun	

Mengetahui,
 Ketua Komisi Bimbingan

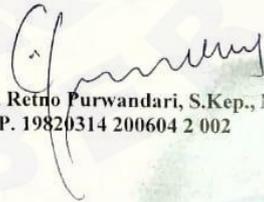
Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
 NIP. 19820314 200604 2 002

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

Nama Mahasiswa : Zumrotul Farikhah
NIM : 152310101142
Nama DPa : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Saran DPa	Paraf
1.	Kamis/ 7 Februari 2019	Bab 5 - 6	- memperbaiki dkt - memperbaiki saran - mengecek kembali bab 4	
2	Kamis 14 Feb 2019	Abstrak & Kertas	Persiapan mapu pidg VII tahun	

Mengetahui,
Ketua Komisi Bimbingan


Ns. Refni Purwandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002

6. Lembar surat izin studi pendahuluan dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember

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

Nomor : 5898/UN25.1.14/SP/2018 Jember, 15 October 2018
Lampiran : -
Perihal : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan

Yth. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kabupaten Jember

Dengan hormat,
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Zumrotul Farikhah
N I M : 152310101142
keperluan : Ijin Melaksanakan Studi Pendahuluan
judul penelitian : Gambaran Sikap Perawat terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD Balung dan RSD Kalisat Kabupaten Jember
lokasi : 1. Ruang IGD dan ICU Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember
2. Ruang IGD dan ICU Rumah Sakit Daerah Kalisat Kabupaten Jember
waktu : satu bulan
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.


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

7. Lembar surat izin studi pendahuluan dari Bakesbangpol

 **PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER**
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
 Yth. Sdr. 1. Direktur RSD. Balung Kab. Jember
 2. Direktur RSD. Kalisat Kab. Jember
 di - **J E M B E R**

SURAT REKOMENDASI
 Nomor : 072/2477/415/2018

Tentang
STUDI PENDAHULUAN

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember tanggal 15 Oktober 2018 Nomor : 5898/UN25.1.14/SP/2018 perihal Studi Pendahuluan

MEREKOMENDASIKAN

Nama / NIM. : Zumrotul Farikhah / 152310101142
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Mengadakan Studi Pendahuluan untuk skripsi dengan judul : "Gambaran Sikap Perawat terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD. Balung dan RSD. Kalisat Kabupaten Jember"
 Lokasi : 1. RSD. Balung Kabupaten Jember
 2. RSD. Kalisat Kabupaten Jember
 Waktu Kegiatan : Oktober s/d Nopember 2018

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
 Tanggal : 22-10-2018
 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN JEMBER
 Kabid. Kajian Strategis dan Politik


 Achmad Fauzan
 Penulisa
 NIP. 19690112199602 1001

Tembusan :
 Yth. Sdr. : 1. Dekan Fak. Keperawatan Univ. Jember;
 2. Yang Bersangkutan.

9. Surat Izin Studi Pendahuluan dari RSD Balung

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG
Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877
Email : balung_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com
Website : http://rsudbalung.6te.net
BALUNG - JEMBER

Jember, 01 November 2018

Nomor : 045/H.21.01/35.09.611/XI/2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Studi Pendahuluan**

Kepada :
Yth. Sdr. ZUMROTUL FARIKHAH

Di -

JEMBER

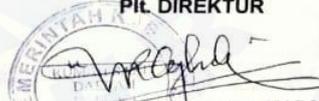
Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/2477/415/2018 tanggal, 22 Oktober 2018 perihal melakukan Ijin Studi Pendahuluan Saudara:

Nama : ZUMROTUL FARIKHAH
NIM : 152310101142
Program Studi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Studi Pendahuluan tentang: "Gambaran Sikap Perawat terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD Balung - Jember."
Tanggal : 23-10-2018 s/d 23-11-2018

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Studi Pendahuluan di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Studi Pendahuluan yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Studi Pendahuluan mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Studi Pendahuluan yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah di tentukan.
4. Hasil Studi Pendahuluan disampaikan kepada Rumah Sakit secara tertulis.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pit. DIREKTUR

drg. NUR CAHYOHADI, MARS
Pembina/IV a
NIP. 19640912 199203 1 007

Tembusan Yth.
1. Dekan Fak.Keperawatan Universitas Jember;
2. Sdr. Yang Bersangkutan;

10. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Studi Pendahuluan

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

SURAT PERNYATAAN SELESAI MELAKSANAKAN STUDI PENDAHULUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP : NIP 19810319 201404 1 001
Jabatan :Dosen Pembimbing Anggota

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama : Zumrotul Farikhah
NIM : 152310101142
Status : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Alamat : Perum Puri Bunga Nirwana Cluster Bintaro Blok N3A Jember

Telah melakukan studi pendahuluan di RSD Balung dan RSD Kalisat Kabupaten Jember dengan judul "Sikap Perawat Terhadap *End Of Life* : Studi Komparasi di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung" berkaitan dengan data jumlah perawat di ruang IGD dan ICU yaitu sebanyak 15 perawat di IGD RSD Balung, 10 perawat di ICU RSD Balung, 9 perawat di IGD RSD Kalisat dan 6 perawat di ICU RSD Kalisat, dan telah selesai dilakukan studi pendahuluan pada tanggal 2 November 2018.

Demikian surat ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 06 November 2018
Dosen Pembimbing Anggota


Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP 19810319 201404 1 001

11. Lembar Surat Izin Penelitian dari dekan Fakultas Keperawatan

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

Nomor : 6878/UN25.1.14/LT/2018

Jember, 26 November 2018

Lampiran : -

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Zumrotul Farikhah

N I M : 152310101142

keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

judul penelitian : Studi Komparasi Sikap Perawat terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember

lokasi : 1. Rumah Sakit Umum Daerah Kalisat Kabupaten Jember
2. Rumah Sakit Umum Daerah Balung Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



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

12. Lembar Surat Izin Penelitian dari LP2M



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 5309 /UN25.3.1/LT/2018

4 Desember 2018

Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Kepala

Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Kabupaten Jember

Di

Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 6878/UN25.1.14/LT/2018 tanggal 26 November 2018 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Zumrotul Farikhah
NIM : 152310101142
Fakultas : Keperawatan
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Alamat : Perum Puri Bunga Nirwana Cluster Bintaro NA/3 Sumbersari-Jember
Judul Penelitian : "Studi Komparasi Sikap Perawat terhadap *End of Life* di Ruang IGD dan ICU RSD Kalisat dan RSD Balung Kabupaten Jember"
Lokasi Penelitian : 1. Rumah Sakit Daerah Kalisat
2. Rumah Sakit Daerah Balung
Lama Penelitian : 2 Bulan (7 Desember 2018-30 Januari 2019)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.

a.n. Ketua
Sekretaris
UNIVERSITAS JEMBER
Dr. Susanto, M.Pd.
NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth.

1. Direktur RSD Kalisat;
2. Direktur RSD Balung;
3. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;
4. Mahasiswa ybs; ✓
5. Arsip.



13. Lembar Surat Izin Penelitian dari Bakesbangpol



PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember

Kepada

Yth. Sdr.

1. Dir. Rumah Sakit Daerah Kalsat
2. Dir. Rumah Sakit Daerah Balung Kab. Jember

di -

J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/2956/415/2018

Tentang

PENELITIAN

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 7 Tahun 2014 Tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011;
 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember

- Memperhatikan :
1. Surat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember tanggal 04 Desember 2018 Nomor : 5301/UN25.3.1/LT/2018 perihal penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM. : Zumrohtul Farikhah /152310101124
 Instansi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Kampus Tegal Boto Jember
 Keperluan : Penelitian dengan Judul "Studi Komperasi Sikap Perawat terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD Balung Kab. Jember"
 Lokasi : Rumah Sakit Daerah Kalsat, Rumah Sakit Daerah Balung, Kab. Jember
 Waktu Kegiatan : 7 Desember 2018 – 30 Januari 2019

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember

Tanggal : 10-12-2018

An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK

KABUPATEN JEMBER

Kabid. Kajian Strategis Politik



- Tembusan :
1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
 2. Yang Bersangkutan.

14. Lembar Surat Izin Penelitian dari RSD Kalisat

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT**

Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember

Jember, 17 Desember 2018

Nomor : 800/4752/35.09.612/2018 Kepada
Sifat : Penting Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
Lampiran : - Universitas Jember
Perihal : Ijin Penelitian di
Jember

Berdasarkan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Jember, Nomor : 072/2956/415/2018 tanggal 10 Desember 2018 tentang Surat Rekomendasi Penelitian, bersama ini kami sampaikan bahwa Rumah Sakit Daerah Kalisat tidak keberatan dan memberikan ijin pada mahasiswa :

Nama : ZUMROTUL FARIKHAH
NIM : 152310101124
Program Studi : Keperawatan

Untuk melaksanakan Penelitian tentang “ Studi Komperasi Sikap Perawat Terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD Balung Kab. Jember “.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.


KASIH Kan, DIREKTUR
KASASI KESEKRETARIATAN & RM
RUMAH SAKIT
DAERAH
KALISAT
RITA AGUNG LUHMANINGTYAS, S.Sos. MM.
NIP. 19621015 198301 2 002

Tembusan : disampaikan kepada

1. Kepala Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Daerah Kalisat
2. Kepala Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Daerah Kalisat

15. Lembar Surat Izin Penelitian dari RSD Balung



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**
 Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877
 Email : balung_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com
 Website : http://rsudbalung.6te.net
BALUNG - JEMBER

Jember, 14 Desember 2018

Nomor : 045/1567/35.09.611/XII/2018
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
 Yth. Sdr. ZUMROTUL FARIKHAH

Di -

JEMBER

Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/2956/415/2018 tanggal, 10 Desember 2018 perihal melakukan Ijin Penelitian Saudara:

Nama : ZUMROTUL FARIKHAH
 NIM : 152310101124
 Program Studi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
 Keperluan : Melaksanakan Penelitian tentang: "Studi Komperasi Sikap Perawat terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD Balung Kabupaten Jember".
 Tanggal : 07-12-2018 s/d 30-01-2019

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Penelitian di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Penelitian mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Penelitian yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah ditentukan.
4. Hasil Penelitian disampaikan kepada Rumah Sakit secara tertulis.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terina kasih.



Tembusan Yth.

1. Sdr. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Sdr. Yang Bersangkutan;

16. Lembar Surat keterangan selesai penelitian dari RSD Kalisat

 **PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT
Jln. MH. Thamrin No. 31 Telp. (0331) 591038 Fax (0331) 593997 Kalisat – Jember

SURAT KETERANGAN
Nomor : 800/210 /35.09.612/2018

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : drg. KUNIN NASIAH., M.Kes.
NIP : 19650502 199303 2 004
Pangkat/ Golongan : Pembina, IV/ A
Jabatan : Direktur

Menerangkan :

Nama : ZUMROTUL FARIKHAH
NIM : 15 2310 1011 24
Program Studi : S I - Keperawatan
Universitas Jember

Bahwa mahasiswa diatas telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Daerah Kalisat Jember tentang “ Studi Komperasi Sikap Perawat Terhadap End Of Life di Ruang IGD dan ICU RSD Balung Kab. Jember ”.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 12 Januari 2019
DIREKTUR
RUMAH SAKIT DAERAH KALISAT

KUNIN NASIAH., M.Kes.
Pembina
NIP. 19650502 199303 2 004

17. Lembar Surat keterangan selesai penelitian dari RSD Balung

**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG
JI. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877
Email : balung_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com
Website : http://rsudbalung.6te.net
BALUNG - JEMBER

SURAT KETERANGAN
Nomor: 800/ 91 /35.09.611/1/2019

Dengan ini yang bertanda tangan di bawah ini :

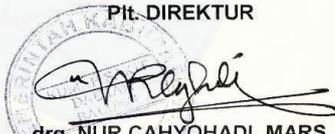
Nama : **drg. NUR CAHYOHADI, MARS**
NIP : 19640912 199203 1 007
Jabatan : Plt. Direktur RSD Balung
Menerangkan :

Nama : **ZUMROTUL FARIKHAH**
NIM : 152310101124
Status : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Yang bersangkutan telah benar – benar melakukan Penelitian di Ruang IGD dan ICU Sakit Daerah Balung terhitung mulai tanggal 07-12-2018 s/d 07-01-2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Balung
Pada tanggal : 19-01-2019

Pt. DIREKTUR

drg. NUR CAHYOHADI, MARS
Pembina / IV a
NIP-19640912 199203 1 007

18. Lembar Sertifikat Uji Etik

	<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)</p>
	<p>ETHIC COMMITTEE APPROVAL <u>No.237/UN25.8/KEPK/DL/2019</u></p>
<p>Title of research protocol : "Comparative Study of Nurse's Attitudes Towards End of Life Care in The Emergency Room an ICU of Kalisat and Balung Hospital in Jember Reg"</p>	
<p>Document Approved : Research Protocol</p>	
<p>Principal investigator : Zumrotul Farikhah</p>	
<p>Member of research : -</p>	
<p>Responsible Physician : Zumrotul Farikhah</p>	
<p>Date of approval : November, 2018</p>	
<p>Place of research : RSD Kalisat dan Balung Kabupaten Jember</p>	
<p>The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember states that the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.</p>	
<p>Jember, January 9th, 2019</p>	
<p>Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember</p>  <p>(Dr. R. Rahardyan P. M. Kes, Sp. Pros)</p>	<p>Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember</p>  <p>(Prof. Dr. Dra. Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si)</p>

19. Hasil SPSS

A. Uji normalitas data

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
USIA	,129	40	,090	,961	40	,177
XTOTAL	,129	40	,094	,951	40	,084

a. Lilliefors Significance Correction

B. Uji homogenitas karakteristik responden di ruang IGD dan ICU

1. Usia

Group Statistics

	TEMPAT BEKERJA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
USIA	IGD	24	32,25	6,045	1,234
	ICU	16	34,88	3,810	,953

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
USIA	Equal variances assumed	2,449	,126	-1,541	38	,132	-2,625	1,703	-6,073	,823
	Equal variances not assumed			-1,684	37,928	,100	-2,625	1,559	-5,781	,531

2. Jenis Kelamin

Crosstab

Count

		JENIS KELAMIN		Total
		L	P	
TEMPAT BEKERJA	IGD	15	9	24
	ICU	4	12	16
Total		19	21	40

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,414 ^a	1	,020	,027	,022
Continuity Correction ^b	4,014	1	,045		
Likelihood Ratio	5,602	1	,018		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,278	1	,022		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,60.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Tingkat Pendidikan

Crosstab

Count

		TINGKAT PENDIDIKAN			Total
		D3	S1	NERS	
TEMPAT BEKERJA	IGD	13	1	10	24
	ICU	10	4	2	16
Total		23	5	12	40

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,171 ^a	2	,046
Likelihood Ratio	6,531	2	,038
Linear-by-Linear Association	1,647	1	,199
N of Valid Cases	40		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

4. Pengalaman Bekerja

Crosstab

Count

		LAMA BEKERJA				Total
		5 TAHUN	5-10 TAHUN	10-15 TAHUN	>15 TAHUN	
TEMPAT BEKERJA	IGD	8	13	3	0	24
	ICU	0	7	4	5	16
Total		8	20	7	5	40

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,899 ^a	3	,003
Likelihood Ratio	18,382	3	,000
Linear-by-Linear Association	13,325	1	,000
N of Valid Cases	40		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

5. Status perkawinan

Crosstab

Count		STATUS PERKAWINAN		Total
		BELUM KAWIN	SUDAH KAWIN	
TEMPAT BEKERJA	IGD	5	19	24
	ICU	0	16	16
Total		5	35	40

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,810 ^a	1	,051		
Continuity Correction ^b	2,143	1	,143		
Likelihood Ratio	5,578	1	,018		
Fisher's Exact Test				,071	,065
Linear-by-Linear Association	3,714	1	,054		
N of Valid Cases	40				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

b. Computed only for a 2x2 table

6. Pengalaman menghadapi pasien menjelang ajal

Crosstab

Count

		PENGALAMAN PASIEN MENJELANG AJAL		Total
		PERNAH	TIDAK PERNAH	
TEMPAT BEKERJA	IGD	21	3	24
	ICU	16	0	16
Total		37	3	40

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,162 ^a	1	,141		
Continuity Correction ^b	,736	1	,391		
Likelihood Ratio	3,226	1	,072		
Fisher's Exact Test				,262	,205
Linear-by-Linear Association	2,108	1	,147		
N of Valid Cases	40				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,20.

b. Computed only for a 2x2 table

7. Pengalaman mendapatkan pelatihan perawatan menjelang ajal

Crosstab

Count

		PENGALAMAN PELATIHAN PERAWATAN MENJELANG AJAL		Total
		PERNAH	TIDAK PERNAH	
TEMPAT BEKERJA	IGD	14	10	24
	ICU	4	12	16
Total		18	22	40

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,310 ^a	1	,038		
Continuity Correction ^b	3,068	1	,080		
Likelihood Ratio	4,455	1	,035		
Fisher's Exact Test				,054	,039
Linear-by-Linear Association	4,202	1	,040		
N of Valid Cases	40				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,20.

b. Computed only for a 2x2 table

C. Uji t independent sikap di IGD dan ICU (FATCOD I dan FATCOD II)

Group Statistics

	TEMPAT BEKERJA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
XTOTAL	IGD	24	101,42	6,646	1,357
	ICU	16	106,44	7,633	1,908
FATCOD1	IGD	24	53,13	6,924	1,413
	ICU	16	54,00	4,050	1,012
FATCOD2	IGD	24	48,29	5,162	1,054
	ICU	16	52,44	5,151	1,288

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
XTOTAL	Equal variances assumed	,912	,346	-2,206	38	,034	-5,021	2,276	-9,628	-,413
	Equal variances not assumed			-2,144	29,139	,040	-5,021	2,341	-9,808	-,233
FATCOD1	Equal variances assumed	9,182	,004	-,455	38	,652	-,875	1,923	-4,767	3,017
	Equal variances not assumed			-,503	37,514	,618	-,875	1,739	-4,396	2,646
FATCOD2	Equal variances assumed	,959	,334	-2,490	38	,017	-4,146	1,665	-7,516	-,776
	Equal variances not assumed			-2,492	32,355	,018	-4,146	1,664	-7,534	-,758

20. Dokumentasi

