



**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DAN KARAKTERISTIK
DEMOGRAFI DARI KELUARGA PASIEN DI RUANG
INTENSIF RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG**

SKRIPSI

oleh
Dela Soviatul Umaroh
NIM 152310101272

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



**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DAN KARAKTERISTIK
DEMOGRAFI DARI KELUARGA PASIEN DI RUANG
INTENSIF RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG**

SKRIPSI

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

oleh
Dela Soviatul Umaroh
Nim 152310101272

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

PERSEMBAHAN

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

1. Orang tua yang saya cintai Ibu Fatimatus Zahro dan Bapak Subiyakto, adik saya Melia Andriani, ayah kedua saya abi Totok, beserta semua keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan serta do'a untuk kesuksesan saya;
2. Ns. Muhamad Zulfatul A'la, S.Kep.,M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
3. Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
4. Ns. Baskoro Setioputro, S.Kep., M.Kep. dan Ns. Rismawan Adi Yunanto, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Penguji yang telah memberikan waktu serta saran-saran yang menjadikan skripsi ini dapat tersusun dengan baik;
5. Latifa Aini Susumaningrum., S.Kp., M.Kep., Sp.Kom. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama saya menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
6. Seluruh guru TK, SD, SMP, dan SMA Negeri 4 Jember, Almamater Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah memberikan ilmu selama proses pembelajaran;
7. Semua pihak yang turut membantu dalam penyusunan proposal ini.

MOTO

“Sungguh, orang-orang yang beriman dan mengerjakan kebijakan, mereka itu
adalah sebaik-baik makhluk”

(QS. Al-Bayyinah 90:7)¹

“Semua orang bisa melihat, tapi tidak semua orang bisa memperhatikan”

(Anonim)²

¹ Departemen Agama Republik Indonesia. 2012. Al-Qur'an Perkata, Tajwid Warna. Jakarta: Surprise.

² Anonim

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dela Soviatul Umaroh

NIM : 152310101272

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD Dr. Haryoto Lumajang” adalah benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang telah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada instansi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

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

Jember, April 2019

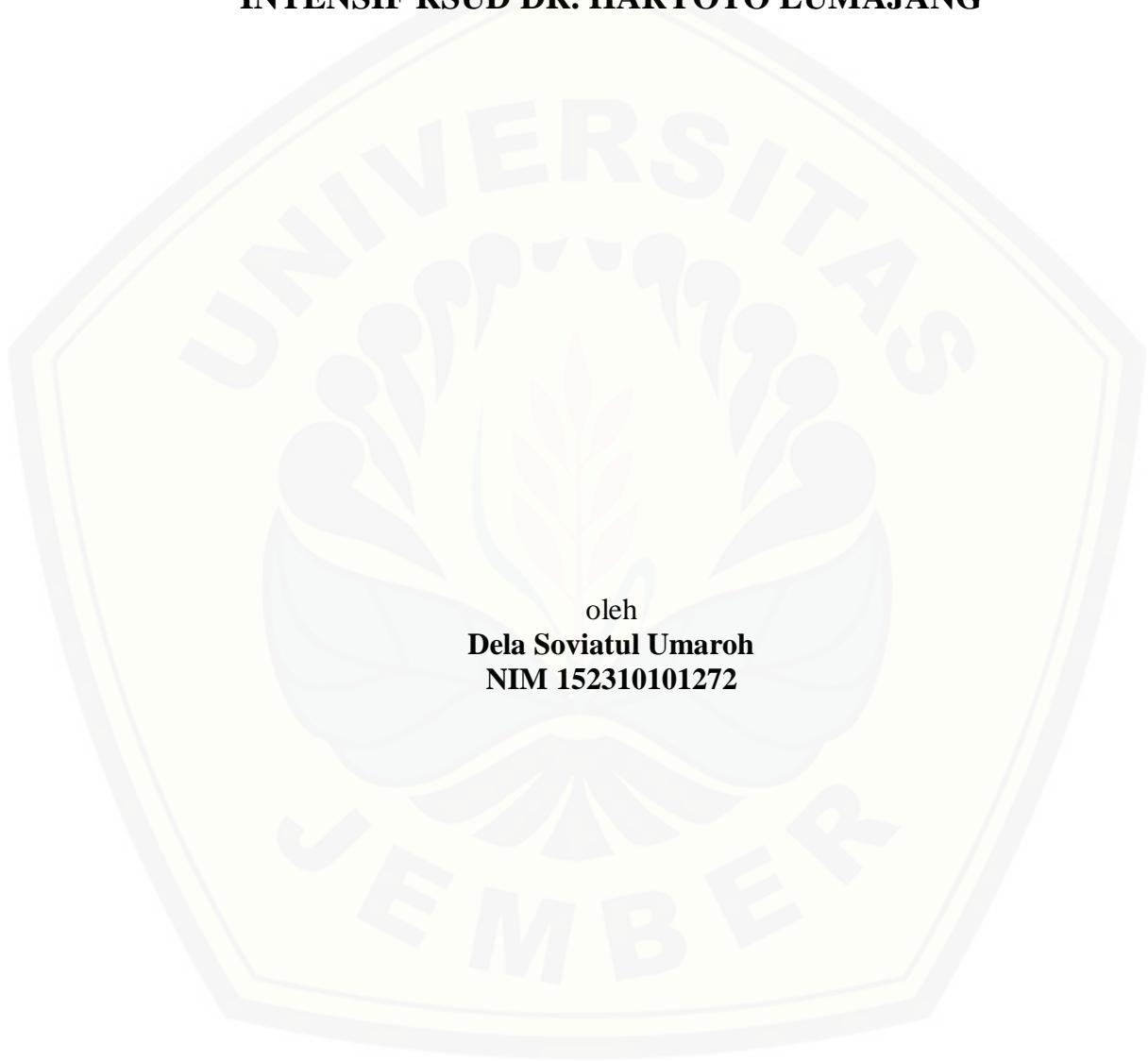
Yang menyatakan,

Dela Soviatul Umaroh

NIM 152310101272

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DAN KARAKTERISTIK
DEMOGRAFI DARI KELUARGA PASIEN DI RUANG
INTENSIF RSUD DR. HARYOTO LUMAJANG**



oleh
Dela Soviatul Umaroh
NIM 152310101272

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : **Ns. M. Zulfatul A'la, S.Kep.,M.Kep.**
Dosen Pembimbing Anggota : **Ns. Wantiyah, S.Kep.,M.Kep.**

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien yang Dirawat di Ruang Intensif RSUD dr Haryoto Lumajang” karya Dela Soviatul Umaroh telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada :

Hari, tanggal : Rabu, 24 Juli 2019

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

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

Dosen Pembimbing Anggota

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

Penguji I

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

Penguji II

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

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



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

Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD dr Haryoto Lumajang (*Relationship Between Depression and Demographic Characteristics of Patient Family in Intensive Room at RSUD dr Haryoto Lumajang*)

Dela Soviatul Umaroh

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

*Patients who are treated in intensive care unit have an effect on their families and patient themselves. Furthermore, families of intensive care unit's patient must deal with psychological stress. One of the psychological symptoms experienced by the family is depression. Nurses must know well about the symptom of depression, so it need to explore deeply about factor that influencing of depression. This study aimed to determine the relationship between depression and demographic characteristics (gender, age, education level, relationship with the patient and length of stay in intensive room) of the families of patients who were treated in the intensive room of Dr. Haryoto Regional Hospital, Lumajang Regency. This study used descriptive analytic with cross sectional approach. A total of 65 respondents were recruited using consecutive sampling technique and applying G*power with power 0.80 with a large effect size (0.50) and a degree of freedom of 5. Depression data was collected using the Beck Depression Inventory (BDI) II questionnaire. Data were analyzed using Chi Square test with a significant value of 0.05. The results showed that there was a relationship between depression and age of the family ($p = 0.003$, $OR = 0.184$). Families of intensive patient aged 18-40 years were found to be 0,816 times more at risk of depression. Nursing interventions that could be carried out were to reduce the psychological burden experienced by the family. Further research was needed to determine other factors that may be related to the incidence of depression in families of patients treated in intensive care unit.*

Keyword: *Intensive patients family, depression, demographic characteristics*

RINGKASAN

Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD dr Haryoto Lumajang: Dela Soviatul Umaroh, 152310101272 : 2019 : xviii + 98 : Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan

Anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif memiliki peran penting dalam perawatan maupun pengambilan keputusan. Anggota keluarga pasien ICU juga harus berhadapan dengan tekanan psikologis yang disebabkan oleh status pasien, ketidakpastian dan beban psikologis dari mereka sendiri. Salah satu tekanan psikologis yang dialami oleh keluarga yaitu depresi. Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat, serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Faktor resiko yang dapat menyebabkan depresi salah satunya yaitu usia.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara depresi dan karakteristik demografi dari keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif RSUD dr Haryoto Kabupaten Lumajang. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan teknik *sampling* yaitu *consecutive sampling*. Perhitungan sampel menggunakan aplikasi *Statistical Power Analyses with Gpower*, sehingga sampel yang didapatkan sebanyak 63 responden. Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner data demografi dan kuesioner *Beck Depression Inventory (BDI) II* versi bahasa Indonesia untuk data depresi.

Hasil penelitian didapatkan yaitu anggota keluarga yang menjadi responden banyak yang berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 43 (66,2%) dengan usia terbanyak yaitu 18-40 tahun sejumlah 38 (58,5%) dan tingkat pendidikan paling banyak yaitu SD sejumlah 24 (36,9%) dan responden paling

banyak adalah anak dari pasien sejumlah 27 (41,5%) yang lama waktu dirawat di ruang intensif paling banyak yaitu <24 jam dan 24-48 jam yang masing-masing sejumlah 23 (35,4%). Depresi yang paling banyak muncul pada responden yaitu depresi minimal yang dialami oleh sebanyak 34 (52,3%). Depresi ini ditemukan memiliki hubungan dengan usia dari keluarga pasien ($p = 0,003$, $r = 0,184$). Semakin tua usia seseorang maka kemungkinan memiliki gejala depresi akan lebih rendah.

Usia dapat menjadi salah satu faktor resiko munculnya gejala depresi pada seseorang. Golongan usia remaja dan dewasa awal lebih banyak mengalami depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting yaitu masa peralihan dari masa anak-anak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja serta masa pubertas hingga ke pernikahan. Berbagai peralihan tersebut dapat menjadikan resiko timbulnya gejala depresi meningkat. Selain itu, anggota keluarga yang sakit akan menambah beban psikologis yang dirasakan keluarganya.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah terdapat hubungan antara depresi dan usia dari keluarga pasien di ruang intensif (ICU dan HCU) RSUD dr Haryoto Lumajang. Petugas kesehatan terutama perawat diharapkan dapat memberikan perhatian khusus pada keluarga karena keluarga merupakan bagian penting dari perawatan intensif sehingga apabila beban psikologis pada keluarga didapati minimal maka dapat membantu kesejahteraan pasien.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD Dr. Haryoto Lumajang”. Proposal skripsi ini disusun untuk memenuhi tugas akhir pendidikan strata satu (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh sebab itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Muhamad Zulfatul A’la, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah membimbing, memberikan masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Ns. Wantiyah, S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah membimbing, memberikan masukan, dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
4. Ns. Latifa Aini S, M.kep., Sp.Kep.Kom. selaku dosen pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama menempuh pendidikan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
5. Keluarga dan teman-teman tercinta terutama kelas D yang telah memberikan do’a dan dukungan demi terselesaikannya penelitian ini;

6. Sahabat tercinta saya Fiki Dwi, Qothrun Nada, Alvin, Amanda dan Rofifah yang selalu memberikan kebahagiaan, dukungan dan semangat;
7. Sahabat B Family saya Pitek Kiyek, Bakullerrss, Si Tukang Ngemil, Nobelek, dan Lemot Juga Nih yang selalu memberikan semangat dan kebahagiaan;
8. Teman seperjuangan skripsi Ifka, Puji, Joko, Mukhlis, Nuril, Arga, Ida yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama proses penyusunan skripsi;
9. Semua pihak yang berkontribusi dalam penyusunan skripsi ini.

Jember, April 2019

Penulis

DAFTAR ISI

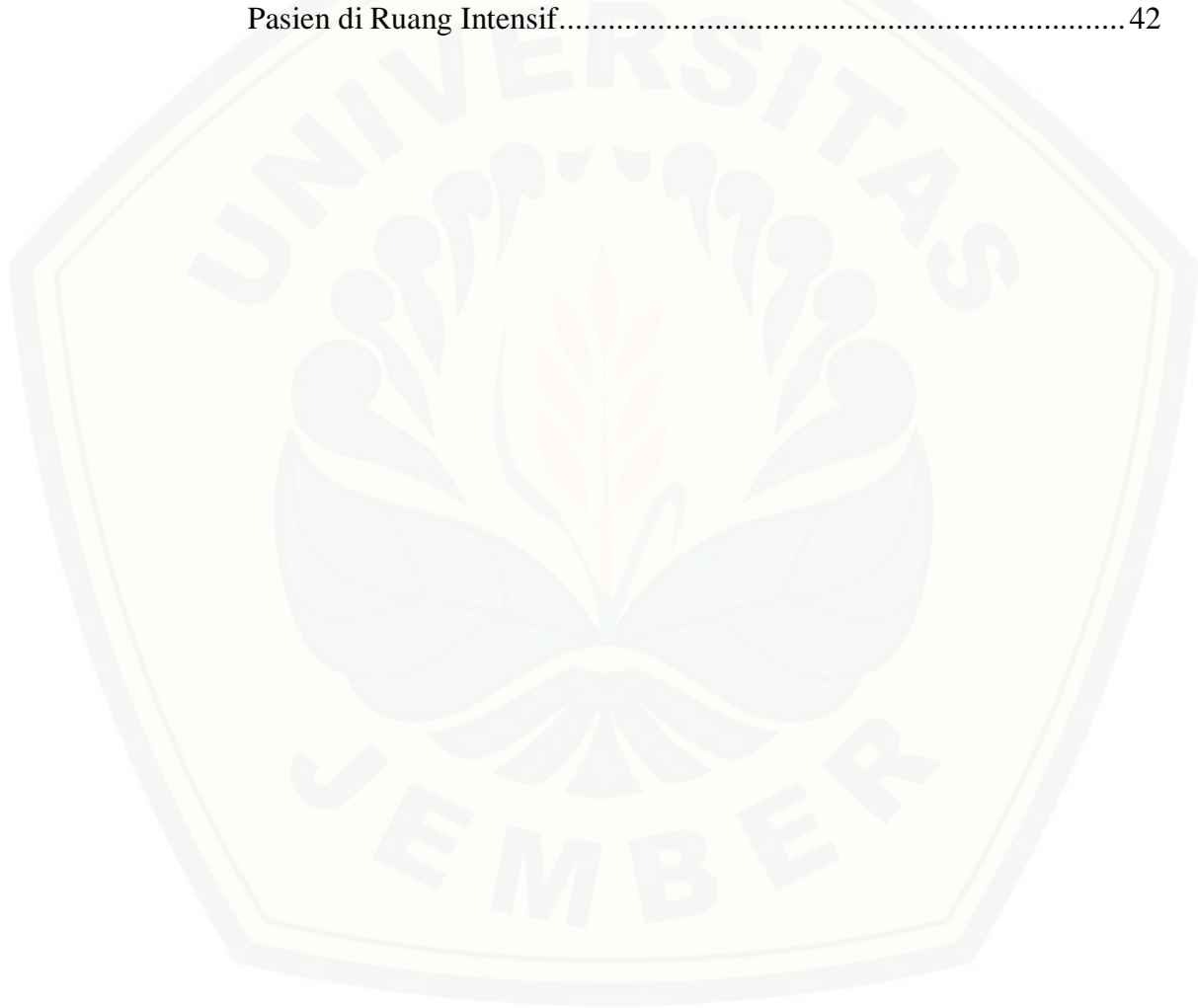
	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	iii
MOTO	v
PERNYATAAN	vi
HALAMAN PEMBIMBING	ivii
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	ix
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti	6
1.4.2 Manfaat Bagi Instansi pendidikan	6
1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan	7
1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat	7
1.5 Keaslian Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Konsep ICU.....	10
2.1.1 Definisi ICU	10
2.1.2 Organisasi di ICU	10
2.2 Konsep Depresi	11
2.2.1 Definisi Depresi.....	11
2.2.2 Tanda dan Gejala Depresi	12
2.2.3 Faktor Risiko Depresi	12
2.2.4 Depresi Karena Adanya Penyakit.....	14
2.2.5 Instrumen Pengukuran Tingkat Depresi	16
2.3 Konsep Keluarga	18

2.3.1	Definisi Keluarga.....	18
2.3.2	Fungsi Keluarga.....	19
2.3.3	Bentuk-bentuk Keluarga	20
2.3.4	Interaksi Sehat/sakit dan Keluarga	23
2.4	Kerangka Teori.....	25
BAB 3. KERANGKA KONSEP		26
3.1	Kerangka Konsep	26
3.2	Hipotesis.....	26
BAB 4. METODE PENELITIAN.....		27
4.1	Rancangan Penelitian.....	27
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian.....	27
4.2.1	Populasi Penelitian	27
4.2.2	Sampel Penelitian	28
4.2.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	28
4.2.4	Kriteria Sampel Penelitian	29
4.3	Lokasi Penelitian	29
4.4	Waktu Penelitian.....	30
4.5	Definisi Operasional	30
4.6	Pengumpulan Data.....	35
4.6.1	Sumber Data.....	35
4.6.2	Teknik Pengumpulan Data.....	35
4.6.3	Alat Pengumpulan Data	36
4.6.4	Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner.....	38
4.7	Pengolahan Data.....	39
4.7.1	Editing.....	39
4.7.2	Coding.....	39
4.7.3	Entry Data	41
4.7.4	Cleaning	41
4.8	Analisis Data	41
4.8.1	Analisis Univariat	41
4.8.2	Analisis Bivariat	42
4.9	Etika Penelitian.....	42
4.9.1	Prinsip Otonomi (<i>Otonomy</i>).....	43
4.9.2	Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	43
4.9.3	Kemanfaatan (<i>Beneficience</i>)	43
4.9.4	Keadilan (<i>Justice</i>).....	44
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN.....		39
5.1	Hasil Penelitian.....	39
5.1.1	Karakteristik Demografi pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif .39	
5.1.2	Gambaran Depresi pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif	41

5.1.3	Hubungan antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif	42
5.2	Pembahasan.....	43
5.1.1	Karakteristik Demografi pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif .	43
5.1.2	Gambaran Depresi pada Keluarga Pasien di Ruang Intensif	46
5.1.3	Hubungan antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif	47
5.3	Keterbatasan Penelitian.....	51
BAB 6. KESIMPULAN	52
6.1	Kesimpulan.....	52
6.2	Saran	52
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN	69

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	8
Tabel 4.1 Definisi Operasional	31
Tabel 4.2 Blue Print Kuesioner Beck Depression Inventory II (BDI II)	37
Tabel 5.1 Karakteristik Demografi Keluarga Pasien di Ruang Intensif	40
Tabel 5.2 Gambaran Tingkat Depresi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif	41
Tabel 5.3 Hubungan antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif.....	42



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	25
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	26



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Lembar <i>Informed</i>	70
Lampiran 2. Lembar <i>Consent</i>	71
Lampiran 3. Lembar Kuesioner Karakteristik Demografi	72
Lampiran 4. Lembar Kuesioner <i>Beck Depression Inventory II</i> (BDI II)	73
Lampiran 5. Bukti Perizinan Kuesioner	79
Lampiran 6. Waktu Penelitian	80
Lampiran 7. Studi Pendahuluan Literatur	81
Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian	82
Lampiran 9. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian	83
Lampiran 10. Uji Etik Penelitian	84
Lampiran 11. Hasil Penelitian	84
Lampiran 12. Logbook	92
Lampiran 13. Lembar Bimbingan DPU	97
Lampiran 14. Lembar Bimbingan DPA	98

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Memiliki anggota keluarga yang menjadi pasien yang dirawat secara intensif bukanlah hal mudah bagi anggota keluarga lainnya. *Intensive Care Unit* atau ICU sendiri dapat menjadi tempat yang menegangkan bagi keluarga, terutama jika orang yang mereka sayangi sedang dalam kondisi dimana kemungkinan untuk selamat itu kecil (Deborah dkk., 2004). Sebuah provinsi di Kanada yaitu Manitoba pada tahun 2007 memiliki setidaknya 1,2 juta pasien yang dirawat di ICU (Garland dkk., 2013). Sedangkan di Amerika Serikat, pada tahun 2002-2004 terdapat sekitar 5,7 juta pasien yang terdaftar di ICU untuk menerima monitoring intensif maupun invasif (Wunsch dkk., 2011). Prevalensi pasien yang dirawat di ruang intensif tersebut diikuti dengan tingginya jumlah mortalitas pada beberapa bagian dunia. Pada tahun 2004, Asia Timur dan Pasifik menempati urutan tertinggi untuk mortalitas dimana terdapat sebanyak kurang lebih 14 juta pasien yang meninggal karena penyakit kritis. Tempat kedua diduduki oleh Asia Selatan yaitu sekitar 13 juta pasien (Adhikari dkk., 2010).

Seseorang yang sedang mengalami penurunan dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dikarenakan ketidakmampuan yang timbul akibat suatu penyakit, cenderung memunculkan rasa ketergantungan pada orang lain yang memiliki hubungan dekat. Anggota keluarga dalam hal tersebut memiliki tanggung jawab dalam perawatan dan pengasuhan. Namun pada beberapa kasus, tanggung jawab dan perasaan yang dimiliki keluarga justru membawa keluarga

tersebut pada kondisi dimana sebuah beban akan muncul (Pearlin dkk., 1990). Pada konteks ICU, anggota keluarga adalah bagian yang penting, terutama ketika pasien dalam resiko tinggi meregang nyawa (Mcadam dkk., 2010). Dipindahkannya salah satu anggota keluarga ke ruang ICU memberikan efek secara psikologis kepada keluarganya (Kulkarni dkk., 2011). Efek secara psikologis tersebut meliputi stres traumatik, ansietas dan depresi, begitu pula dengan beberapa gejala lainnya yang dialami oleh keluarga yang muncul sejak awal anggota keluarga memasuki ruang ICU untuk dirawat secara intensif (Mcadam dkk., 2010).

Salah satu efek psikologis yang dialami oleh keluarga yaitu depresi. Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat, serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Gejala-gejala depresi cukup bervariasi, hal tersebut dapat bergantung pada tingkatan usia maupun budaya. Namun, beberapa depresi meskipun dialami berulang, cenderung sembuh dengan sendirinya seiring berjalannya waktu (Davison dkk., 2006).

Depresi dapat disebabkan salah satunya oleh ketidakpastian. Ketidakpastian merupakan hal yang dialami oleh orang yang sakit, pengasuh dan orang tua maupun keluarga dari orang yang sakit tersebut. *Uncertainty in Illness Theory* menjelaskan bahwa ketidakpastian disebabkan oleh beberapa stimulus yang muncul. Stimulus tersebut dipengaruhi oleh dua hal yaitu kapasitas kognitif dan struktur penyedia layanan. Ketidakpastian dipandang sebagai tingkat yang

netral dan tidak ada hubungannya dengan emosi sampai dievaluasi. Pada tahap evaluasi, inferensi dan ilusi mulai turut andil. Inferensi dan ilusi didasarkan pada keyakinan dan kepribadian seseorang yang menjadikan apakah ketidakpastian akan dipandang sebagai bahaya atau peluang. Apabila ilusi yang terjadi adalah positif, maka ketidakpastian dapat dipandang sebagai peluang. Sehingga strategi yang digunakan adalah untuk mempertahankannya. Namun jika ilusi yang terjadi adalah negatif, maka strategi koping yang berfokus pada masalah yang digunakan untuk mengatasinya. Apabila strategi tersebut gagal untuk dilakukan, maka strategi yang digunakan yaitu strategi koping emosional. Jika masih saja gagal, ketidakpastian akan memberikan efek yang dapat menyakiti orang tersebut (Smith dan Liehr, 1938).

Pada penelitian yang dilakukan sebelumnya, sebanyak 70% keluarga memiliki gejala depresi di salah satu rumah sakit di California (Mcadam dkk., 2010). Tingginya gejala depresi tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Demir dan Gonullu (2015) dimana sebanyak 71,8% dari 78 anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ICU mengalami depresi. Sedangkan penelitian di Brazil yang dilakukan oleh Rego, dkk. (2009), sebanyak 50,3% anggota keluarga mengalami depresi. Lalu di India sendiri, sebanyak 28% dari keluarga pasien yang dirawat di ruang ICU mengalami depresi (Kulkarni dkk., 2011). Gejala depresi yang timbul pada keluarga dari pasien yang dirawat di ICU tersebut menurun secara signifikan setelah tiga bulan pasca keluar dari ICU dan tidak ada perbedaan antara pasien yang keluar dengan selamat maupun tidak (Dracup dan Puntillo, 2015).

Banyaknya gejala depresi yang ditemui pada keluarga dari pasien yang dirawat di ICU ditemukan memiliki hubungan dengan usia dan jenis hubungan antara salah satu keluarga tersebut dengan pasien, seperti misalnya pasangan dari pasien (Demir dan Gonullu, 2015). Namun, penelitian dari Gries dkk. (2010) menunjukkan hasil yang berbeda, dimana tingginya tingkat depresi pada keluarga dipengaruhi oleh jenis kelamin yaitu wanita, tingkat pendidikan dan lama waktu tinggal bersama dengan pasien. Hasil tersebut menunjukkan kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Gil-juliá dkk. (2018) yang menyebutkan bahwa jenis kelamin, tingkat pendidikan dan jenis hubungan dengan pasien merupakan risiko tingginya tingkat depresi yang dialami oleh keluarga. Begitu juga dengan penelitian dari Rego dkk. (2009) yang menunjukkan hasil bahwa jenis kelamin terutama wanita mempengaruhi tingginya tingkat depresi. Kesamaan tersebut juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Fauman dkk. (2015) pada orang tua dari pasien yang dirawat di *Pediatric Intensive Care Unit* (PICU), dimana wanita atau ibu dari pasien menunjukkan prosentase tingkat depresi yang lebih tinggi daripada pria atau ayah dari pasien.

Penelitian yang telah dilakukan sebelumnya oleh Demir dan Gonullu, (2015) dan Kulkarni dkk., (2011) menunjukkan tingginya prevalensi depresi dari keluarga pasien yang dirawat di ICU. Penelitian-penelitian tersebut dilakukan di Eropa dan Amerika. Akan tetapi, melakukan penelitian terkait tingkat depresi di negara-negara lain juga merupakan hal yang penting untuk mengetahui variasi pada tiap negara (Demir dan Gonullu, 2015). Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin melakukan penelitian untuk mengetahui prevalensi tingkat depresi pada

anggota keluarga dari pasien yang dirawat intensif di suatu rumah sakit di Indonesia dan mengidentifikasi hubungan dari tingkat depresi tersebut dengan karakteristik demografi dari keluarga sebagai bentuk variasi di Indonesia terkait gejala depresi yang dialami keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif dan memberikan keterbaruan.

Berdasarkan gambaran yang terjadi di atas, maka peneliti merasa perlu untuk melakukan penelitian dengan judul “hubungan antara depresi dan karakteristik demografi dari keluarga pasien di ruang intensif RSUD Dr. Haryoto Lumajang”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “bagaimana gambaran tingkat depresi pada keluarga dari pasien yang dirawat intensif dan hubungannya dengan karakteristik demografi anggota keluarga?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, tujuan dalam penelitian dibedakan menjadi dua, meliputi tujuan umum dan tujuan khusus.

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik demografi keluarga dengan tingkat depresi pada keluarga dari pasien yang dirawat intensif.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik demografi dari keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan dan jenis hubungan dengan pasien
- b. Mengidentifikasi prevalensi tingkat depresi pada keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif
- c. Mengidentifikasi hubungan antara tingkat depresi dan karakteristik demografi dari keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan tentang tingkat depresi pada keluarga dan hubungannya dengan karakteristik demografi anggota keluarga dari pasien yang dirawat intensif.

1.4.2 Manfaat Bagi Instansi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi dan media pembelajaran terkait tingkat depresi pada keluarga dan hubungannya dengan karakteristik demografi anggota keluarga dari pasien yang dirawat intensif.

1.4.3 Manfaat Bagi Instansi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi kepada pemberi pelayanan kesehatan dan menjadikan dasar dalam memberikan intervensi yang berfokus pada keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif.

1.4.4 Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai sumber informasi bagi masyarakat terkait depresi yang mungkin muncul pada keluarga yang menemani salah satu anggota keluarganya yang dirawat di ruang intensif.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian tentang Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD Dr. Haryoto Lumajang belum pernah dilakukan. Adapun penelitian lain yang serupa untuk mendukung penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Demir dan Gonullu, 2015 dengan judul "*Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients*", penelitian yang dilakukan oleh Fauman dkk, 2015 dengan judul "*Predictors of Depressive Symptoms in Parents of Chronically Ill Children Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit*" dan penelitian dari Rego dkk, 2009 dengan judul "*Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression*", dalam hal ini peneliti ingin melakukan penelitian yang berjudul "hubungan antara depresi dan karakteristik demografi dari keluarga pasien di ruang intensif RSUD Dr. Haryoto Lumajang".

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Rego dkk	Fauman dkk	Demir dan Gonullu	Dela Soviatul U.
1	Judul	<i>Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression</i>	<i>Predictors of depressive symptoms in parents of chronically ill children admitted to the pediatric intensive care unit</i>	<i>Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients</i>	Hubungan antara depresi dan karakteristik demografi dari keluarga pasien di ruang intensif RSUD Dr. Haryoto Lumajang
2	Tujuan	Mengidentifikasi prevalensi dari ansietas dan depresi pada anggota keluarga dari pasien kanker yang dirawat di ICU dan faktor yang mempengaruhinya	Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tingginya tingkat depresi pada orang tua dari pasien yang dirawat di PICU	Memastikan kejadian ansietas dan depresi pada keluarga/saudara pasien yang dirawat di ICU dan meneliti hubungan antara gejala dan karakteristik dari pasien dan keluarga/saudaranya	Mengetahui gambaran tingkat depresi pada keluarga dari pasien yang dirawat secara intensif dan hubungannya dengan karakteristik demografi dari anggota keluarga
3	Hasil	Nilai median dari HADS yaitu 22 dan sebanyak 213 keluarga menunjukkan gejala ansietas dan 151 keluarga menunjukkan gejala depresi. Pada ansietas, terdapat hubungan antara usia keluarga, ventilasi pada pasien, jenis kelamin dan agama dengan tingkat ansietas yang dialami keluarga. Sedangkan pada depresi, terdapat hubungan antara jenis kelamin, prognosis dan metastasis dengan tingkat depresi yang dialami oleh keluarga.	Setelah partisipan (37 ibu dan 24 ayah) mengisi dua kuesioner maka data dianalisis. Hasil skor kemudian dibagi menjadi empat kelompok meliputi ibu dengan skor >13 dan >28 dan ayah dengan skor >13 dan >28. Berdasarkan pembagian tersebut, ditemukan bahwa tingkat depresi pada ibu lebih tinggi daripada ayah dengan jumlah skor sebagai berikut : ibu >13 = 17, ibu >28 = 4, ayah >13 = 4, ayah >28 = 1. Selain itu, ditemukan juga korelasi positif antara orang tua dari anak yang dirawat intensif karena harus menerima perawatan pasca	Gejala dari ansietas dan depresi secara bersamaan ditemukan pada 26 partisipan. Gejala ansietas lebih banyak ditemukan ketimbang depresi pada partisipan dari pasien yang lebih muda. Selain itu tidak ditemukan hubungan antara perbedaan usia, gender maupun tingkat pendidikan dan tingginya ansietas maupun depresi. Jenis dari hubungan antara partisipan dan pasien lebih menentukan tingkat ansietas dan depresi dari partisipan.	Terdapat hubungan antara depresi dan usia dari keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif. Semakin tua usia seseorang maka kemungkinan memiliki gejala depresi akan lebih rendah. Hubungan antara depresi dan karakteristik demografi lain (jenis kelamin, tingkat pendidikan, hubungan dengan pasien, lama waktu dirawat di ruang intensif) tidak ditemukan dalam penelitian ini.

			operasi. Skor BDI II lebih dari 14 ditemukan pada orang tua dari anak yang menerima perawatan pasca operasi sebanyak 14 dan yang tidak menerima perawatan pasca operasi sebanyak 7 orang tua.		
4	Tahun	2009	2015	2015	2019
5	Sampel penelitian	Sebanyak 300 keluarga dari pasien kanker dengan lama waktu di ICU lebih dari 72 jam	Total 61 orang tua (37 ibu dan 24 ayah) dari 39 anak	Sebanyak 78 partisipan, 36 wanita dan 42 pria	Sebanyak 63 anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif
6	Variabel	Variabel dependen : gejala ansietas dan depresi pada keluarga dari pasien kanker	Variabel dependen : gejala depresi pada orang tua dari anak yang memiliki penyakit kritis	Variabel independen : faktor yang mempengaruhi ansietas dan depresi pada saudara pasien ICU	Variabel dependen : tingkat depresi pada keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif Variabel independen : karakteristik demografi keluarga
7	Instrumen	<i>The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)</i>	<i>Beck Depression Inventory II (BDI II)</i>	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	<i>Beck Depression Inventory II (BDI II)</i> dan kuesioner demografi
8	Website	<i>Springer</i>	<i>SAGE</i>	<i>SAGE</i>	

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep ICU

2.1.1 Definisi ICU

Intensive Care Unit atau ICU adalah area rumah sakit yang menyediakan terapi agresif, menggunakan teknologi canggih dan pemantauan invasif maupun non-invasif untuk pasien yang sakit kritis dan berisiko tinggi meregang nyawa. Unit-unit ini mengharuskan variabel fisiologis pasien dilaporkan kepada praktisi secara berkesinambungan, sehingga perawatan yang tepat dapat diberikan. Setiap penyedia layanan kesehatan dalam unit ini pasti menghabiskan banyak waktu untuk merawat pasien yang sangat sakit. Karena hal itu, mengetahui fungsi dan organisasi untuk bidang khusus ini pastinya akan membantu para penyedia layanan kesehatan dalam memahami perawatan kritis (Varon dan Acosta, 2010).

2.1.2 Organisasi di ICU

Ruang ICU di suatu rumah sakit mungkin saja terbuka atau tertutup sesuai dengan ketentuan dari rumah sakit tersebut. ICU terbuka dapat digunakan oleh dokter yang ada dengan hak istimewa di institusi tersebut dan banyak subspesialis dapat mengelola pasien pada saat yang sama. Dokter-dokter ini tidak perlu dilatih secara khusus dalam pengobatan penyakit kritis. Sedangkan pada ICU tertutup, terdapat sistem yang berbeda dimana manajemen pasien saat masuk ke unit disediakan oleh tim ICU dan semua keputusan disetujui oleh tim ini. ICU juga dapat diatur oleh jenis pasien yang akan dirawat. ICU dapat dibagi juga

berdasarkan pasien yang dimiliki. Berbagai macam ICU tersebut meliputi, ICU bedah saraf (NICU), ICU anak (PICU), ICU bedah kardiovaskuler (CVICU), ICU bedah (SICU), ICU medis (MICU), ICU perawatan koroner (CCU) (Varon dan Acosta, 2010).

2.2 Konsep Depresi

2.2.1 Definisi Depresi

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat serta kesenangan dalam aktifitas yang biasa dilakukan. Depresi sering kali berhubungan atau komorbid dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti serangan panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual dan gangguan kepribadian (Davison dkk., 2006).

Memusatkan perhatian dapat menjadi sesuatu yang sangat melelahkan bagi orang-orang yang mengalami depresi. Mereka tidak dapat dengan mudah memahami apa yang mereka baca dan apa yang dikatakan orang pada mereka. Orang-orang depresi berbicara dengan lambat, setelah lama terdiam, hanya menggunakan beberapa kata dan nada suara rendah serta monoton. Banyak yang lebih suka duduk sendirian dan berdiam diri. Namun, beberapa penderita lain bergerak cepat, meremas tangan, selalu mengeluarkan suara mengeluh dan menyampaikan keluhan. Bila orang depresi dihadapkan pada masalah, mereka tidak dapat memikirkan cara menyelesaikannya. Setiap momen menjadi sangat

berat dan kepala mereka terus dipenuhi dengan pikiran menyalahkan diri sendiri (Davison dkk., 2006).

2.2.2 Tanda dan Gejala Depresi

Tanda dan gejala depresi yang dapat muncul yaitu sebagai berikut (NIH, 2017):

- a. Merasa sedih, cemas dan kehilangan secara terus menerus
- b. Merasa putus asa dan pesimis
- c. Merasa bersalah dan tidak berdaya
- d. Kehilangan minat atau kesenangan dalam kegiatan sehari-hari
- e. Penurunan energi dan kelelahan
- f. Kesulitan berkonsentrasi, mengingat dan membuat keputusan
- g. Kesulitan tidur, bangun pagi atau tidur terlalu lama
- h. Perubahan nafsu makan dan penurunan berat badan
- i. Berpikir tentang kematian dan percobaan bunuh diri
- j. Gelisah atau mudah tersinggung
- k. Nyeri, sakit kepala, kram dan masalah pencernaan

2.2.3 Faktor Risiko Depresi

Kontribusi genetik menunjukkan faktor risiko terjadinya depresi dengan sangat jelas. Selain itu, faktor psikososial juga dapat mempengaruhi munculnya gejala depresi. Faktor psikososial terpenting yang terkait yaitu kejadian terkini dalam hidup yang tidak menyenangkan (seperti kehilangan atau penurunan kesehatan fisik), kehilangan orang tua dan tekanan yang berat atau penyiksaan masa kanak-kanak (yang tampaknya meningkatkan kerentanan terhadap depresi

sebagai respons pada kejadian dalam hidup). Selain itu, keadaan sosial terkini yang tidak menyenangkan, terutama pengangguran dan kurangnya hubungan kepercayaan juga dapat meningkatkan kerentanan (Katona dkk., 2012).

Menurut (Rego dkk., 2009; Gries dkk., 2010; Demir dan Gonullu, 2015; Fauman dkk., 2015; Gil-juliá dkk., 2018) terdapat beberapa hal yang menjadi faktor risiko dari seseorang dapat memiliki gejala depresi. Faktor risiko tersebut meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, jenis hubungan dari seseorang dengan anggota keluarganya yang dirawat di rumah sakit dan lama waktu anggota keluarga tersebut dirawat di rumah sakit.

a. Jenis kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi timbulnya gejala depresi pada diri seseorang. Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita. Perubahan hormonal dalam siklus menstruasi, kehamilan dan kelahiran, juga menopause dapat membuat wanita menjadi rentan mengalami depresi (Lubis, 2009).

b. Usia

Usia seseorang dapat menjadi salah satu faktor risiko timbulnya gejala depresi. Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan dewasa awal lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa anak-anak ke masa

remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan (Lubis, 2009).

- c. Jenis hubungan dari seseorang dengan anggota keluarganya yang dirawat di rumah sakit

Memiliki anggota keluarga yang dirawat di rumah sakit dapat menimbulkan gejala depresi pada diri seseorang. Semakin dekat hubungan seseorang dengan anggota keluarganya yang dirawat, maka akan semakin tinggi risiko memiliki gejala depresi. Menjadi pasangan dari seseorang yang dirawat di rumah sakit terbukti menimbulkan tingginya gejala depresi yang muncul. Selain itu, orang tua juga terbukti menimbulkan tingginya risiko gejala depresi.

- d. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan menjadi salah satu faktor risiko gejala depresi yang dapat timbul pada diri seseorang. Ditemukan bahwa tingkat pendidikan yang rendah menjadikan tingginya risiko gejala depresi yang muncul.

- e. Lama waktu anggota keluarga dari seseorang dirawat di rumah sakit

Gejala depresi kebanyakan dapat muncul setelah 24 jam anggota keluarga dirawat terutama di ruang perawatan intensif. Namun, gejala depresi tersebut menurun setelah 3 bulan pasca dirawat.

2.2.4 Depresi Karena Adanya Penyakit

Ketidakpastian merupakan hal yang dialami oleh orang yang sakit, pengasuh dan orang tua maupun keluarga dari orang yang sakit tersebut. *Uncertainty in Illness Theory* menjelaskan bahwa ketidakpastian disebabkan oleh

beberapa stimulus yang muncul. Stimulus tersebut dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya yaitu kapasitas kognitif. Apabila seseorang kognitifnya sedang terganggu karena demam, infeksi atau pun nyeri dan rasa sakit, maka hal tersebut dapat menjadi stimulus dan mengarahkan pada ketidakpastian. Faktor lain yang dapat mempengaruhi stimulus yaitu struktur penyedia layanan. Struktur penyedia layanan meliputi pendidikan atau pengetahuan dan dukungan sosial. Stimulus yang mengarah pada ketidakpastian dapat dikurangi dengan pemberian pendidikan atau pengetahuan dan memberikan dukungan sosial pada orang dengan kemungkinan ketidakpastian (Smith dan Liehr, 1938).

Ketidakpastian ini sebenarnya dipandang sebagai tingkat yang netral dan tidak ada hubungannya dengan emosi sampai dievaluasi. Pada tahap evaluasi inilah inferensi dan ilusi mulai turut andil. Inferensi dan ilusi didasarkan pada keyakinan dan kepribadian seseorang yang menjadikan apakah ketidakpastian akan dipandang sebagai bahaya atau peluang. Apabila ilusi yang terjadi adalah positif, maka ketidakpastian dapat dipandang sebagai peluang. Sehingga strategi yang digunakan adalah untuk mempertahankannya. Namun jika ilusi yang terjadi adalah negatif, maka strategi koping yang berfokus pada masalah yang digunakan untuk mengatasinya. Apabila strategi tersebut gagal untuk dilakukan, maka strategi yang digunakan yaitu strategi koping emosional. Jika masih saja gagal, ketidakpastian dapat mengarah pada gangguan psikologis yang akan memberikan efek yang dapat menyakiti orang tersebut (Smith dan Liehr, 1938).

2.2.5 Instrumen Pengukuran Tingkat Depresi

a. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) adalah kuesioner yang reliabel yang secara signifikan digunakan untuk mengukur ansietas dan depresi pada pasien yang mendatangi klinik medis. Kuesioner ini juga menunjukkan kevalidan dalam mengukur beberapa gangguan mood lain. Pada kuesioner terdapat beberapa item, ansietas sebanyak tujuh item dan depresi sebanyak tujuh item juga (Zigmond dan Snaith, 1983).

b. *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

Patient Health Questionnaire adalah instrumen untuk menentukan diagnosis depresi dan gangguan mental lainnya yang pada umumnya ditemui pada perawatan primer, pendiagnosisan tersebut berdasarkan beberapa kriteria. PHQ-9 memiliki sebanyak sembilan item yang telah terbukti sensitivitas dan spesifisitasnya. PHQ-9 berpotensi menjadi instrumen yang dapat mendiagnosis depresi beserta tingkat keparahannya berdasarkan beberapa gejala yang muncul (Kroenke dkk., 2001).

c. *Hamilton Depression rating scale (HAM-D)*

Hamilton Depression rating scale atau yang biasa kita kenal HAM-D adalah suatu instrumen yang digunakan untuk mengukur depresi secara mandiri. HAM-D memiliki 17 variabel. Beberapa variabel diartikan dalam serangkaian kategori peningkatan intensitas, sedangkan yang lain diartikan dalam sejumlah istilah yang bernilai sama. Formulir ini juga mencakup empat variabel tambahan

meliputi, variasi diurnal, derealisasi, gejala paranoid dan gejala obsesif (Hamilton, 1960).

d. *Beck Depression Inventory II* (BDI-II)

Beck Depression Inventory II (BDI-II) adalah serangkaian pertanyaan yang terstandar yang dapat digunakan sendiri untuk mengukur gejala depresi. Kuesioner memiliki 21 pertanyaan dengan total skor 14-19 menandakan gejala depresi ringan. Total skor 20-28 menunjukkan gejala depresi sedang dan total skor 29-63 menunjukkan adanya gejala depresi berat. BDI-II memiliki hasil *test retest* reliabilitas selama satu minggu yang tinggi (Beck dkk., 1996). BDI-II telah dipakai untuk mengukur gejala depresi dalam beberapa penelitian di luar negeri dan telah diterjemahkan dalam berbagai bahasa meliputi Jepang, Korea, Jamaika, Brazil, Kroasia, Cleveland dan Indonesia. Selain itu, BDI-II versi bahasa Indonesia telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dan telah terbukti menjadi kuesioner yang valid dan reliabel untuk digunakan di Indonesia. *Cut off point* untuk BDI-II versi Indonesia ditentukan menggunakan kurva *Receiver Operating Characteristic* (ROC) yang paling dekat dengan bagian pojok kiri atas. Lokasi yang tepat untuk mengambil nilai *cut off point* yaitu ketika nilai *sensitivity* dan *spesivicity* sama. Pada BDI-II versi Indonesia, nilai yang dipilih dari *sensitivity* dan *spesivicity* yaitu 0,73 untuk keduanya. Berdasarkan hal tersebut diperoleh *cut off point* sebesar 17 (Ginting dkk., 2013).

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Definisi Keluarga

Keluarga didefinisikan dalam berbagai cara. Definisi dari keluarga berbeda-beda, tergantung pada orientasi teoritis dari pendefinisi. Keluarga sendiri terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi. Para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama-sama dalam satu rumah tangga atau jika mereka hidup terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari. Keluarga juga sama-sama menggunakan kultur atau budaya yang sama, yaitu budaya yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik tersendiri (Burgess dkk 1963 dalam Friedman 1998).

Apabila keluarga dipandang sebagai unit yang perlu dirawat, maka definisi keluarga adalah kelompok yang mengidentifikasikan diri dengan anggotanya yang terdiri dari dua individu atau lebih yang asosiasinya dicirikan oleh istilah-istilah khusus yang boleh jadi tidak diikat oleh hubungan darah atau hukum tapi yang berfungsi demikian sehingga mereka menganggap diri mereka sebagai sebuah keluarga (Whall 1986 dalam Friedman 1998).

Berdasarkan kedua definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasikan diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998).

2.3.2 Fungsi Keluarga

Keluarga memiliki beberapa fungsi. Fungsi-fungsi keluarga tersebut tidak dapat dicapai oleh keluarga secara terpisah. Fungsi keluarga harus digabungkan dalam keluarga. Menurut Friedman (1998), fungsi keluarga secara umum yaitu sebagai berikut :

a. Fungsi afektif

Keluarga mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga untuk berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dilakukan untuk memenuhi perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.

b. Fungsi sosialisasi

Fungsi ini digunakan untuk mengembangkan dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

c. Fungsi reproduksi

Fungsi ini digunakan untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan sebagai tempat untuk mengembangkan kemampuan dari individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan

Fungsi ini digunakan untuk mempertahankan keadaan kesehatan dari anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

2.3.3 Bentuk-bentuk Keluarga

Berbagai bentuk keluarga diklasifikasikan menjadi bentuk keluarga tradisional dan nontradisional. Menurut Friedman (2010), keluarga tradisional dan nontradisional meliputi :

a. Keluarga tradisional

1) Keluarga inti

Terdiri dari orang tua atau pasangan dan mungkin saja memiliki anak. Salah satu orang tua bekerja dan keseluruhan anggota tinggal di dalam satu rumah atau tinggal di rumah lain karena alasan tertentu namun masih sering kembali ke rumah. Keluarga inti dapat tercipta karena pernikahan maupun adopsi. Terdapat dua variasi yang berkembang di antara keluarga inti yaitu sebagai berikut :

- a) Keluarga inti *dual-earner* (kedua pasangan sama-sama memiliki penghasilan)
- b) Keluarga inti *dual-career* (keluarga tanpa anak)

2) Keluarga adopsi

Adopsi merupakan sebuah cara lain untuk membentuk keluarga. Menyerahkan secara sah tanggung jawab sebagai orang tua seterusnya dari orang tua kandung ke orang tua adopsi, biasanya menimbulkan keadaan saling menguntungkan baik bagi orang tua maupun anak.

3) *Extended family*

Keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak/adik dan keluarga dekat lainnya. *Extended family* adalah keluarga yang di dalamnya tinggal seorang anak dengan minimal salah satu orang tua dan seseorang di luar anggota keluarga inti, baik memiliki hubungan kekerabatan maupun tidak.

4) Keluarga orang tua tunggal

Keluarga orang tua tunggal adalah keluarga dengan kepala rumah tangga duda/janda yang bercerai, ditelantarkan atau berpisah.

5) Dewasa lajang yang tinggal sendiri

Kebanyakan individu yang tinggal sendiri adalah bagian dari beberapa bentuk jaringan keluarga yang longgar. Jika jaringan ini tidak terdiri dari, jaringan ini dapat terdiri atas teman-teman seperti mereka yang sama-sama tinggal di rumah pensiun, rumah jompo atau hidup bertetangga. Namun, terdapat juga individu yang benar-benar seorang penyendiri.

6) Keluarga orang tua tiri

Walaupun perceraian semakin umum terjadi, kecenderungan ini disertai tingginya angka menikah lagi. Menikah lagi dapat terjadi pada beberapa tipe hubungan yang berbeda. Biasanya pada bentuk keluarga seperti ini adalah keluarga yang awalnya mengalami proses penyatuan yang menyesuaikan diri secara positif.

7) Keluarga binuklir

Keluarga binuklir adalah keluarga yang terbentuk setelah perceraian yaitu anak merupakan anggota dari sebuah sistem keluarga yang terdiri atas dua rumah tangga inti, maternal dan paternal, dengan keragaman dalam beberapa hal.

8) Pasangan usia pertengahan atau lansia

Pada keluarga ini suami bertindak sebagai pencari nafkah, istri di rumah dengan anak-anak yang telah kuliah, bekerja dan/atau menikah.

9) Jaringan kekerabatan yang luas

Dua keluarga inti atau lebih dari kerabat dekat atau anggota keluarga yang belum menikah tinggal berdekatan dan bekerja sama dalam sistem pertukaran timbal balik barang dan jasa.

b. Keluarga nontradisional

1) Keluarga dengan orang tua yang tidak pernah menikah dan anak

2) Keluarga pasangan yang tidak pernah menikah dengan anak

3) *Cohabiting family* (kumpul kebo)

Keluarga yang terdiri dari pasangan yang tinggal bersama tanpa adanya ikatan pernikahan.

4) Keluarga homoseksual

Keluarga ini terdiri dari individu dengan jenis kelamin yang sama tinggal bersama seperti layaknya pasangan menikah.

5) *Augmented family*

Rumah tangga yang terdiri atas keluarga inti atau keluarga orang tua tunggal bersama dengan satu individu yang tidak memiliki hubungan darah atau lebih.

6) Keluarga komuni

Rumah tangga yang terdiri atas lebih dari satu pasangan monogami dengan anak, saling berbagi fasilitas yang sama, sumber daya dan pengalaman.

7) Keluarga asuh

Pengasuhan keluarga asuh adalah sebuah layanan kesejahteraan anak, yaitu anak ditempatkan di rumah yang terpisah dari salah satu orang tua atau kedua orang tua kandung untuk menjamin keamanan atau kedua orang tua kandung untuk menjamin keamanan dan kesejahteraan fisik serta emosional mereka.

2.3.4 Interaksi Sehat/sakit dan Keluarga

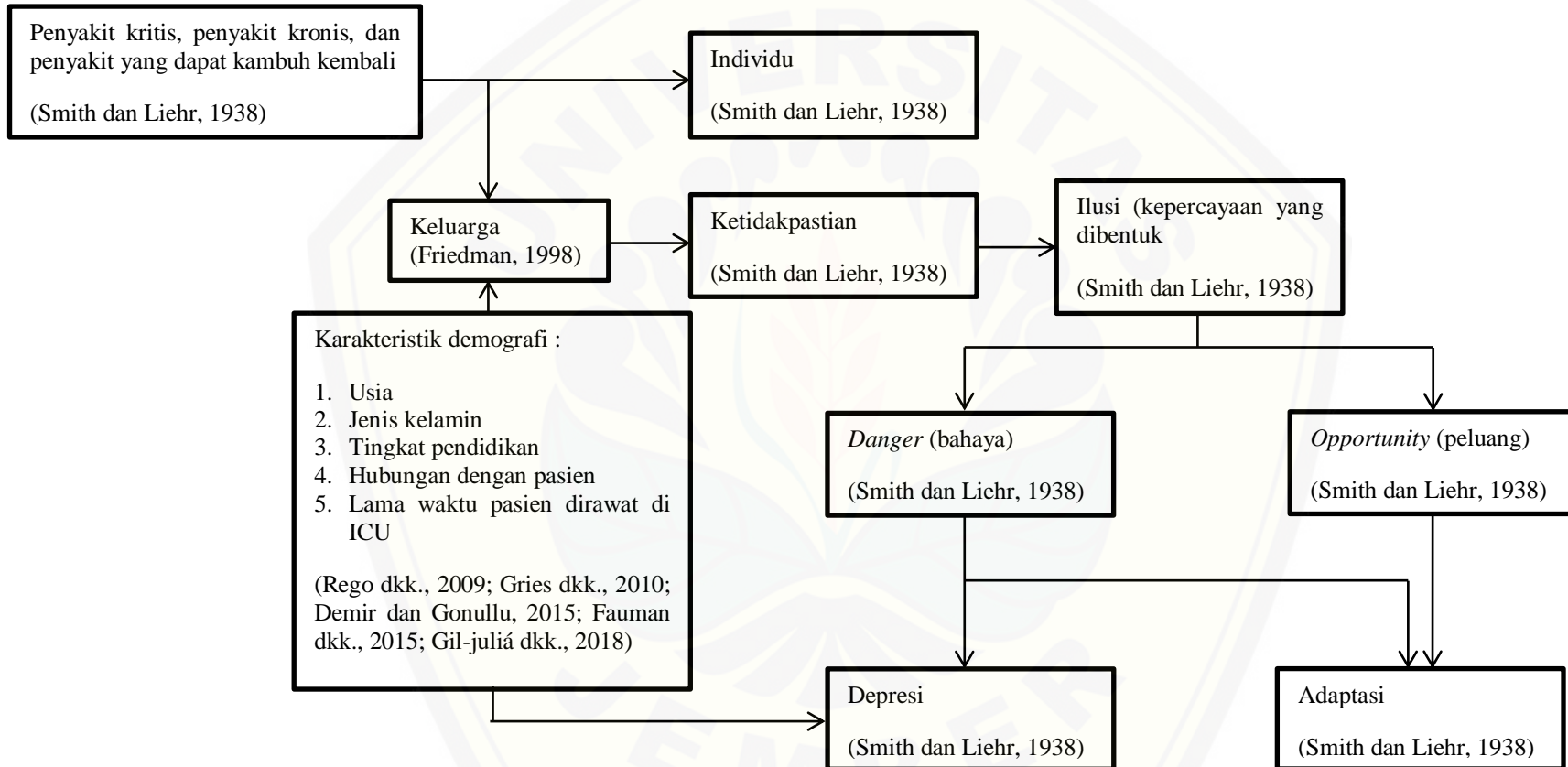
Status sehat/sakit anggota keluarga dan keluarganya saling mempengaruhi satu sama lain. Suatu penyakit yang ada dalam keluarga mempengaruhi seluruh keluarga dan sebaliknya mempengaruhi jalannya suatu penyakit dan status kesehatan anggota keluarga lainnya. Keluarga dalam hal ini cenderung menjadi seorang reaktor terhadap masalah-masalah kesehatan dan menjadi aktor dalam menentukan masalah-masalah kesehatan anggota keluarga (Friedman, 1998).

Keluarga merupakan unit utama bagi kesehatan dan konsep-konsep penyakit, serta perilaku sehat. Keluarga dalam hal tertentu cenderung terlibat

dalam pengambilan keputusan dan proses terapeutik pada setiap tahap sehat dan sakit para anggotanya. Keluarga sendiri memiliki kebiasaan-kebiasaan yang digunakan untuk mempengaruhi kesehatan para anggotanya. Kebiasaan tersebut meliputi (Friedman, 1998):

- a. Keluarga sebagai suatu penyebab atau sumber penyakit
- b. Keluarga sebagai faktor yang mempengaruhi lintasan penyakit seorang anggota masyarakat ketika penyakit tersebut menyerang
- c. Sebagai tempat penyebaran penyakit dari satu anggota keluarga ke anggota keluarga yang lain
- d. Sebagai suatu faktor penentu penggunaan perawatan kesehatan
- e. Sebagai faktor penentu sejauh mana anggota keluarga yang sakit atau tidak berdaya beradaptasi dengan keadaannya

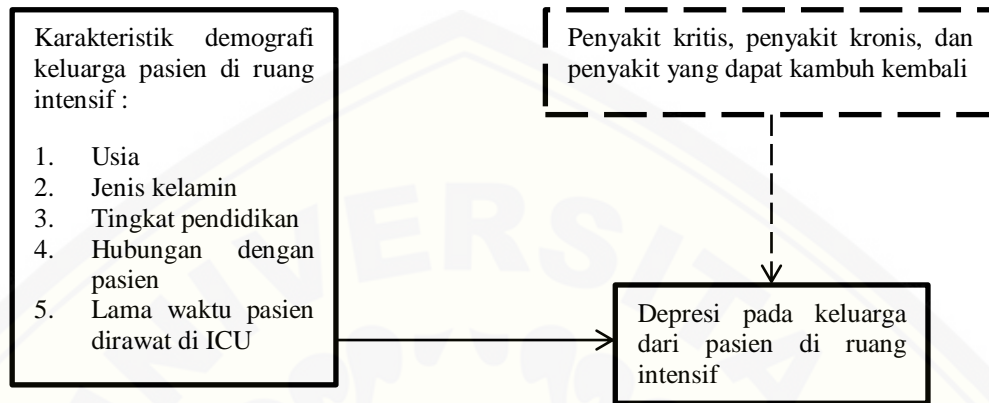
2.4 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan :



3.2 Hipotesis

Hipotesis penelitian adalah jawaban sementara dari pertanyaan penelitian yang dituangkan dalam bentuk kalimat. Kebenaran jawaban sementara ini harus dibuktikan melalui proses penelitian ilmiah (Nursalam, 2015). Hipotesis dalam penelitian ini menggunakan hipotesis (H_0) ditolak atau (H_0) gagal ditolak. Derajat kesalahan (α) yang digunakan dalam penelitian ini yaitu 0,05. H_0 ditolak apabila $p\ value \leq \alpha$ dan H_0 gagal ditolak apabila $p\ value > \alpha$. Hipotesis yang digunakan dalam penelitian ini yaitu ada hubungan antara depresi dan karakteristik demografi.

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang menggunakan desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* menggunakan variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek penelitian lalu diukur atau dikumpulkan dalam satu waktu (Notoatmodjo, 2012). Penelitian yang dilakukan dengan cara mengukur gambaran tingkat depresi pada anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif di rumah sakit dr. Haryoto Lumajang dan mengidentifikasi hubungan antara tingkat depresi tersebut dengan karakteristik demografi dari anggota keluarga. Penelitian ini dilakukan tanpa memberi perlakuan pada responden.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian adalah subjek, misalnya manusia/klien yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan oleh peneliti (Nursalam, 2015). Populasi dalam penelitian ini yaitu anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif dengan jumlah yang tidak diketahui. Pada tahun 2018, RSUD dr. Haryoto memiliki BOR (*Bed Occupation Rate*) sebesar 63,80% dan ALOS (*Average Length of Stay*) sebesar 3,00 (RSUD dr. Haryoto, 2018). Jumlah rata-rata pasien ruang ICU RSUD dr Haryoto Lumajang pada bulan Januari-Mei 2019 yaitu 44 pasien dan pada ruang HCU sebanyak 74 pasien.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti (Nursalam, 2015). Ukuran sampel yang layak dalam penelitian yaitu minimal 30 (Sugiyono, 2016). Sampel yang digunakan diambil dari populasi anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif di rumah sakit dr. Haryoto Lumajang yang telah memenuhi kriteria inklusi maupun eksklusi. Banyaknya sampel dalam penelitian ini dihitung menggunakan aplikasi G-Power untuk uji statistik *Chi Square* dengan *test family X^2 test, statistical test goodness of fit tests: contingency tables, effect size large (0,50), power 0,80* dan *degree of freedom* sebesar 5. Berdasarkan hal tersebut, didapatkan jumlah responden sebanyak 51, kemudian peneliti menambahkan 20% dari jumlah responden sebagai antisipasi apabila kuesioner tidak kembali, sehingga jumlah responden akhir yang didapatkan yaitu sebanyak 63 responden. Selama 24 hari melakukan pengambilan data, peneliti memperoleh jumlah sampel sebanyak 65 responden.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik yang digunakan dalam pengambilan sampel yaitu *consecutive sampling*. Pemilihan sampel menggunakan *consecutive sampling* adalah memilih sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian sampai kurun waktu tertentu secara berurutan (Nursalam, 2015). Peneliti dalam pengambilan data sampel responden membutuhkan waktu selama 24 hari.

4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum pada subjek penelitian dari suatu populasi target yang akan diteliti (Nursalam, 2015). Kriteria inklusi dari penelitian ini yaitu sebagai berikut :

- 1) Anggota keluarga yang menemani pasien yang dirawat di ruang intensif
- 2) Berusia \geq 18 tahun
- 3) Dapat memahami Bahasa Indonesia
- 4) Ikut serta dalam pengambilan keputusan perawatan
- 5) Bersedia mengikuti penelitian

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria yang digunakan untuk mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian (Nursalam, 2015). Kriteria eksklusi dari penelitian ini yaitu sebagai berikut :

- 1) Terdiagnosa memiliki gangguan psikologis dengan menunjukkan bukti surat diagnosa
- 2) Data yang diisi tidak lengkap

4.3 Lokasi Penelitian

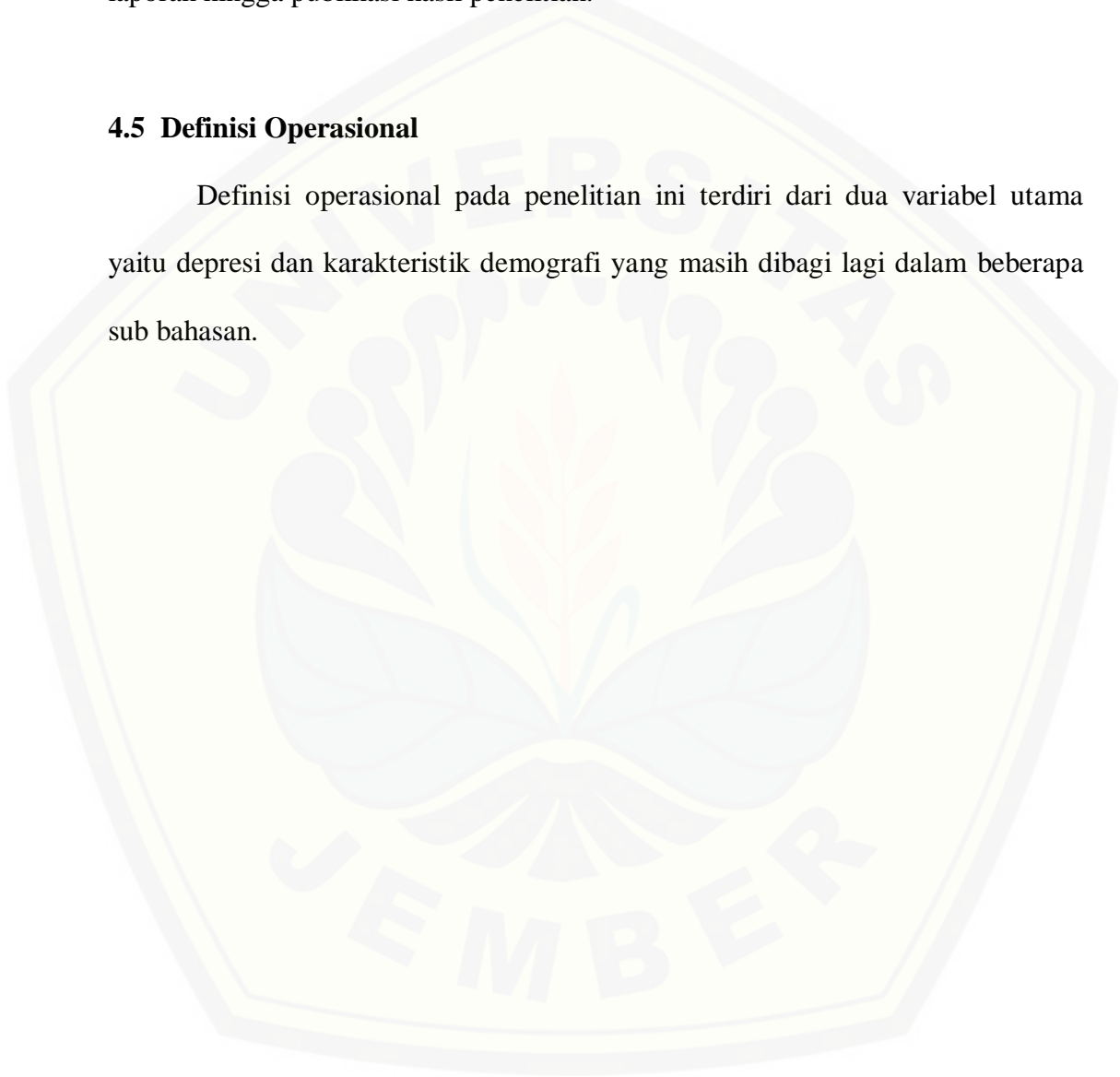
Penelitian ini dilakukan di seluruh ruang perawatan intensif (ICU dan HCU) yang ada di rumah sakit dr. Haryoto Lumajang.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari hingga Juli 2019. Waktu penelitian tersebut dihitung mulai dari pembuatan proposal dan penyusunan laporan hingga publikasi hasil penelitian.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional pada penelitian ini terdiri dari dua variabel utama yaitu depresi dan karakteristik demografi yang masih dibagi lagi dalam beberapa sub bahasan.



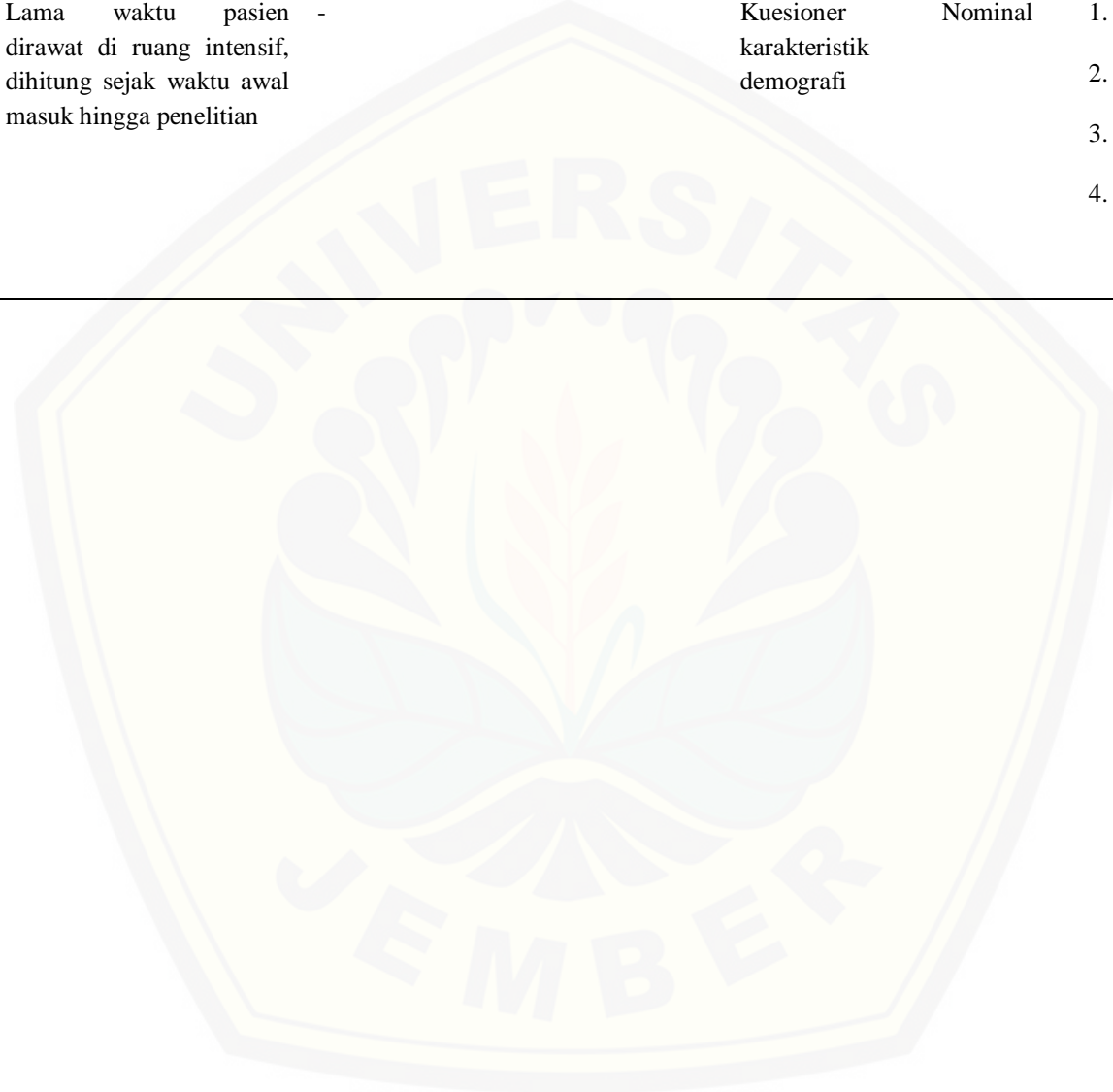
Tabel 4.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Indikator/aspek	Alat Ukur	Skala	Hasil
1	Depresi	Kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat, serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan yang dialami keluarga ketika menemani anggota keluarga yang dirawat di ruang intensif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesedihan 2. Pesimis 3. Kegagalan masa lalu 4. Kehilangan gairah 5. Perasaan bersalah 6. Perasaan dihukum 7. Tidak menyukai diri sendiri 8. Mengkritik diri sendiri 9. Keinginan bunuh diri 10. Menangis 11. Gelisah 12. Kehilangan minat 13. Kesulitan mengambil keputusan 14. Merasa tidak pantas 15. Kehilangan semangat 16. Perubahan pola tidur 17. Mudah marah 18. Perubahan nafsu makan 19. Kesulitan berkonsentrasi 20. Mudah lelah 21. Kehilangan gairah seksual 	BDI-II versi bahasa Indonesia	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depresi minimal = 0-13 2. Depresi ringan = 14-19 3. Depresi sedang = 20-28 4. Depresi berat = 29-63 (Beck dkk., 1996)

2	Depresi	Kondisi emosional yang ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual dan minat, serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan yang dialami keluarga ketika menemani anggota keluarga yang dirawat di ruang intensif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesedihan 2. Pesimis 3. Kegagalan masa lalu 4. Kehilangan gairah 5. Perasaan bersalah 6. Perasaan dihukum 7. Tidak menyukai diri sendiri 8. Mengkritik diri sendiri 9. Keinginan bunuh diri 10. Menangis 11. Gelisah 12. Kehilangan minat 13. Kesulitan mengambil keputusan 14. Merasa tidak pantas 15. Kehilangan semangat 16. Perubahan pola tidur 17. Mudah marah 18. Perubahan nafsu makan 19. Kesulitan berkonsentrasi 20. Mudah lelah 21. Kehilangan gairah seksual 	BDI-II versi Ordinal bahasa Indonesia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak depresi = <17 2. Depresi = ≥17 <p>(Ginting dkk., 2013)</p>
3	Jenis Kelamin	Perbedaan biologis sejak dilahirkan, terdiri dari laki-laki dan perempuan	-	Kuesioner karakteristik demografi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laki-laki 2. Perempuan

4	Usia	Lama waktu hidup sejak dilahirkan hingga penelitian	-	Kuesioner karakteristik demografi	Ordinal	1. >60 2. 41-60 3. 18-40 (Hurlock, 2011)
5	Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan yang ditempuh oleh seseorang	-	Kuesioner karakteristik demografi	Ordinal	1. Perguruan tinggi 2. SMA 3. SMP 4. SD 5. Tidak bersekolah
6	Hubungan dengan pasien	Status ikatan antara seseorang dengan pasien	-	Kuesioner karakteristik demografi	Nominal	1. Pengasuh 2. Saudara lain 3. Adik/Kakak 4. Anak 5. Orang tua 6. Pasangan

7	Lama waktu pasien dirawat di ruang intensif	Lama waktu pasien dirawat di ruang intensif, dihitung sejak waktu awal masuk hingga penelitian	-	Kuesioner karakteristik demografi	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. > 72 jam 2. 48 – 72 jam 3. 24 – 48 jam 4. < 24 jam
---	---	--	---	-----------------------------------	---------	--



4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh sendiri oleh peneliti dari hasil pengukuran, pengamatan maupun survey (Setiadi, 2007). Data primer dalam penelitian ini didapatkan dari hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden yaitu anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif rumah sakit dr. Haryoto Lumajang.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak lain, badan/instansi yang secara rutin mengumpulkan data (Setiadi, 2007). Peneliti mendapatkan data sekunder untuk penelitian ini dari buku laporan pasien di ruang intensif yang dimiliki perawat di rumah sakit dr. Haryoto Lumajang.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2015). Teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini yaitu pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden. Kuesioner yang digunakan yaitu *Beck Depression Inventory II* yang sudah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Pengumpulan data dilakukan selama 24 hari. Langkah-langkah yang dilakukan peneliti dalam pengambilan data yaitu sebagai berikut :

a. Mengajukan surat pengajuan permohonan izin melakukan penelitian

- b. Menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi
- c. Memberikan lembar *informed* kepada responden dan menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian
- d. Memberikan lembar *consent* apabila responden bersedia menjadi responden penelitian
- e. Membagikan kuesioner demografi dan *Beck Depression Inventory II* dengan memberikan penjelasan kuesioner dan pengisian kuesioner oleh responden
- f. Melakukan pengecekan ulang pada kuesioner, apabila terdapat pertanyaan yang belum terjawab segera meminta responden untuk melengkapi
- g. Analisis data
- h. Penulisan dan publikasi hasil penelitian

4.6.3 Alat Pengumpulan Data

- a. Kuesioner data demografi

Pada penyusunan instrumen penelitian tahap awal perlu dituliskan data-data tentang karakteristik responden seperti usia, pekerjaan, sosial ekonomi, jenis kelamin dan data demografi lainnya (Nursalam, 2015). Sedangkan data demografi yang digunakan dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, hubungan dengan pasien dan lama waktu pasien dirawat di ICU.

- b. Kuesioner BDI-II

Alat pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti yaitu kuesioner *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) versi bahasa Indonesia. BDI-II adalah serangkaian pertanyaan yang terstandar yang dapat digunakan sendiri untuk

mengukur gejala depresi. BDI-II memiliki 21 pertanyaan. Masing-masing pertanyaan memiliki nilai skor 0-3.

Tabel 4.2 Blue Print Kuesioner Beck Depression Inventory II (BDI II)

NO	Indikator	Nomor Item
1.	Kesedihan	1
2.	Pesimis	2
3.	Kegagalan masa lalu	3
4.	Kehilangan gairah	4
5.	Perasaan bersalah	5
6.	Perasaan dihukum	6
7.	Tidak menyukai diri sendiri	7
8.	Mengkritik diri sendiri	8
9.	Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri	9
10.	Menangis	10
11.	Gelisah	11
12.	Kehilangan minat	12
13.	Sulit mengambil keputusan	13
14.	Merasa tidak layak	14
15.	Kehilangan tenaga atau semangat	15
16.	Perubahan pola tidur	16
17.	Mudah marah	17
18.	Perubahan selera makan	18
19.	Sulit berkonsentrasi	19
20.	Capek atau kelelahan	20
21.	Kehilangan gairah seksual	21
Total		21

4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner

Uji validitas menyatakan apakah instrumen dapat mengukur apa yang seharusnya diukur. Prinsip validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrumen dalam mengumpulkan data. Sedangkan reliabilitas adalah kesamaan hasil dari pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Reliabilitas dilihat dari nilai *cronbach's alpha* dari *reliability analysis*. Sebuah kuesioner dinilai reliabel apabila menunjukkan nilai *cronbach's alpha* minimal 0,7 (Nursalam, 2015).

Peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner yang digunakan. Uji validitas dan reliabilitas pada kuesioner BDI-II versi bahasa Indonesia telah dilakukan oleh Ginting dkk., (2013) dengan cara membandingkan BDI-II dengan beberapa kuesioner lain. Hasil uji validitas menunjukkan korelasi positif yang signifikan antara *type D scale-14* (DS14) ($R = 0.52$) dan *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) ($r = 0,52$). Uji reliabilitas kuesioner *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) menunjukkan nilai *cronbach's alpha* sebesar 0,90. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa BDI-II versi bahasa Indonesia telah valid dan reliabel untuk digunakan di Indonesia. BDI-II versi bahasa Indonesia menggunakan skor *cut-off point* sebesar 17 untuk mendapatkan hasil yang sesuai (Ginting dkk., 2013).

- 2) SMA diberi kode 2
 - 3) SMP diberi kode 3
 - 4) SD diberi kode 4
 - 5) Tidak sekolah diberi kode 5
- d. Hubungan dengan pasien
- 1) Pengasuh diberi kode 1
 - 2) Saudara lain diberi kode 2
 - 3) Adik/Kakak diberi kode 3
 - 4) Anak diberi kode 4
 - 5) Orang tua diberi kode 5
 - 6) Pasangan diberi kode 6
- e. Lama waktu pasien dirawat di ruang intensif
- 1) > 72 jam diberi kode 1
 - 2) 48 – 72 jam diberi kode 2
 - 3) 24 – 48 jam diberi kode 3
 - 4) < 24 jam diberi kode 4
- f. Tingkat depresi 1
- 1) Skor 0-13 (Depresi minimal) diberi kode 1
 - 2) Skor 14-19 (Depresi ringan) diberi kode 2
 - 3) Skor 20-28 (Depresi sedang) diberi kode 3
 - 4) Skor 29-63 (Depresi berat) diberi kode 4
- g. Tingkat depresi 2
- 1) Skor < 17 (Tidak depresi) diberi kode 1

2) Skor > 17 (Depresi)

diberi kode 2

4.7.3 Entry Data

Data merupakan jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode yang kemudian dimasukkan ke dalam program atau *software* komputer pada proses memasukkan data (Notoatmodjo, 2012). Peneliti melakukan *entry data* pada aplikasi *Excel* terlebih dahulu untuk mempermudah peneliti. Setelah itu, data dimasukkan ke aplikasi analisa data yaitu *SPSS*.

4.7.4 Cleaning

Apabila seluruh data dari tiap sumber data atau responden telah selesai dimasukkan, perlu dilakukan pengecekan kembali untuk kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan data, dsb. Setelah itu, barulah dilakukan pembetulan atau koreksi. Proses yang dilakukan tersebut merupakan proses pembersihan data (Notoatmodjo, 2012). Peneliti sebelum melakukan analisa data, terlebih dahulu melakukan *cleaning* untuk menghindari masukan data yang salah, data yang tidak lengkap maupun data yang tidak perlu untuk dianalisis.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2012). Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk menganalisis data karakteristik demografi dari

keluarga dan tingkat depresi menggunakan cut off point dari Beck dengan menyertakan distribusi frekuensi.

4.8.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2012). Uji statistik terbagi terbagi menjadi dua yaitu uji statistik parametrik dan nonparametrik. Uji statistik parametrik pada desain penelitian korelatif dilakukan dengan syarat data berdistribusi normal dengan jenis data numerik. Sedangkan uji korelasi nonparametrik digunakan untuk jenis data kategorik dan data numerik tetapi tidak memenuhi syarat. Uji korelasi nonparametrik yang dapat digunakan meliputi *Kolmogorov-Smornov*, *Wilcoxon-Mann Whitney*, *Wilcoxon Signed Rank*, *Kruskal-Wallis*, *Anova*, *Spearman*, *Chi Square*, *Chi Square Fisher, s exact*, *Mc Nemar* dan *Cochran's Q*. Penelitian ini merupakan penelitian korelatif pada satu kelompok dengan jenis data kategorik sehingga analisis bivariat yang dilakukan yaitu uji korelatif nonparametrik. Uji korelasi nonparametrik yang digunakan yaitu *Pearson Chi Square* karena kedua jenis data kategorik, alternatif yang digunakan yaitu uji *Fisher* apabila nilai *expected count* kurang dari 5 lebih dari 20% (Dahlan, 2014).

4.9 Etika Penelitian

Setiap penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek yang diteliti perlu adanya pemahaman dari peneliti terkait prinsip etika penelitian (Nursalam, 2015). Selain itu, peneliti juga perlu melakukan uji etik terlebih dahulu. Penelitian

ini telah disahkan di Fakultas Keperawatan Universitas Jember pada tanggal 06 Juni 2019 dengan nomor etik yaitu 3131/UN25.1.14/SP/2019.

4.9.1 Prinsip Otonomi (*Otonomy*)

Subjek pada penelitian harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilakukan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak untuk menjadi responden (Nursalam, 2015). Peneliti menjelaskan kepada anggota keluarga yang telah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi terkait tujuan, manfaat, prosedur penelitian dan peran dari responden. Peneliti kemudian menanyakan terkait kebersediaan dari anggota keluarga untuk mengikuti penelitian. Apabila anggota keluarga telah setuju untuk mengikuti penelitian, maka peneliti meminta anggota keluarga tersebut untuk menandatangani lembar persetujuan.

4.9.2 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Subjek pada penelitian memiliki hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama atau *anonymity* (Nursalam, 2015). Peneliti tidak mencantumkan nama maupun informasi pribadi responden pada hasil penelitian.

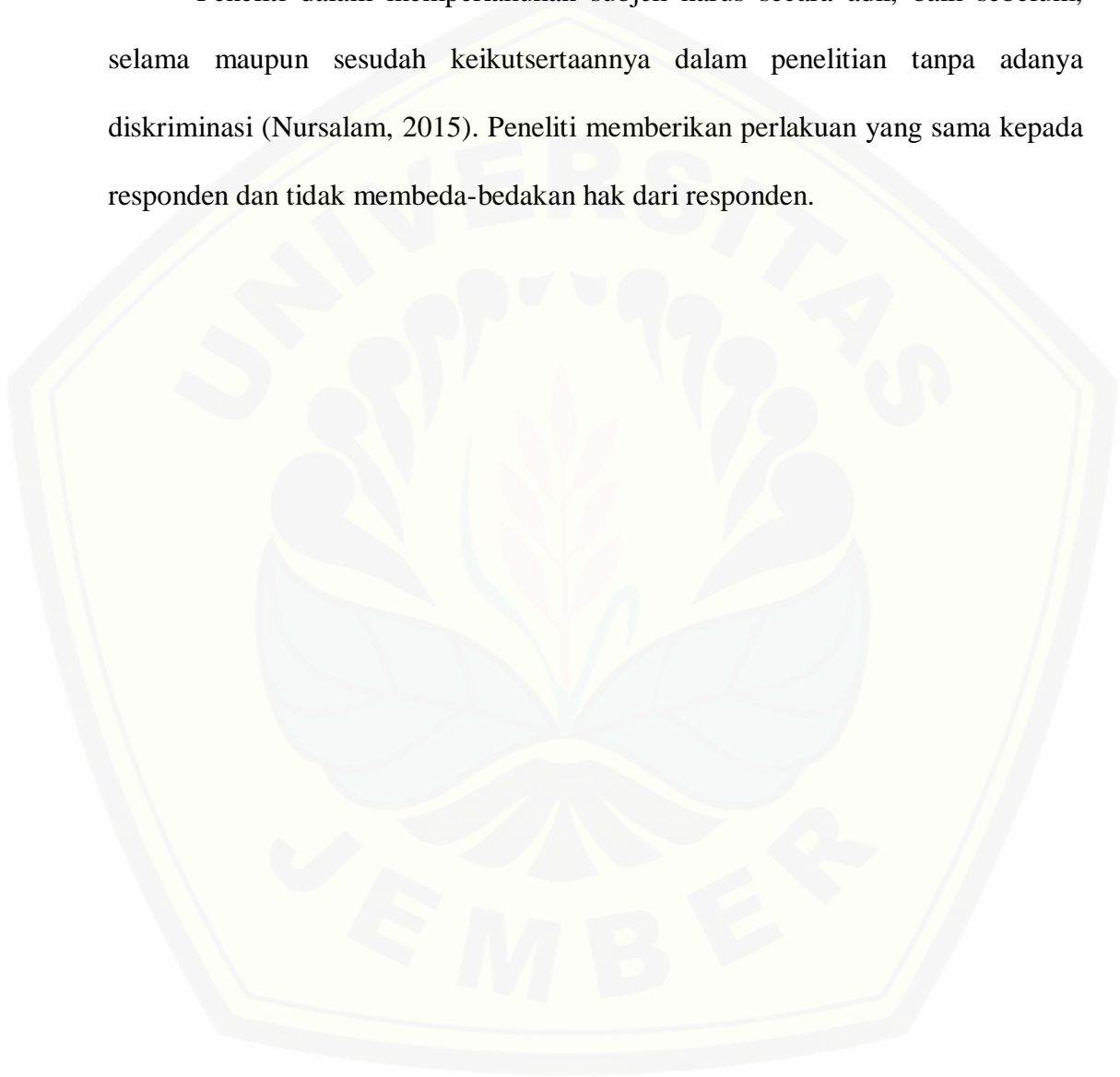
4.9.3 Kemanfaatan (*Beneficience*)

Penelitian yang dilaksanakan harus tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus. Selain itu, subjek harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan dan peneliti juga harus berhati-hati dalam mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat

pada subjek (Nursalam, 2015). Peneliti melakukan seluruh prosedur penelitian sehingga tidak akan ditemukan risiko yang merugikan responden.

4.9.4 Keadilan (*Justice*)

Peneliti dalam memperlakukan subjek harus secara adil, baik sebelum, selama maupun sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi (Nursalam, 2015). Peneliti memberikan perlakuan yang sama kepada responden dan tidak membeda-bedakan hak dari responden.



BAB 6. PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan antara depresi dan karakteristik demografi dari keluarga pasien di ruang intensif RSUD dr Haryoto Lumajang adalah sebagai berikut:

- a. Anggota keluarga yang menjadi responden banyak yang berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 43 (66,2%) dengan usia terbanyak yaitu 18-40 tahun sejumlah 38 (58,5%) dan tingkat pendidikan paling banyak yaitu SD sejumlah 24 (36,9%). Responden paling banyak adalah anak dari pasien sejumlah 27 (41,5%) yang lama waktu dirawat di ruang intensif paling banyak yaitu <24 jam dan 24-48 jam yang masing-masing sejumlah 23 (35,4%).
- b. Skor depresi pada keluarga pasien di ruang intensif menunjukkan adanya depresi minimal pada sebanyak 34 (52,3%) dan tidak ada anggota keluarga yang menunjukkan skor depresi berat.
- c. Terdapat hubungan antara depresi dan usia dari keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif. Semakin tua usia seseorang maka kemungkinan memiliki gejala depresi akan lebih rendah. Hubungan antara depresi dan karakteristik demografi lain (jenis kelamin, tingkat pendidikan, hubungan dengan pasien, lama waktu dirawat di ruang intensif) tidak ditemukan dalam penelitian ini.

6.2 Saran

Selain menunjukkan hasil, penelitian ini juga memberikan saran kepada beberapa pihak dalam memberikan perhatian tidak hanya kepada pasien namun juga kepada keluarga pasien di ruang intensif.

a. Bagi peneliti

Peneliti selanjutnya sebaiknya menggunakan karakteristik demografi yang lebih bervariasi, sampel yang lebih banyak dan rumah sakit yang berbeda. Selain itu, peneliti selanjutnya juga dapat mencari hubungan antara depresi pada keluarga di ruang intensif dan faktor lain yang mungkin terkait.

b. Bagi instansi pendidikan

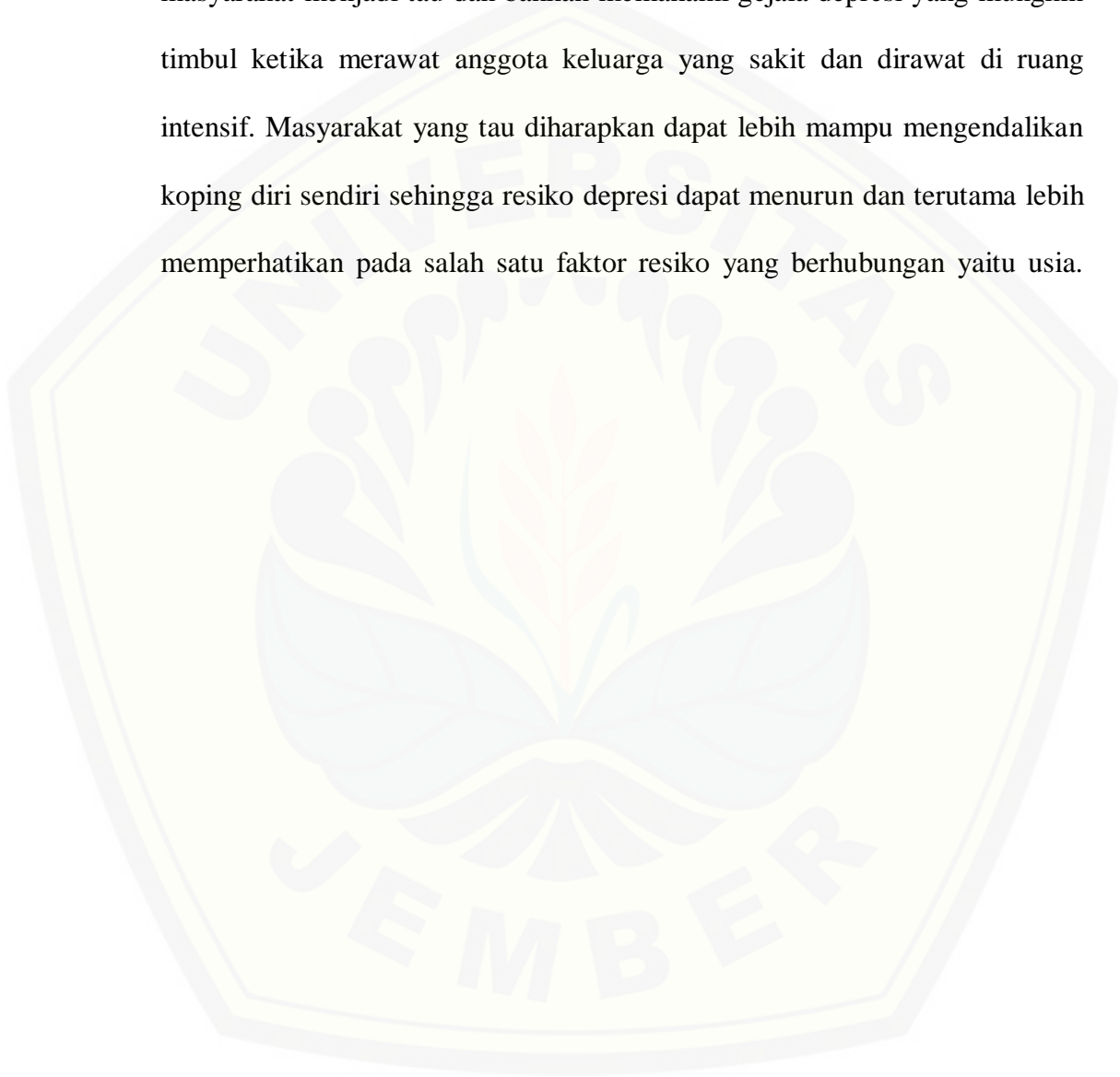
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi literatur bagi pelajar terutama dalam menempuh mata kuliah keperawatan kritis dan dapat menjadi acuan calon peneliti dalam melakukan penelitian selanjutnya.

c. Bagi instansi kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai gejala depresi yang dapat dialami oleh keluarga pasien yang dirawat di ruang intensif RSUD dr Haryoto Lumajang, terutama yang selalu menemani pasien sepanjang waktu. Selain itu, dari hasil penelitian ini, pihak pemberi layanan diharapkan dapat memperhatikan keluarga dari pasien juga sebagai upaya pencegahan maupun penanganan dari masalah psikologi yang dapat timbul pada keluarga yang menemani pasien di rumah sakit. Tindakan yang dapat dilakukan yaitu memberikan konseling secara berkala terutama pada keluarga pasien yang berusia 18-40 tahun.

d. Bagi masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat terutama keluarga dari pasien yang dirawat di ruang intensif sehingga masyarakat menjadi tau dan bahkan memahami gejala depresi yang mungkin timbul ketika merawat anggota keluarga yang sakit dan dirawat di ruang intensif. Masyarakat yang tau diharapkan dapat lebih mampu mengendalikan koping diri sendiri sehingga resiko depresi dapat menurun dan terutama lebih memperhatikan pada salah satu faktor resiko yang berhubungan yaitu usia.



DAFTAR PUSTAKA

- Adhikari, N. K. J., R. A. Fowler, S. Bhagwanjee, dan G. D. Rubenfeld. 2010. Critical Care and the Global Burden of Critical Illness in Adults. *The Lancet*. 376(9749):1339–1346.
- Anderson, W. G., R. M. Arnold, D. C. Angus, dan C. L. Bryce. 2008. Posttraumatic Stress and Complicated Grief in Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of General Internal Medicine*. 23(11):1871–1876.
- Beck, A. T., R. A. Steer, R. Ball, W. F. Ranieri, A. T. Beck, R. A. Steer, R. Ball, W. F. Ranieri, A. T. Beck, R. A. Steer, R. Ball, dan W. F. Ranieri. 1996. Comparison of Beck Depression Inventories-Ia and in Psychiatric Outpatients Comparison Of Beck Depression in Psychiatric Inventories-Ia and - Outpatients. *Journal of Personality Assessment*. 3891
- Dahlan, M. S. 2014. Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan. Jakarta. 2014.
- Davidson, J. E. 2009. Family Centered Care Care: Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Critical Care Nurse*. 29(3):28–37.
- Davison, G. C., J. M. Neale, dan A. M. Kring. 2006. *Psikologi Abnormal*. Edisi 9. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Deborah, C., R. Graeme, dan H. Daren. 2004. Dying in the Icu: Strategies That May Improve End-Of-Life Care. *Canadian Journal of Anesthesia*. 51(3):266–272.
- Demir, H. F. dan M. Gonullu. 2015. Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients. *Journal of Intensive Care Medicine*. 31(9):1–7.
- Dracup, K. A. dan K. A. Puntillo. 2015. Psychological Symptoms of Family Members of High-Risk Intensive Care Unit Patients. *Families in Critical Care*. 21(6):386–396.
- Fauman, K. R., K. J. Pituch, Y. Y. Han, M. F. Niedner, J. Reske, dan A. M. Levine. 2015. Predictors of Depressive Symptoms in Parents of Chronically Ill Children Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit. *American Journal*

of Hospice & Palliative Medicine. 28(8):556–563.

Friedman, M. M. 1998. *Keperawatan Keluarga: Teori Dan Praktik*. Jakarta: EGC.

Friedman, M. M. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori & Praktik*. Jakarta: EGC.

Fuad. 2003. *Dasar-Dasar Kependidikan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Garland, A., K. Olafson, C. D. Ramsey, M. Yogendran, dan R. Fransoo. 2013. Epidemiology of Critically Ill Patients in Intensive Care Units: A Population-Based Observational Study. 2007:1–7.

Gil-juliá, B., M. D. Bernat-adell, E. J. Collado-boira, M. Pilar, M. Julio, dan R. Ballester-arnal. 2018. Psychological Distress in Relatives of Critically Ill Patients : Risk and Protective Factors. *Journal of Health Psychology*

Ginting, H., M. W. Eysenck, G. Näring, W. M. Van Der Veld, dan W. Srisayekti. 2013. Validating the Beck Depression Inventory-II in Indonesia's General Population And Coronary Heart Disease Patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 13(3):235–242.

Gries, C. J., R. A. Engelberg, E. K. Kross, dan D. Zatzick. 2010. Predictors of Symptoms of Posttraumatic Stress and Depression in Family Members After Patient Death in the ICU. *CHEST*. 137(2):280–287.

Hamilton, M. 1960. Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23(1):56–62.

Hurlock, E. B. 2011. *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Erlangga.

Hwang, D. Y., D. Yagoda, H. M. Perrey, P. F. Currier, T. M. Tehan, M. Guanci, L. Ananian, J. P. Cobb, dan J. Rosand. 2014. Anxiety and Depression Symptoms Among Families of Adult Intensive Care Unit Survivors Immediately Following Brief Length of Stay. *Journal of Critical Care*. 29(2):278–282.

Ikawati, V. C., dan Sulastri. 2011. Hubungan Komunikasi Teraupetik Perawat dengan Anggota Keluarga Terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga pada Pasien yang Dirawat di Unit Perawatan Kritis di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Publikasi Ilmiah*, 114–121.

- Katona, C., C. Cooper, dan M. Robertson. 2012. *At a Glance Psikiatri*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Kroenke, K., R. L. Spitzer, dan J. B. W. Williams. 2001. The Phq-9. *Journal of General Internal Medicine*. 16:606–613.
- Kross, E. K., R. A. Engelberg, C. J. Gries, dan E. L. Nielsen. 2011. Icu Care Associated with Symptoms of Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Family Members of Patients Who die in the Icu. *CHEST*. 139(4):795–801.
- Kulkarni, H. S., K. R. Kulkarni, A. Mallampalli, S. R. Parkar, D. R. Karnad, dan K. K. Guntupalli. 2011. Comparison of Anxiety, Depression, and Post-Traumatic Stress Symptoms in Relatives of Icu Patients in an American and an Indian Public Hospital. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 15(3):147–156.
- Lewis, C. L. dan J. Z. Taylor. 2017. Impact of Prior Icu Experience on Icu Patient Family Members' Psychological Distress : A Descriptive Study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 23:129–135.
- Lubis, D. N. L. 2016. *Depresi Tinjauan Psikoogi*. Jakarta: Kencana.
- Lubis, N. L. 2009. *Depresi: Tinjauan Psikologi*. Jakarta: PT Fajar Interpretama Mandiri.
- Mcadam, J. L., K. A. Dracup, D. B. White, D. K. Fontaine, dan K. A. Puntillo. 2010. Symptom Experiences of Family Members of Intensive Care Unit Patients at High Risk For Dying. *Critical Care Medicine*. 38(4):1078–1085.
- Mitchell, M. L. dan M. Courtney. 2004. Reducing Family Members' Anxiety and Uncertainty in Illness Around Transfer from Intensive Care : An Intervention Study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 20:223–231.
- NIH. 2017. Depression Basics. National Institute of Mental Health. 2017
- Norup, A., K. Welling, J. Qvist, L. Siert, dan L. Mortensen. 2012. Depression, Anxiety and Quality-Of-Life Among Relatives of Patients with Severe Brain Injury : The Acute Phase. *Brain Injury*. 26(10):1192–1200.

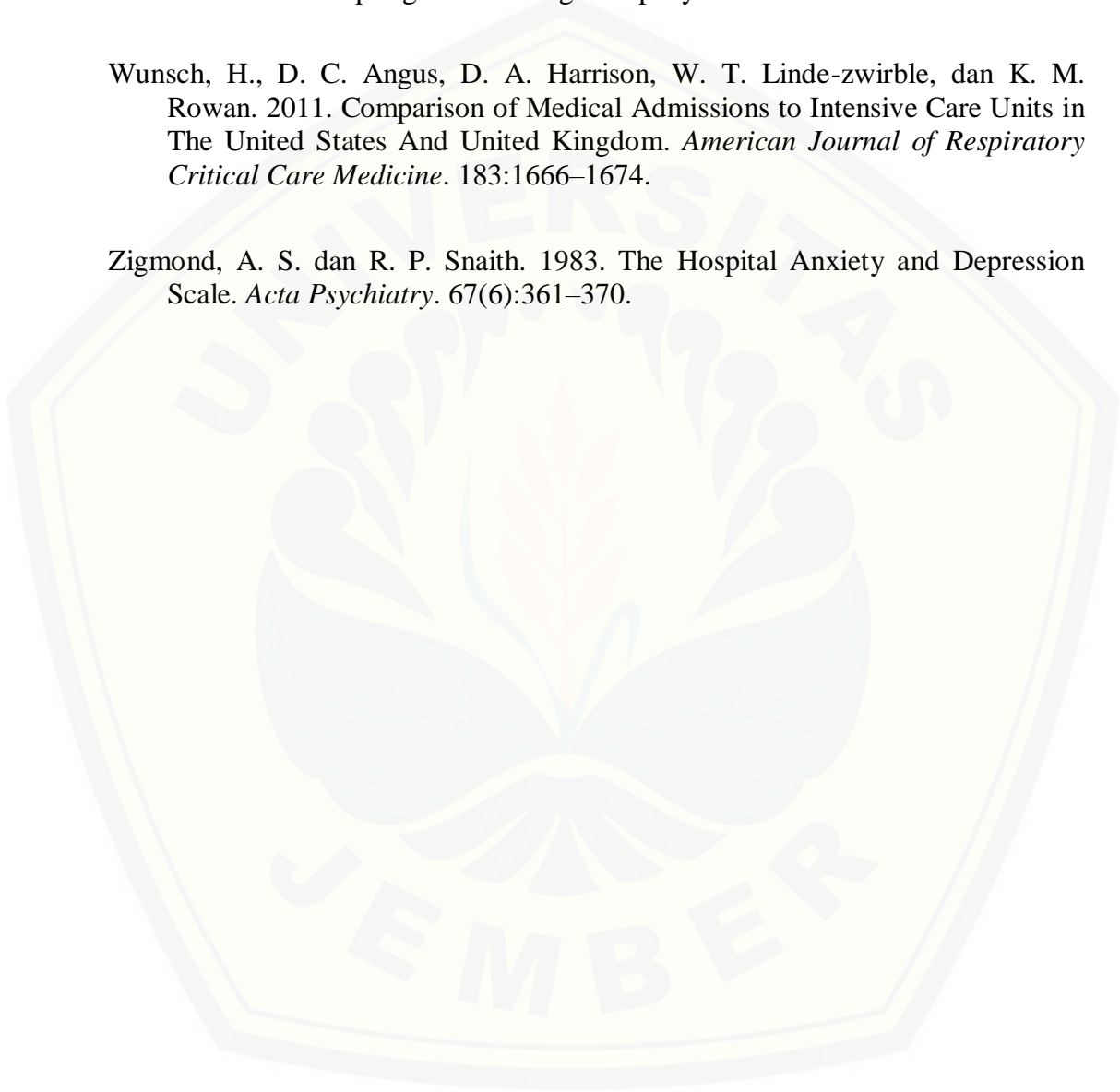
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Pearlin, L. I., J. T. Mullan, S. J. Semple, dan M. M. Skaff. 1990. Caregiving And the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontological Society of America*. 30(5):583–595.
- Probst, D. R., J. L. Gustin, L. F. Goodman, A. Lorenz, dan S. M. W. Gregorio. 2016. Icu Versus Non-Icu Hospital Death. *Journal of Palliative Medicine*. 19(4):387–393.
- Rego, R., L. Fumis, dan D. Deheinzelin. 2009. Family Members of Critically Ill Cancer Patients: Assessing the Symptoms of Anxiety and Depression. *Intensive Care Medicine*. 35:899–902.
- Rego, R., L. Fumis, O. T. Ranzani, dan P. S. Martins. 2015. Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members During and After Icu Stay. *Plos One*. 10(1):1–12.
- RSUD dr. Haryoto. 2018. *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang Tahun 2018 Rumah Sakit Umum Daerah Dr. HARYOTO*. Lumajang
- Setiadi. 2007. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Setiawati, B. 2009. Kesabaran Anak dalam Merawat Orang Tua yang Sakit Kronis. *Skripsi*. Surakarta: Fakultas Psikologi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Smith, M. J. dan P. R. Liehr. 1938. *Middle Range Theory for Nursing*. Edisi 3rd Editio. Springer Publishing Company.
- Sugimin. 2017. Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Umum Pusat Dokter Soeradji Tirtonegoro Klaten. *Skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Susanti, Y. dan E. Putri. 2012. Dalam Merawat Anggota dengan Riwayat Perilaku Kekerasan di Rs. Jiwa Islam Klender Jakarta Timur 2012. *Jurnal Keperawatan Jiwa*. 2(1):41–50.

Varon, J. dan P. Acosta. 2010. *Handbook of Critical and Intensive Care Medicine*. Edisi 2. USA: Springer Publishing Company.

Wunsch, H., D. C. Angus, D. A. Harrison, W. T. Linde-zwirble, dan K. M. Rowan. 2011. Comparison of Medical Admissions to Intensive Care Units in The United States And United Kingdom. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 183:1666–1674.

Zigmond, A. S. dan R. P. Snaith. 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatry*. 67(6):361–370.





LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar *Informed***PENJELASAN PENELITIAN**

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir program sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember, maka saya:

Nama : Dela Soviatul Umaroh
NIM : 152310101272
No. Hp : 081553748498
E-mail : delasovia838@gmail.com
Alamat : Jl. Dharmawangsa 9 Kec Rambipuji Kab Jember

Bermaksud untuk melakukan penelitian dengan judul “Hubungan antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD dr. Haryoto Lumajang”. Prosedur dalam penelitian ini membutuhkan waktu 10-20 menit untuk mengisi kuesioner. Penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak yang merugikan bagi responden. Kerahasiaan semua informasi akan dijaga serta dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila anda bersedia menjadi responden, maka saya memohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab beberapa pertanyaan yang saya lampirkan. Atas perhatian dan kesediannya menjadi responden saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Dela Soviatul Umaroh
NIM 152310101272

Lampiran 2. Lembar Consent

Kode Responden:

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Usia :

Alamat:

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

Judul Penelitian : Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Nama : Dela Soviatul Umaroh

NIM : 152310101272

Alamat : Jl. Dharmawangsa 9 Kec Rambipuji Kab Jember

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

Dengan ini saya menyatakan dengan sukarela untuk ikut sebagai responden serta bersedia menjawab pertanyaan dengan sadar dan sebenar-benarnya.

Jember, 2019

Peneliti

Responden

(Dela Soviatul Umaroh)

()

Lampiran 3. Lembar Kuesioner Karakteristik Demografi

Kode Responden:

Kuesioner Karakteristik Demografi

Petunjuk Pengisian Kuisisioner : Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan.

Kemudian jawablah pertanyaan sesuai dengan keadaan anda yang sebenarnya.

1. Jenis Kelamin (pilih salah satu) :

- Laki-laki
- Perempuan

2. Usia (pilih salah satu) :

- 18-40 tahun
- 41-60 tahun
- >60 tahun

3. Tingkat pendidikan (pilih salah satu) :

- Perguruan tinggi
- SMA
- SMP
- SD
- Tidak sekolah

4. Hubungan dengan Pasien (pilih salah satu) :

- Pengasuh
- Saudara lain
- Adik/Kakak
- Anak
- Orang tua
- Pasangan

5. Lama waktu pasien dirawat di ruang intensif (pilih salah satu) :

- >72 jam
- 48-72 jam
- 24-48 jam
- <24 jam

Lampiran 4. Lembar Kuesioner Beck Depression Inventory II (BDI II)

Kode Responden:

Petunjuk : Kuesioner berikut ini terdiri dari 21 kelompok pernyataan. Mohon setiap kelompok pernyataan dibaca dengan cermat, setelah itu di dalam setiap kelompok pilih satu dari pernyataan yang paling menggambarkan perasaan anda selama 2 minggu terakhir, termasuk hari ini. Lingkarilah angka di samping pernyataan yang anda pilih. Apabila di dalam satu kelompok terdapat beberapa pernyataan yang terasa sama, lingkarilah angka yang paling tinggi dari pernyataan-pernyataan yang terasa sama tersebut. Pastikan bahwa anda tidak memilih lebih dari satu pernyataan di dalam setiap kelompok, termasuk pernyataan 16 (Perubahan pola tidur) dan pernyataan 18 (Perubahan selera makan).

<p>1. Kesedihan</p> <p>0. Saya tidak merasa sedih.</p> <p>1. Saya sering kali merasa sedih.</p> <p>2. Saya merasa sedih sepanjang waktu.</p> <p>3. Saya merasa sangat tidak bahagia atau sedih sampai tidak tertahankan.</p>	<p>2. Pesimis</p> <p>0. Saya tidak meragukan masa depan saya.</p> <p>1. Saya merasa lebih meragukan masa depan saya dibanding biasanya.</p> <p>2. Saya merasa segala sesuatu tidak berjalan dengan baik bagi saya.</p> <p>3. Saya merasa masa depan saya tidak ada harapan dan akan semakin buruk.</p>
<p>3. Kegagalan masa lalu</p> <p>0. Saya tidak merasa gagal.</p> <p>1. Saya telah gagal lebih dari yang seharusnya.</p> <p>2. Saya melakukan banyak kegagalan di masa lalu.</p> <p>3. Saya merasa gagal sama sekali (betul-betul gagal).</p>	

<p>4. Kehilangan gairah</p> <p>0. Saya mendapatkan kesenangan dari hal-hal yang saya lakukan.</p> <p>1. Saya tidak menikmati sesuatu seperti biasanya.</p> <p>2. Saya hanya mendapatkan sangat sedikit kesenangan dari hal-hal yang biasanya bisa saya nikmati.</p> <p>3. Saya tidak mendapatkan kesenangan sama sekali dari hal-hal yang biasanya bisa saya nikmati.</p>	<p>5. Perasaan bersalah</p> <p>0. Saya sama sekali tidak merasa bersalah.</p> <p>1. Saya merasa bersalah atas banyak hal yang telah atau seharusnya saya lakukan.</p> <p>2. Saya sering merasa bersalah.</p> <p>3. Saya merasa bersalah setiap saat.</p>
<p>6. Perasaan dihukum</p> <p>0. Saya tidak merasa bahwa saya sedang dihukum.</p> <p>1. Saya merasa bahwa mungkin saya akan dihukum.</p> <p>2. Saya yakin bahwa saya akan dihukum.</p> <p>3. Saya merasa bahwa saya sedang dihukum.</p>	<p>7. Tidak menyukai diri sendiri</p> <p>0. Saya tidak merasa kecewa pada diri sendiri.</p> <p>1. Saya kehilangan kepercayaan pada diri sendiri.</p> <p>2. Saya merasa kecewa pada diri sendiri.</p> <p>3. Saya benci pada diri sendiri.</p>
<p>8. Mengkritik diri sendiri</p> <p>0. Saya tidak mengkritik atau menyalahkan diri sendiri lebih dari biasanya.</p> <p>1. Saya mengkritik diri sendiri lebih dari biasanya.</p> <p>2. Saya mengkritik diri sendiri atas semua kesalahan yang saya lakukan.</p> <p>3. Saya menyalahkan diri sendiri untuk semua hal-hal buruk yang terjadi.</p>	

<p>9. Pikiran-pikiran atau keinginan bunuh diri</p> <p>0. Saya tidak berpikir untuk bunuh diri.</p> <p>1. Saya berpikir untuk bunuh diri, tetapi hal itu tidak akan saya lakukan.</p> <p>2. Saya ingin bunuh diri.</p> <p>3. Saya akan bunuh diri seandainya ada kesempatan.</p>	<p>10. Menangis</p> <p>0. Saya tidak menangis lagi seperti biasanya.</p> <p>1. Saya lebih sering menangis dibanding biasanya.</p> <p>2. Saya menangis bahkan untuk masalah masalah kecil.</p> <p>3. Rasanya saya ingin sekali menangis tetapi tidak bisa.</p>
<p>11. Gelisah</p> <p>0. Saya tidak lagi merasa gelisah atau tertekan dibandingkan biasanya.</p> <p>1. Saya merasa lebih mudah gelisah atau tertekan dibanding biasanya.</p> <p>2. Saya sangat tertekan dan gelisah sampai sulit untuk berdiam diri.</p> <p>3. Saya sangat gelisah sehingga harus senantiasa bergerak atau melakukan sesuatu.</p>	<p>12. Kehilangan minat</p> <p>0. Saya tidak kehilangan minat untuk berelasi dengan orang lain atau melakukan aktivitas.</p> <p>1. Saya kurang berminat untuk berelasi dengan orang lain atau terhadap sesuatu dibandingkan biasanya.</p> <p>2. Saya kehilangan hampir seluruh minat saya untuk berelasi dengan orang lain atau terhadap sesuatu.</p> <p>3. Saya tidak berminat akan apapun.</p>

<p>13. Sulit mengambil keputusan</p> <p>0. Saya dapat mengambil keputusan sebagaimana yang biasanya saya lakukan.</p> <p>1. Saya agak sulit mengambil keputusan dibanding biasanya.</p> <p>2. Saya lebih banyak mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan dibanding biasanya.</p> <p>3. Saya sangat mengalami kesulitan setiap kali mengambil keputusan.</p>	<p>14. Merasa tidak layak</p> <p>0. Saya merasa layak.</p> <p>1. Saya merasa tidak layak dan tidak berguna dibandingkan biasanya.</p> <p>2. Saya merasa lebih tidak layak dibanding orang lain.</p> <p>3. Saya merasa sama sekali tidak layak.</p>
<p>15. Kehilangan tenaga (semangat)</p> <p>0. Saya memiliki tenaga (semangat) seperti biasanya.</p> <p>1. Saya memiliki tenaga lebih sedikit dibanding yang seharusnya saya miliki.</p> <p>2. Saya tidak memiliki tenaga yang cukup untuk berbuat banyak.</p> <p>3. Saya tidak memiliki tenaga yang cukup untuk melakukan apapun.</p>	<p>16. Perubahan pola tidur</p> <p>0. Saya tidak mengalami perubahan apapun dalam pola tidur saya.</p> <p>1a. Saya tidur lebih dari biasanya.</p> <p>1b. Saya tidur kurang dari biasanya.</p> <p>2a. Saya tidur jauh lebih lama dari biasanya.</p> <p>2b. Saya tidur sangat kurang dari biasanya.</p> <p>3a. Saya tidur hampir sepanjang hari.</p> <p>3b. Saya bangun 1-2 jam lebih awal dan tidak dapat tidur kembali.</p>

<p>17. Mudah marah</p> <p>0. Saya tidak lebih mudah marah seperti biasanya.</p> <p>1. Saya lebih mudah marah dibanding biasanya.</p> <p>2. Saya jauh lebih mudah marah dibanding biasanya.</p> <p>3. Saya mudah marah sepanjang waktu.</p>	<p>18. Perubahan selera makan</p> <p>0. Selera makan saya tidak berubah (tidak lebih buruk) dari biasanya.</p> <p>1a. Selera makan saya kurang dari biasanya.</p> <p>1b. Selera makan saya lebih dari biasanya.</p> <p>2a. Selera makan saya sangat kurang dibanding biasanya.</p> <p>2b. Selera makan saya sangat lebih dibanding biasanya.</p> <p>3a. Saya tidak punya selera makan sama sekali.</p> <p>3b. Saya ingin makan setiap waktu.</p>
<p>19. Sulit berkonsentrasi</p> <p>0. Saya mampu berkonsentrasi seperti biasanya.</p> <p>1. Saya tidak mampu berkonsentrasi seperti biasanya.</p> <p>2. Saya sangat sulit untuk tetap memusatkan pikiran terhadap sesuatu dalam jangka waktu yang panjang.</p> <p>3. Saya merasa saya tidak mampu berkonsentrasi dalam semua hal.</p>	<p>20. Capek atau Kelelahan</p> <p>0. Saya tidak lebih capek atau lelah dibanding biasanya.</p> <p>1. Saya lebih mudah capek atau lelah dari biasanya.</p> <p>2. Saya merasa capek atau lelah untuk melakukan banyak hal yang biasanya saya lakukan.</p> <p>3. Saya terlalu capek atau lelah untuk melakukan hampir semua hal yang biasanya saya lakukan.</p>

21. Kehilangan gairah seksual

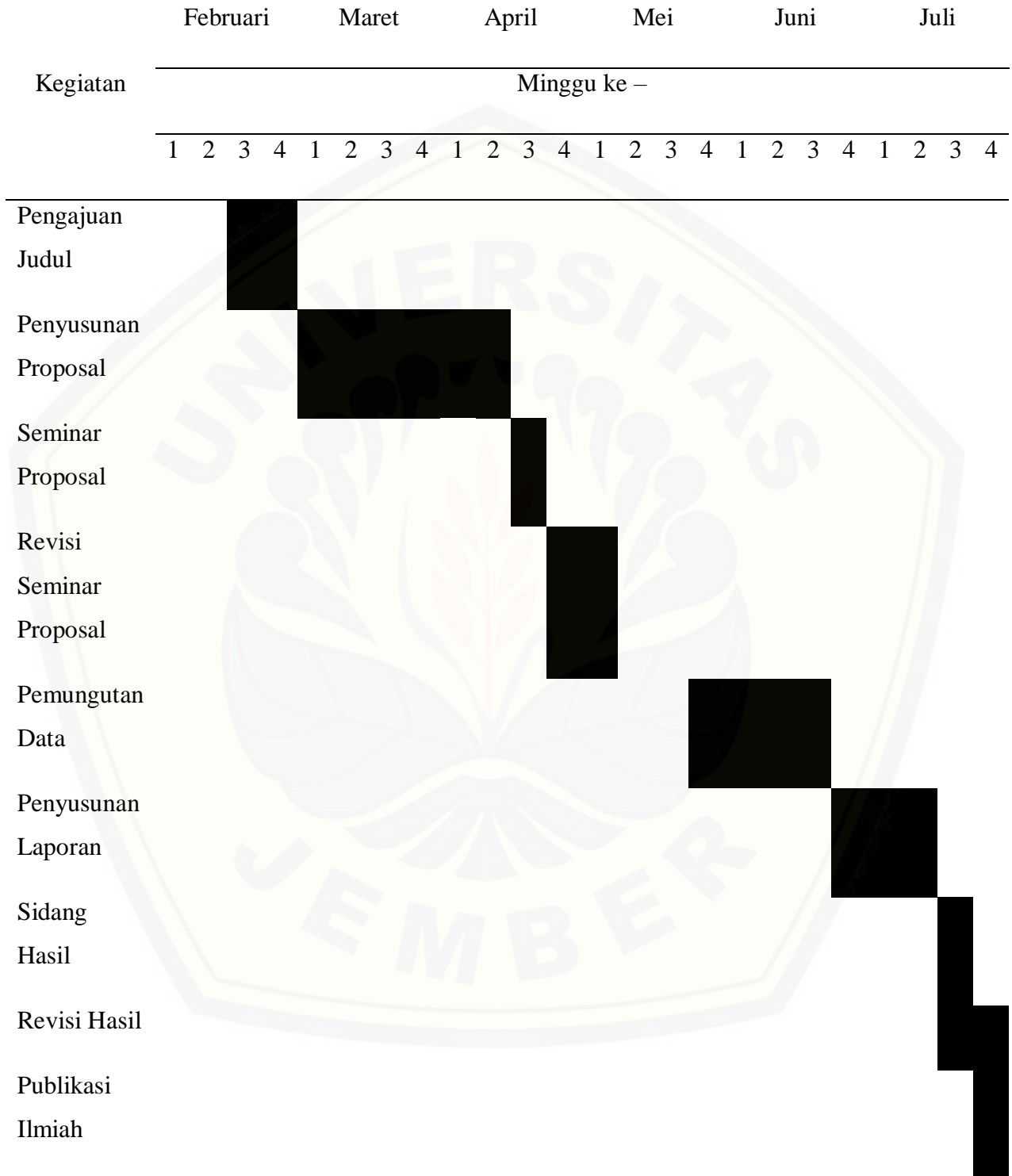
0. Saya tidak melihat adanya perubahan pada gairah seksual saya.
1. Gairah seksual saya berkurang, tidak seperti biasanya
2. Saya menjadi sangat kurang berminat pada aktivitas seksual saat ini.
3. Gairah seksual saya hilang sama sekali.



Lampiran 5. Bukti Perizinan Kuesioner



Lampiran 6. Waktu Penelitian



Lampiran 7. Studi Pendahuluan Literatur

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

SURAT KETERANGAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Dosen Pembimbing Utama, menerangkan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember:

Nama : Dela Soviatul Umaroh
NIM : 152310101272
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan studi pendahuluan literatur untuk menyusun skripsi dengan judul **“Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD Dr Haryoto Lumajang”**

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jember, 11 April 2019
Dosen Pembimbing Utama

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

Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN

Nomor : 072/1110 /427.75/2019

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Ketua LPPM Universitas Jember Nomor:1529/UN25.3.1/LT/2019 tanggal 10 Mei 2019, perihal izin Penelitian atas nama DELA SOVIATUL UMAROH.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : DELA SOVIATUL UMAROH
2. Alamat : Jl. Dharmawangsa 9 Kaliwining Rambupuji Jember
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember/152310101272
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD dr. Haryoto Lumajang.
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Dr. Susanto, M.Pd
4. Anggota/Peserta :
5. Waktu Penelitian : 14 Mei 2019 s/d 14 Juli 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, RSUD dr. Haryoto Lumajang

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 14 Mei 2019
 a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL

Drs. ABU HASAN

Pembina

NIP. 19620801 199303 1 001

Tembusan Yth. :

1. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang,
6. Sdr. Ketua LPPM Universitas Jember,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Ace -> di Ruang ICU dan ITC

22/5 - 21/6 2019

*7 Mengkawat Kaki
 mengambur Baf*

*Umi Salsabihah
 Haf
 Umi Salsabihah*

Lampiran 9. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian

PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
LUMAJANG - 67311

SURAT KETERANGAN
Nomor : 445 / 1004 / 427.77 / 2019

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : dr. INDRAYUDI KRESNA WARDHANA
N . I . P. : 19601228 198802 1 002
Pangkat / Gol. Ruang : Pembina Utama Muda (IV/c)
Jabatan : Direktur RSUD Dr. Haryoto Kabupaten Lumajang

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

N a m a : DELA SOVIATUL UMAROH
N I M : 152310101272
Institusi : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Telah melakukan penelitian dengan judul "Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi Dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD dr. Haryoto Lumajang" pada tanggal 22 Mei s/d 21 Juni 2019.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Lumajang, 24 Juni 2019

DIREKTUR-RSUD dr. HARYOTO
KABUPATEN LUMAJANG



dr. INDRAYUDI KRESNA WARDHANA
NIP. 19601228 198802 1 002

Lampiran 10. Uji Etik Penelitian



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
 (HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE)
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
"ETHICAL CLEARANCE"

No. 3/31 /UN25.1.14/SP/2019

Setelah Tim Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember menelaah dengan seksama rancangan penelitian yang diusulkan oleh :
After The Ethics Commute of the Faculty of Nursing, University of Jember reviewed the research protocol thoroughly proposed by:

Peneliti	:	Dela Soviatul Umaroh, Muhamad Zulfatul A'la, Wantiyah
Researcher	:	
Judul	:	Hubungan antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD dr Haryoto Lumajang
Title	:	<i>Relationship Between Depression and Demographic Characteristics of Patients Family in Intensive Room at RSUD dr Haryoto Lumajang</i>
Unit / Lembaga	:	Fakultas Keperawatan, Universitas Jember
Institution	:	<i>Faculty of Nursing, Universitas Jember</i>
Waktu Penelitian	:	23 Mei 2019 – 30 Juni 2019
Time of The Research	:	<i>May 23, 2019-June 30, 2019</i>
Tempat Penelitian	:	Rumah Sakit Umum Daerah dr Haryoto Lumajang
Place of the research	:	<i>Dr Haryoto Hospital, Lumajang.</i>

menyetujui protocol tersebut untuk kelaikan etik.
*approve the research protocol for ethical clearance.**

Jember, 06 JUN 2019

Ketua,

Chairman



Ns. Tantut Susanto, M.Kep., Sp.Kep.Kom., PhD
 NIP. 198001052006041004

Lampiran 11. Hasil Penelitian**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Laki-laki	22	33,8	33,8	33,8
Valid Perempuan	43	66,2	66,2	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
18-40 tahun	38	58,5	58,5	58,5
Valid 41-60 tahun	24	36,9	36,9	95,4
>60 tahun	3	4,6	4,6	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Perguruan tinggi	8	12,3	12,3	12,3
SMA	17	26,2	26,2	38,5
Valid SMP	16	24,6	24,6	63,1
SD	24	36,9	36,9	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Hubungan dengan Pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Pengasuh	1	1,5	1,5	1,5
Saudara lain	2	3,1	3,1	4,6
Adik/kakak	6	9,2	9,2	13,8
Valid Anak	27	41,5	41,5	55,4
Orang tua	12	18,5	18,5	73,8
Pasangan	17	26,2	26,2	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Lama waktu pasien dirawat di ruang intensif

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
>72 jam	6	9,2	9,2	9,2
48-72 jam	13	20,0	20,0	29,2
Valid 24-48 jam	23	35,4	35,4	64,6
<24 jam	23	35,4	35,4	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Depresi 1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Depresi minimal	34	52,3	52,3	52,3
Valid Depresi ringan	28	43,1	43,1	95,4
Depresi sedang	3	4,6	4,6	100,0
Total	65	100,0	100,0	

Crosstab

		Depresi 2		Total	
		Tidak depresi	Depresi		
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	17	5	22
		Expected Count	14,6	7,4	22,0
		% within Depresi 2	39,5%	22,7%	33,8%
	Perempuan	Count	26	17	43
		Expected Count	28,4	14,6	43,0
		% within Depresi 2	60,5%	77,3%	66,2%
Total		Count	43	22	65
		Expected Count	43,0	22,0	65,0
		% within Depresi 2	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,836 ^a	1	,175		
Continuity Correction ^b	1,162	1	,281		
Likelihood Ratio	1,906	1	,167		
Fisher's Exact Test				,268	,140
N of Valid Cases	65				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis Kelamin (Laki-laki / Perempuan)	2,223	,690	7,160
For cohort Depresi 2 = Tidak depresi	1,278	,918	1,780
For cohort Depresi 2 = Depresi	,575	,245	1,351
N of Valid Cases	65		

Crosstab

		Depresi 2		Total
		Tidak depresi	Depresi	
18-40 tahun	Count	22	16	38
	Expected Count	25,1	12,9	38,0
	% within Depresi 2	51,2%	72,7%	58,5%
Usia 41-60 tahun	Count	21	3	24
	Expected Count	15,9	8,1	24,0
	% within Depresi 2	48,8%	13,6%	36,9%
>60 tahun	Count	0	3	3
	Expected Count	2,0	1,0	3,0
	% within Depresi 2	0,0%	13,6%	4,6%
Total	Count	43	22	65
	Expected Count	43,0	22,0	65,0
	% within Depresi 2	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,905 ^a	2	,003
Likelihood Ratio	13,388	2	,001
Linear-by-Linear Association	,264	1	,607
N of Valid Cases	65		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,02.

Crosstab

		Depresi 2		Total	
		Tidak depresi	Depresi		
Tingkat Pendidikan	Count	6	2	8	
	Perguruan tinggi	Expected Count	5,3	2,7	8,0
		% within Depresi 2	14,0%	9,1%	12,3%
	Count	11	6	17	
	SMA	Expected Count	11,2	5,8	17,0
		% within Depresi 2	25,6%	27,3%	26,2%
	Count	10	6	16	
	SMP	Expected Count	10,6	5,4	16,0
		% within Depresi 2	23,3%	27,3%	24,6%
SD	Count	16	8	24	
	Expected Count	15,9	8,1	24,0	
	% within Depresi 2	37,2%	36,4%	36,9%	
Total	Count	43	22	65	
	Expected Count	43,0	22,0	65,0	
	% within Depresi 2	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,394 ^a	3	,942
Likelihood Ratio	,407	3	,939
Linear-by-Linear Association	,067	1	,796
N of Valid Cases	65		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

Crosstab

		Depresi 2		Total	
		Tidak depresi	Depresi		
Hubungan dengan Pasien	Count	1	0	1	
	Pengasuh	Expected Count	,7	,3	1,0
		% within Depresi 2	2,3%	0,0%	1,5%
	Count	2	0	2	
	Saudara lain	Expected Count	1,3	,7	2,0
		% within Depresi 2	4,7%	0,0%	3,1%
	Count	5	1	6	
	Adik/kakak	Expected Count	4,0	2,0	6,0
		% within Depresi 2	11,6%	4,5%	9,2%
	Anak	Count	15	12	27
		Expected Count	17,9	9,1	27,0
		% within Depresi 2	34,9%	54,5%	41,5%
Orang tua	Count	7	5	12	
	Expected Count	7,9	4,1	12,0	
	% within Depresi 2	16,3%	22,7%	18,5%	
Pasangan	Count	13	4	17	
	Expected Count	11,2	5,8	17,0	
	% within Depresi 2	30,2%	18,2%	26,2%	
Total	Count	43	22	65	
	Expected Count	43,0	22,0	65,0	
	% within Depresi 2	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,816 ^a	5	,439
Likelihood Ratio	5,848	5	,321
Linear-by-Linear Association	,035	1	,851
N of Valid Cases	65		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,34.

Crosstab

			Depresi 2		Total
			Tidak depresi	Depresi	
Lama waktu pasien dirawat di ruang intensif	>72 jam	Count	2	4	6
		Expected Count	4,0	2,0	6,0
		% within Depresi 2	4,7%	18,2%	9,2%
	48-72 jam	Count	7	6	13
		Expected Count	8,6	4,4	13,0
		% within Depresi 2	16,3%	27,3%	20,0%
	24-48 jam	Count	18	5	23
		Expected Count	15,2	7,8	23,0
		% within Depresi 2	41,9%	22,7%	35,4%
	<24 jam	Count	16	7	23
		Expected Count	15,2	7,8	23,0
		% within Depresi 2	37,2%	31,8%	35,4%
Total	Count	43	22	65	
	Expected Count	43,0	22,0	65,0	
	% within Depresi 2	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,391 ^a	3	,145
Likelihood Ratio	5,266	3	,153
Linear-by-Linear Association	2,933	1	,087
N of Valid Cases	65		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,03.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
HubungandenganPasien			3,181	5	,672			
HubungandenganPasien(1)	-,608	48635,547	,000	1	1,000	,544	,000	.
HubungandenganPasien(2)	19,093	40193,001	,000	1	1,000	195839136,817	,000	.
HubungandenganPasien(3)	19,979	40193,001	,000	1	1,000	475148183,918	,000	.
HubungandenganPasien(4)	20,284	40193,001	,000	1	1,000	644748614,559	,000	.
HubungandenganPasien(5)	18,528	40193,001	,000	1	1,000	111295585,336	,000	.
Usia			3,832	2	,147			
Usia(1)	-1,693	,865	3,832	1	,050	,184	,034	1,002
Usia(2)	22,211	21891,184	,000	1	,999	4427571184,017	,000	.
TingkatPendidikan			,803	3	,849			
TingkatPendidikan(1)	1,088	1,396	,607	1	,436	2,968	,192	45,816
TingkatPendidikan(2)	1,026	1,401	,536	1	,464	2,790	,179	43,443
TingkatPendidikan(3)	1,209	1,354	,797	1	,372	3,349	,236	47,589
Lamawaktupasiendirawatdiruangintensif			,660	3	,882			
Lamawaktupasiendirawatdiruangintensif(1)	-,473	1,309	,130	1	,718	,623	,048	8,102
Lamawaktupasiendirawatdiruangintensif(2)	-,807	1,208	,446	1	,504	,446	,042	4,762
Lamawaktupasiendirawatdiruangintensif(3)	-,861	1,179	,533	1	,465	,423	,042	4,264
Constant	-20,246	40193,001	,000	1	1,000	,000		

a. Variable(s) entered on step 1: HubungandenganPasien, Usia, TingkatPendidikan, Lamawaktupasiendirawatdiruangintensif.

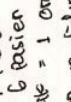
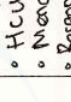
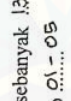
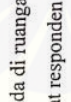
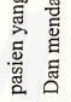
Lampiran 12. Logbook




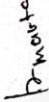

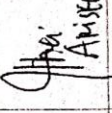
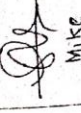
Catatan Penelitian Skripsi di RSUD dr Haryoto Lumajang






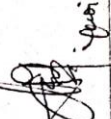

Nama : Dela Soviatul Umaroh

NIM : 152310101272

Judul : Hubungan Antara Depresi dan Karakteristik Demografi dari Keluarga Pasien di Ruang Intensif RSUD dr Haryoto Lumajang

No	Tanggal	Kegiatan	Keterangan	Jumlah Responden	Paraf CI
1.	22 Mei 2019	Mengambil data hari ke 1 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 13 Dan mendapat responden no 01-05	<ul style="list-style-type: none"> ICU : 7 pasien HCU : 6 pasien Mendatke = 1 orang Responden yg didapat = 5 orang 	5 Responden	
2.	23 Mei 2019	Mengambil data hari ke 2 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 10 Dan mendapat responden no 06-09	<ul style="list-style-type: none"> ICU : 6 pasien HCU : 4 pasien Mendatke = 0 Responden yg di dapat = 4 orang 	9 Responden	
3.	24 Mei 2019	Mengambil data hari ke 3 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 10 Dan mendapat responden no 10-13	<ul style="list-style-type: none"> ICU : 6 Pasien HCU : 4 pasien Mendatke = 0 Responden yg di dapat = 1 orang 	10 Responden	
4.	25 Mei 2019	Mengambil data hari ke 4 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 9 Dan mendapat responden no 14-17	<ul style="list-style-type: none"> ICU : 5 pasien HCU : 4 pasien Mendatke = 0 Responden yg di dapat = 3 orang 	13 Responden	
5.	26 Mei 2019	Mengambil data hari ke 5 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8 Dan mendapat responden no 18-17	<ul style="list-style-type: none"> ICU : 4 Pasien HCU : 4 pasien Mendatke = 0 Responden yg di dapat = 4 orang 	17 Responden	

6.	27 Mei 2019	Mengambil data hari ke 6 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8. Dan mendapat responden no 18	<ul style="list-style-type: none"> o ICU: 5 pasien o HCU: 3 pasien o Menolak: 0 o Pasien yg di dapat: 1 orang 	18 Responden	
7.	28 Mei 2019	Mengambil data hari ke 7 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8. Dan mendapat responden no ..19-20	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 6 orang o HCU = 2 orang o Menolak = 0 o Pasien yang di dapat = 2 orang 	20 Responden	
8.	29 Mei 2019	Mengambil data hari ke 8 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8. Dan mendapat responden no 21	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 5 orang o HCU = 3 orang o Menolak = 0 o Pasien yang di dapat = 1 orang 	21 Responden	
9.	30 Mei 2019	Mengambil data hari ke 9 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8. Dan mendapat responden no 22-23	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 3 orang o HCU = 5 orang o Menolak = 1 orang o Pasien yang di dapat = 2 orang 	23 Responden	
10.	31 Mei 2019	Mengambil data hari ke 10 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8. Dan mendapat responden no 24-26	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 4 orang o HCU = 4 orang o Menolak = 0 o Pasien yang di dapat = 3 orang 	26 Responden	
11.	01 Juni 2019	Mengambil data hari ke 11 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 7. Dan mendapat responden no ..27.	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 4 orang o HCU = 3 orang o Menolak = 0 o Pasien yang di dapat = 1 orang 	27 Responden	
12.	02 Juni 2019	Mengambil data hari ke 12 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 6. Dan mendapat responden no 28-29	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 2 orang o HCU = 4 orang o Menolak = 0 o Pasien yang di dapat = 2 orang 	29 Responden	

13.	03 Juni 2019	Mengambil data hari ke 13 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 5. Dan mendapat responden no 30	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 2 orang o HCU = 3 orang o Menolak = 0 o Pasien yg di dapat = 1 	30 Responden	
14.	04 Juni 2019	Mengambil data hari ke 14 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 5. Dan mendapat responden no 30	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 2 orang o HCU = 3 orang o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 0 	30 Responden	
15.	08 Juni 2019	Mengambil data hari ke 15 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 6. Dan mendapat responden no 31-33	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 4 orang o HCU = 2 orang o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 3 	33 Responden	 RIZKI AZZAHRA
16.	09 Juni 2019	Mengambil data hari ke 16 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 6. Dan mendapat responden no 34-35	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 4 orang o HCU = 2 orang o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 2 	35 Responden	 Nur Muhammad
17.	10 Juni 2019	Mengambil data hari ke 17 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 5. Dan mendapat responden no 36-38	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 4 orang o HCU = 1 orang o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 3 	38 Responden	 Zainal
18.	11 Juni 2019	Mengambil data hari ke 18 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 9. Dan mendapat responden no 39-41	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 5 o HCU = 1 o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 3 	41 Responden	
19.	12 Juni 2019	Mengambil data hari ke 19 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 14. Dan mendapat responden no 42-48	<ul style="list-style-type: none"> o ICU = 5 o HCU = 9 o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 7 	48 Responden	

20.	13 Juni 2019	Mengambil data hari ke 40 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 13 Dan mendapat responden no 42..53	<ul style="list-style-type: none"> o Icu = 5 o Hcu = 8 o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 5 	53 Responden	Mu TPA HESTIANNING W
21.	14 Juni 2019	Mengambil data hari ke 41. dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 6. Dan mendapat responden no 54.. 56	<ul style="list-style-type: none"> o Icu = 5 o Hcu = 1 o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 3 	56 Responden	Si WIDIA
22.	15 Juni 2019	Mengambil data hari ke 22 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8. Dan mendapat responden no 57..59	<ul style="list-style-type: none"> o Icu = 1 o Hcu = 1 o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 3 	59 Responden	Si EMLANG
23.	19 Juni 2019	Mengambil data hari ke 23 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 8. Dan mendapat responden no 60..63	<ul style="list-style-type: none"> o Icu = 5 o Hcu = 3 o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 4 	63 Responden	CS
24.	21 Juni 2019	Mengambil data hari ke 24 dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak 9. Dan mendapat responden no 64.. 65	<ul style="list-style-type: none"> o Icu = 1 o Hcu = 5 o Menolak = 0 o Responden yg di dapat = 2 	65 Responden	Pr.
25.		Mengambil data hari ke ... dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak ... Dan mendapat responden no			
26.		Mengambil data hari ke ... dengan jumlah pasien yang ada di ruangan sebanyak ... Dan mendapat responden no			

Lumajang, 21 Juni 2019

Mengetahui,

Kepala Ruang ICU


(Rizki Ariefin)

Kepala Ruang ICU


(KHORUL ULMU CLEY PERF)



Lampiran 13. Lembar Bimbingan DPU

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Dela Soviatul Umaroh

NIM : 152310101272

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
25 / 19 6	Konsul tabel bab 5	- Membuat tabel berdasarkan tujuan penelitian - Pada tabel tidak perlu di beri garis - Tabel responden pada tabel cukup di tulis di bagian atas	JH
27 / 19 6	a. tabel di bab 5 b. Interpretasi hasil SPSS c. Cara melihat	- Apabila ada karakteristik lainnya di jelaskan - No test etik di tuliskan di bab 4	JH
5 / 19 7	Konsul bab 5 dan 6	- Pembahasan : data, fakta, opini, jumlah pendukung dan perbandingan dijelaskan secara rinci	JH
10 / 19 7	Konsul abstrak dan ringkasan	perbaiki abstrak	JH
		Atc ujan..	JH

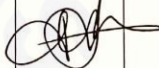
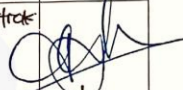

Lampiran 14. Lembar Bimbingan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
 PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Dela Soviatul Umaroh

NIM : 152310101272

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

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
01 / 07 2019	Konsultasi hasil dan pembahasan	- FTO	
08 / 07 19	Konsultasi bab 5	- Siapkan ringkasan dan abstrak - Tujuan, hasil, Pembahasan in line	
12 / 07 19	Konsultasi bab 4.5, abstrak	Perbaiki abstrak	
12 / 07 19	Konsultasi Abstrak	Cele turunkan ee sidang	