

SKRIPSI

**GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN DI RUANG INSTALASI
GAWAT DARURAT RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**



OLEH:

MUHAJAR

R011211154

**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI

**“Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP
Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”**

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk diajukan di depan tim penguji skripsi.


MUHAJAR


R011211154

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Silvia Malasari, S.Kep., Ns., MN
NIP. 19830425 2012 12 2 003


Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns., MN., MPH
NIP. 19820315 2008 12 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

GAMBARAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN DI RUANG INSTALASI GAWAT
DARURAT RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir Pada:

Hari/ Tanggal : Rabu/3 Agustus 2022

Pukul : 10:00 WITA-Selesai

Tempat : Via Zoom Online

Disusun Oleh:

MUHAJAR
R011211154

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Pembimbing I

Silvia Malasari, S.Kep., Ns., MN
NIP. 19830425 2012 12 2 003

Pembimbing II

Nurhava Nurdin, S.Kep., Ns., MN., MPH
NIP. 19820315 2008 12 2 003

Mengetahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan kasih hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

Dalam menyelesaikan penelitian ini, penulis menyadari bahwa itu tak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun secara materil. Olehnya itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Kes. selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak Syahrul Said, S.Kep., Ns., M.Kes, Ph.D. selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes. selaku ketua program studi Ilmu keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Silvia Malasari, S.Kep., Ns., M.N. selaku pembimbing I yang telah banyak membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini
5. Ibu Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns., M.N., MPH. selaku pembimbing II yang telah banyak membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini.
6. Ibu Nurmaulid., S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji I dan Ibu Indra Gaffar, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan.

7. Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Unhas yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
8. Rekan-rekan mahasiswa kelas kerja sama angkatan 2021 yang telah banyak memberi bantuan dan dukungan dalam penyusunan proposal ini.
9. Seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan baik materil maupun moril bagi penulis selama mengikuti pendidikan.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penyusun menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan dari pembaca yang budiman untuk penyempurnaan penelitian yang telah dilakukan.

Makassar, Juli 2022

Peneliti

ABSTRAK

Muhajar, “Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar” dibimbing oleh Silvia Malasari dan Nurhaya Nurdin (xiv + 60 halaman + 9 tabel + 4 lampiran)

Latar belakang: Keluarga pasien yang mendampingi pasien di unit gawat darurat membutuhkan pemenuhan kebutuhan bio, psiko, sosial, dan spiritual. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran kebutuhan keluarga pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan survei deskriptif. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *accidental sampling* sebanyak 96 orang. Kebutuhan keluarga diukur menggunakan *Critical Care Family Needs Inventory-Emergency Department (CCFNI-ED)*. Hasil dianalisa dengan menggunakan program SPSS 21.0. (SPSS, Inc Chicago, IL).

Hasil: Hampir semua keluarga pasien menyampaikan butuh untuk berada di samping pasien (99.0%), semua keluarga pasien menyampaikan butuh untuk memperoleh informasi (100%), hampir semua keluarga pasien menyampaikan butuh dalam memberikan dukungan terhadap pasien (93.8%), hampir semua keluarga pasien menyampaikan butuh dalam memperoleh kenyamanan (78.1%), dan menyampaikan butuh untuk dimengerti (90.6%) di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Kesimpulan: Sebagian besar keluarga pasien menyampaikan butuh untuk berada di samping pasien, butuh untuk memperoleh informasi, butuh dalam memberikan dukungan terhadap pasien, butuh dalam memperoleh kenyamanan, dan butuh untuk dimengerti. Oleh karena itu, diharapkan kepada perawat agar dapat lebih memperhatikan dan memenuhi kebutuhan keluarga pada pasien bukan hanya kebutuhan pasien.

Kata Kunci : kebutuhan keluarga, instalasi gawat darurat, CCFNI-ED

Kepustakaan : 39 (2009-2022)

ABSTRACT

Muhajar, “Overview of Patient Family Needs in the Emergency Room of Dr Wahidin Sudirohusodo Hospital Makassar” guided by Silvia Malasari and Nurhaya Nurdin (xiv + 60 pages + 9 tables + 4 attachments)

Background: The family of patient who accompanies patient in the emergency department needs to meet bio, psycho, social, and spiritual needs. This study aims to find out a picture of the needs of the patient's family in the Emergency Installation Room of RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Methods: This study used a descriptive survey design. The sampling technique was carried out by accidental sampling as many as 96 people. The needs of sized families use the Critical Care Family Needs Inventory-Emergency Department (CCFNI-ED). The results were analyzed using the SPSS 21.0 program. (SPSS, Inc. Chicago, IL).

Results: Almost all patients' families conveyed the need to be next to the patient (99.0%), all patient families conveyed the need to obtain information (100%), almost all patients' families conveyed the need to provide support to patients (93.8%), almost all patient families conveyed the need to obtain comfort (78.1%), and conveyed the need to be understood (90.6%) in the Emergency Installation Room of DR. Wahidin Sudirohusodo Makassar Hospital.

Conclusion: Most of the patient's family said they need to be next to the patient, need to get information, need to provide support to the patient, need to get comfort, and need to understand. Therefore, it is hoped that nurses can pay more attention and meet the needs of the family in patients, not just the needs of patients.

Keywords: family needs, emergency department, CCFNI-ED

References: 39 (2009-2022)

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Pernyataan Keaslian Penelitian.....	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Tentang Kegawatdaruratan.....	8
B. Tinjauan Tentang Keluarga	11
C. Tinjauan Tentang Kebutuhan Keluarga Pasien....	16
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
A. Kerangka Konsep	26
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	27
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	27
C. Populasi dan Sampel.....	27
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	29
E. Alur Penelitian.....	32
F. Instrumen Penelitian	32

	G. Teknik Pengumpulan Data.....	33
	H. Pengolahan Data dan Analisa Data.....	34
	I. Etika Penelitian.....	34
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil.....	36
	B. Pembahasan.....	47
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	
	A. Kesimpulan.	55
	B. Saran.	56
DAFTAR PUSTAKA	57
LAMPIRAN.....	61

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1	<i>Key Performance Indicators</i> Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit.....	11
Tabel 2	Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi Keluarga Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	36
Tabel 3	Kebutuhan keluarga pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	37
Tabel 4	Item Kebutuhan keluarga pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	38
Tabel 5	Kebutuhan Berada di Samping Pasien Berdasarkan Karakteristik Demografi di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	40
Tabel 6	Kebutuhan Memperoleh Informasi Berdasarkan Karakteristik Demografi di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	41
Tabel 7	Kebutuhan Dukungan Pada Keluarga Pasien Berdasarkan Karakteristik Demografi di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	42
Tabel 8	Kebutuhan Memperoleh Kenyamanan Pasien Berdasarkan Karakteristik Demografi di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	43
Tabel 9	Kebutuhan Untuk Dimengerti Pasien Berdasarkan Karakteristik Demografi di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	44

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 : Bagan Kerangka Konsep	26
Gambar 2 : Bagan Alur Penelitian.....	32

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan di unit gawat darurat merupakan pelayanan yang sangat penting untuk mencegah terjadinya kematian dan kecacatan korban (Hamarno, 2016). Pelayanan kegawatdaruratan selalu mengutamakan keselamatan pasien, dimana saat melakukan tindakan kegawatdaruratan perawat harus bertindak cepat dan akhirnya cenderung mengesampingkan kebutuhan keluarga pasien (Tumbuan, Kumaat, & Malara, 2015).

Kunjungan pasien di instalasi gawat darurat (IGD) terus bertambah tiap tahunnya. Peningkatan terjadi sekitar 30% di seluruh IGD rumah sakit dunia (Bashkin, Caspi, Haligoa, Mizrahi, & Stalnikowicz, 2015). Di Amerika Serikat, jumlah kunjungan pasien di IGD tahun 2016 berdasarkan data dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) sebanyak 145,6 juta dimana 42,2 juta diantaranya terkait cedera (CDC, 2019). Sedangkan di Indonesia, data kunjungan masuk pasien ke IGD di Indonesia adalah 4.402.205 pasien (13,3%) dari total seluruh kunjungan di rumah sakit umum (Menteri Kesehatan RI, 2014); (Deviantony, Ahsan, & Setyoadi, 2017).

Perawatan kritis yang komprehensif di IGD yang mencakup pendekatan yang berpusat pada pasien dan keluarga adalah inti dari pemberian perawatan yang efektif tetapi sulit untuk dicapai (Carlson, Spain, Muhtadie, Montez, &

Macia, 2015). Keluarga pasien merupakan bagian integral dari pelayanan di IGD (Dağ, Dicle, & Firat, 2016). Pengkajian segera atas kebutuhan keluarga dan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya tidak hanya mengurangi stres dan kecemasan anggota keluarga, tetapi juga meningkatkan pemulihan dan kepuasan pasien dengan perawatan (Jabre, et al., 2014). Ketegangan dapat muncul antara perawat, pasien, dan keluarga, jika kebutuhan ini tidak terpenuhi secara tepat waktu (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han, & in, 2016).

Anggota keluarga adalah sumber utama dukungan sosial bagi pasien yang sakit kritis selama penyakit mereka, dan mereka memainkan peran penting dalam membantu pemulihan (Karlsson, Tisell, Engström, & Andershed, 2011). Anggota keluarga pasien sakit kritis di IGD mengalami kecemasan, penyangkalan, depresi, kelelahan, rasa tidak berdaya, dan takut kehilangan orang yang dicintai (Al-Mutair, Plummer, O'Brien, & Clerehan, 2013). Keluarga pasien yang berkunjung ke IGD selalu memiliki tingkat stress dan kecemasan yang tinggi karena anggota keluarganya sakit (Dağ, Dicle, & Firat, 2016). Memahami dan memenuhi kebutuhan keluarga dapat meredakan stresor tersebut sehingga anggota keluarga dapat mendukung sepenuhnya pemulihan pasien, menjelaskan preferensi pasien, dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan klinis (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han, & in, 2016).

Penelitian sebelumnya yang meneliti tingkat kecemasan dan kebutuhan keluarga pasien di IGD dengan menggunakan *Critical Care Family Needs Inventory-Emergency Department* (CCFNI-ED) dan *Spielberger State Trait*

Anxiety Inventory-State Scale (STAI-S) sebagai instrument kebutuhan keluarga dan kecemasan. Hasil CCFNI-ED menunjukkan bahwa delapan dari sepuluh kebutuhan yang diungkapkan oleh anggota keluarga berhubungan dengan komunikasi. Tingkat kecemasan keseluruhan anggota keluarga adalah 49,67% (Demirtaş, Güvenç, Aslan, Öksüz, & Uçar, 2020). Kondisi kritis pasien, perubahan peran keluarga, kebutuhan financial dan lingkungan yang baru (*non familiar*) menjadi faktor timbulnya stress dan kecemasan keluarga (Nugraha & Setyawan, 2019). Penyebab stress dan kecemasan keluarga disebabkan karena beberapa kebutuhan keluarga yang belum terpenuhi secara maksimal pada saat berada di IGD (Dağ, Dicle, & Firat, 2016).

Pasien yang berkunjung ke instalasi gawat darurat (IGD) untuk mendapatkan perawatan akan sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan keluarga pasien yang meliputi bio, psiko, sosial, dan spiritual (Yildirim & Özlü, 2018). Fokus pelayanan di IGD tidak hanya pada kebutuhan pasien saja tetapi juga kebutuhan keluarga yang datang mengantarkan pasien ke IGD (Marti, Andarini, & Lestari, 2015).

Lima dimensi kebutuhan keluarga, pertama kali dijelaskan oleh Leske (1986) dikutip dalam (Hsiao, Redley, Hsiao, Lin, Han, & in, 2016), telah diidentifikasi di unit perawatan intensif dan kritis: kebutuhan kedekatan dengan pasien, komunikasi, dukungan, kenyamanan dan dimengerti. Hasil penelitian tentang kebutuhan keluarga di IGD Rumah Sakit Universitas Ataturk didapatkan hasil kebutuhan komunikasi menurut keluarga yang mendampingi pasien di IGD

merupakan kebutuhan yang paling penting atau sangat mendasar (Yildirim & Özlü, 2018).

Dari data dashboard di Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo didapatkan bahwa jumlah pasien yang masuk tahun 2019 sebanyak 21.332 pasien, tahun 2020 sebanyak 12.143 pasien dan tahun 2021 sebanyak 23.476 pasien dan pada tahun 2022 sampai bulan Februari mencapai 2.347 pasien dengan rata-rata kunjungan perbulan sebanyak 1.173 orang (Instalasi Rekam Medik RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo, 2022). Seperti yang diketahui bahwa keluarga pasien datang dari berbagai daerah di Indonesia Timur karena RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo merupakan pusat rujukan. Data kepuasan pasien RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo tahun 2020 yaitu 80,45%, pada tahun 2021 meningkat menjadi 85,77%. Namun, belum ada informasi apakah itu data kepuasan keluarga pasien. Sehingga dari data tersebut, idealnya fokus utama pelayanan adalah pasien dan keluarga karena pasien yang sangat membutuhkan pendampingan dari keluarga untuk kenyamanan saat menjalani perawatan. Hal ini berpengaruh dalam kesuksesan sebuah pelayanan.

Fenomena yang peneliti dapatkan selama bekerja sebagai perawat kurang lebih 26 tahun di tiga rumah sakit yang berbeda, baik itu rumah sakit pemerintah maupun swasta, rumah sakit di daerah terpencil dan rumah sakit rujukan. Kondisi yang terjadi keluarga pasien belum memperoleh pelayanan secara khusus sama seperti pelayanan terhadap pasien. Contohnya, untuk beristirahat keluarga pasien hanya melantai dan berupaya dalam memenuhi kebutuhan makan dan minum

seadanya selama mendampingi pasien di rumah sakit dan beberapa fenomena lain terkait keluarga pasien yang perlu mendapatkan perhatian di rumah sakit. Tenaga kesehatan yang bertugas di IGD memfokuskan pelayanan hanya kepada pasien, sedangkan keluarga pasien berupaya untuk memenuhi kebutuhannya sendiri.

B. Rumusan Masalah

Salah satu sasaran target asuhan yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. *Family approach* (pendekatan keluarga) diarahkan pada penggalian dan pemberdayaan potensi keluarga baik secara mandiri, maupun dengan bantuan orang untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga atau anggota keluarga. Peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio, psiko, sosial, dan spiritual. Kebutuhan keluarga pasien terhadap dekat dengan pasien, kebutuhan komunikasi, kebutuhan dukungan, kebutuhan kenyamanan, dan kebutuhan dimengerti keluarga belum terpenuhi secara maksimal karena pelayanan masih berfokus kepada kebutuhan pasien, hal tersebut juga terjadi di IGD. Terbatasnya studi di Makassar tentang gambaran kebutuhan keluarga pasien terhadap pelayanan di IGD. Berdasarkan hal tersebut, peneliti merumuskan pertanyaan penelitian “Bagaimanakah gambaran kebutuhan keluarga pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran kebutuhan keluarga pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui gambaran kebutuhan untuk berada di samping pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
- b. Diketahui gambaran kebutuhan keluarga pasien untuk memperoleh informasi di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
- c. Diketahui gambaran kebutuhan keluarga pasien dalam memberikan dukungan terhadap pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
- d. Diketahui gambaran kebutuhan keluarga pasien dalam memperoleh kenyamanan di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
- e. Diketahui gambaran kebutuhan keluarga pasien untuk dimengerti di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Teoritis

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk menambah wawasan dan referensi berdasarkan kajian ilmu pengetahuan terkhususnya di bidang keperawatan keluarga yang berhubungan dengan gambaran kebutuhan keluarga pasien.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan baru bagi peneliti tentang gambaran kebutuhan keluarga pasien sehingga informasi tersebut dapat dikembangkan dengan ilmu pengetahuan yang dipelajari.

b. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat menjadi informasi bagi pasien dan keluarga tentang kebutuhan keluarga pasien dan aspeknya.

c. Bagi Pelayanan kesehatan

Setelah memperoleh hasil dari sebuah penelitian maka hasil tersebut dapat dijadikan sebagai sebuah landasan dalam menyusun SOP (standar operasional prosedur) tentang pemenuhan kebutuhan keluarga pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Kegawatdaruratan

1. Definisi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PERMENKES) NO. 47 tahun 2018 tentang kegawatdaruratan, Gawat Darurat adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan. Adapun pelayanan kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan (PERMENKES NO 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan). Pelayanan di unit gawat darurat merupakan pelayanan yang sangat penting untuk mencegah terjadinya kematian dan kecacatan korban (Hamarno, 2016).

PPGD (Penanggulangan Penderita Gawat Darurat) merupakan suatu pertolongan yang cepat dan tepat untuk mencegah kematian maupun kecatatan. Berasal dari istilah *critical ill patient* (pasien kritis/gawat) dan *emergency patient* (pasien darurat) (Azis, 2012).

2. Kriteria kegawatdaruratan

Kriteria kegawatdaruratan meliputi (PERMENKES NO 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan):

- a. Mengancam nyawa, membahayakan diri dan oranglain/lingkungan;

- b. Adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
- c. Adanya penurunan kesadaran;
- d. Adanya gangguan hemodinamik; dan/atau
- e. Memerlukan tindakan segera

3. Prinsip penanganan penderita gawat darurat

Prinsip-prinsip Penanggulangan Penderita Gawat Darurat antara lain (Azis, 2012):

- a. Kecepatan menemukan penderita gawat darurat
- b. Kecepatan meminta pertolongan
- c. Kecepatan dan kualitas pertolongan yang diberikan ditempat kejadian, dalam perjalanan kerumah sakit, dan pertolongan selanjutnya secara mantap di Puskesmas atau rumah sakit

4. Prinsip pelayanan instalasi rawat darurat

Prinsip umum pelayanan IGD di rumah sakit (PERMENKES NO 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan):

- a. Setiap Rumah Sakit wajib memiliki pelayanan gawat darurat yang memiliki kemampuan: melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat dan melakukan resusitasi dan stabilitasi (*life saving*).
- b. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit harus dapat memberikan pelayanan 24 jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu.

- c. Berbagai nama untuk instalasi/unit pelayanan gawat darurat di rumah sakit diseragamkan menjadi Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- d. Rumah Sakit tidak boleh meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat.
- e. Pasien gawat darurat harus ditangani paling lama 5 (lima) menit setelah sampai di IGD.
- f. Organisasi IGD didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi struktur organisasi fungsional (unsur pimpinan dan unsur pelaksana)
- g. Setiap rumah sakit wajib berusaha untuk menyesuaikan pelayanan gawat daruratnya minimal sesuai dengan klasifikasi.

5. Mutu pelayanan IGD/IRD

Standarisasi. IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penilaian penting dalam akreditasi suatu rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menggunakan Indikator Kinerja Kunci atau *Key Performance Indicators* (KPI). Dalam SPM rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut (KEPMENKES Nomor 129 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit):

Tabel 1. *Key Performance Indicators* Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

Jenis Pelayanan	Indikator	Standar
Gawat Darurat	Kemampuan menangani life saving	
	Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam	24 Jam
	Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	
	Kesediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
	Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang
	Kepuasan pelanggan	$\geq 70\%$
	Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
	Kematian pasien ≤ 24 jam	\leq dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

Sumber: SPM Rumah Sakit Tahun 2008

B. Tinjauan Tentang Keluarga

1. Definisi keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2008) mendefinisikan bahwa. Pakar konseling keluarga dari Yogyakarta, Sayekti (1994) menulis bahwa keluarga adalah suatu ikatan/persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang lakilaki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi, dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

Menurut Undang-Undang No.10 Tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera, keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri atau suami-istri dan anak-anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

2. Peranan keluarga bagi pasien

Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat mempunyai nilai strategis di dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, karena setiap masalah individu merupakan masalah keluarga begitu juga sebaliknya. Kesehatan masyarakat salah satunya diarahkan pada “pendekatan keluarga” dan berorientasi pada pemberdayaan keluarga. Oleh karena itu sangatlah penting pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pelayanan kesehatan yang sayang keluarga (*Family Friendly Health Centre*) (Muhlisin, 2012).

Salah satu sasaran target asuhan yang penting dalam keperawatan adalah keluarga. Keluarga berperan dalam menentukan cara asuhan yang diperlukan anggota keluarga yang sakit. *Family approach* (pendekatan keluarga) diarahkan pada penggalan dan pemberdayaan potensi keluarga baik secara mandiri, maupun dengan bantuan orang untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh keluarga atau anggota keluarga (Muhlisin, 2012). Peran dan fungsi keluarga dalam membentuk manusia sebagai anggota masyarakat yang sehat bio, psiko, sosial, dan spiritual. Jadi sangatlah tepat bila keluarga sebagai titik sentral pelayanan keperawatan (Muhlisin, 2012).

3. Definisi dukungan sosial keluarga

Menurut Sarafino dalam (Mizananda, 2011) sesuatu dikatakan sebagai dukungan sosial ketika seseorang memiliki persepsi positif atas dukungan itu dan merasa nyaman atas segala bentuk perhatian, penghargaan, dan bantuan yang diterimanya. Definisi dukungan sosial menurut Dimatteo (1991 (Mizananda, 2011)) adalah dukungan atau bantuan yang berasal dari orang lain seperti teman, keluarga tetangga, rekan kerja dan orang lain. Dukungan sosial didefinisikan sebagai keberadaan orang lain yang dapat diandalkan untuk memberi bantuan, semangat, penerimaan dan perhatian, sehingga bisa meningkatkan kesejahteraan hidup bagi individu yang bersangkutan (Johnson & Jhonson, 1991, dalam (Mizananda, 2011)).

Katc dan Kahn (2000) (dalam (Mizananda, 2011) berpendapat, dukungan sosial adalah perasaan positif, menyukai, kepercayaan, dan perhatian dari orang lain yaitu orang yang berarti dalam kehidupan individu yang bersangkutan, pengakuan, kepercayaan seseorang dan bantuan langsung dalam bentuk tertentu.

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya. Anggota keluarga dipandang sebagai bagian yang tidak terpisahkan dalam lingkungan keluarga. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika di perlukan (Friedman, 2008).

Dukungan keluarga didefinisikan sebagai informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan yang nyata atau tingkah laku yang diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungannya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional dan berpengaruh pada tingkah laku penerimanya. Dalam hal ini orang yang merasa memperoleh dukungan secara emosional merasa lega karena diperhatikan, mendapat saran atau kesan yang menyenangkan pada dirinya.

4. Tipe keluarga

Adapun tipe keluarga menurut Suprajitno (2004) dikelompokkan menjadi dua yaitu:

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri ayah ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakeknenek, paman-bibi).

5. Fungsi keluarga

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut (Friedman, 2008):

- a. Fungsi afektif (*the affective function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan menjadi tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial.
- c. Fungsi reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*the economic function*), yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi.
- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*the health function*), yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan sehat anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

6. Respon Keluarga Terhadap Kondisi Pasien Kritis

Respon dalam kamus bahasa berarti jawaban, balasan, tanggapan. Respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makna serta lingkungan disebut dengan perilaku kesehatan. Respon atau reaksi manusia baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) maupun bersikap aktif (tindakan nyata atau praktis).

Tugas keluarga pasien kritis yang utama adalah untuk mengembalikan keseimbangan dan mendapatkan ketahanan. Dalam lingkungan area kritis keluarga memiliki beberapa peran yaitu: 1) *active presence*, yaitu keluarga tetap di sisi pasien, 2) *protector*, yaitu memastikan perawatan terbaik telah diberikan, 3) *facilitator*, yaitu keluarga memfasilitasi kebutuhan pasien ke perawat, 4) *historian*, yaitu sumber informasi rawat pasien, 5) *coaching*, yaitu

keluarga sebagai pendorong dan pendukung pasien. Pasien yang berada dalam perawatan kritis menilai bahwa keberadaan anggota keluarga di samping pasien memiliki nilai yang sangat tinggi untuk menurunkan level kecemasan dan meningkatkan level kenyamanan (Holly, Salmond, & Jadotte, 2012).

C. Tinjauan Tentang Kebutuhan Keluarga Pasien

1. Pemenuhan kebutuhan keluarga

Pemenuhan kebutuhan keluarga sebagai salah satu upaya pelaksanaan pelayanan *Family Centered Care* melibatkan peran keluarga dalam perawatan pasien. Keterlibatan keluarga tersebut sebagai intervensi suportif untuk membantu kesembuhan pasien (Muhlisin, 2012). Aspek kebutuhan psikososial keluarga tertuang dalam *Critical Care Family Need Inventory* (CCFNI) oleh Motter & Leske, 1996 (Yildirim & Özlü, 2018). Pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kritis dalam instrument CCFNI digambarkan menjadi 5 kategori utama, yaitu kedekatan dengan pasien, kebutuhan komunikasi, dukungan mental, rasa nyaman, dan jaminan pelayanan/ dimengerti.

a. Kebutuhan dekat dengan pasien (*Close to the patient needs*)

Selama proses perawatan pasien, hal yang sangat dibutuhkan oleh keluarga yaitu berada disamping pasien. Kedekatan anggota keluarga dengan pasien yang dirawat di perawatan kritis sangat diperlukan dalam hal perawatan (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013); (Knutsson & Bergbom, 2016). Kehadiran dan kedekatan bertujuan agar keluarga

dapat melakukan sesuatu untuk pasien dan keluarga beranggapan bahwa hal tersebut merupakan waktu berharga (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013); (Noome, Dijkstra, Leeuwen, & Vloet, 2016). Ketidakhadiran keluarga pasien dalam perawatan dapat menimbulkan kecemasan, kekhawatiran, selalu berpikir mengenai kondisi pasien serta dapat meningkatkan stress. Salah satu cara untuk menurunkan kondisi tersebut yaitu dengan kehadiran anggota keluarga disamping pasien (Knutsson & Bergbom, 2016). Keluarga dan pasien sepakat bahwa dengan kehadiran keluarga disamping pasien akan menurunkan tingkat cemas dan memperbaiki psikologis keluarga (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013).

b. Kebutuhan komunikasi (*Communication Needs*)

Kebutuhan komunikasi merupakan kebutuhan keluarga untuk mendapatkan informasi yang jelas mengenai kondisi pasien dan lingkungan IGD (Redley & Beanland, 2004). Keluarga yang kurang informasi mengenai kondisi pasien dapat mempengaruhi proses pengambilan keputusan untuk menentukan langkah kolaboratif dengan perawat dalam menentukan tindakan. Pada penelitian ini, responden menganggap sangat penting pada pernyataan keluarga mendapatkan penjelasan dari perawat dengan istilah yang mudah dipahami. Pernyataan lain yang menurut keluarga sangat penting dibutuhkan yaitu dokter atau perawat memberitahu kondisi keluarga yang sakit (pasien) sebelum

keluarga diminta menandatangani dokumen (Nugraha & Setyawan, 2019).

Keluarga merupakan bagian integral dalam proses pemulihan pasien kritis. Ketika merencanakan untuk perawatan pasien secara keseluruhan, perawat perlu mempertimbangkan kebutuhan informasi dan emosional untuk keluarga. Secara garis besar, kebutuhan informasi dan komunikasi menjadi kebutuhan prioritas tertinggi dan utama bagi keluarga pasien dibandingkan dengan kebutuhan lainnya (Al-Mutair, Plummer, O'Brien, & Clerehan, 2013); (Kisorio & Langley, 2016).

Menurut Urden et al (2010), terdapat beberapa syarat informasi yang dibutuhkan oleh keluarga pasien kritis. Syarat yang pertama yaitu ketika keluarga menanyakan kondisi pasien pada tenaga kesehatan, keluarga hanya ingin mendapatkan informasi dengan sejujurnya. Selain itu, keluarga ingin mengetahui fakta tentang perkembangan pasien dan mengetahui hasil prosedur pemeriksaan pasien sesegera mungkin. Tenaga kesehatan yang bertanggung jawab terhadap pasien, diharapkan memberitahu anggota keluarga tentang kondisi pasien dan memberitahu hal-hal apa saja yang telah dilakukan selama proses keperawatan. Syarat lain mengenai informasi yang dibutuhkan keluarga pasien yaitu mengetahui tentang adanya kemungkinan komplikasi yang dialami pasien, mengetahui dengan tepat apa yang sedang dilakukan dalam perawatan dan mendapatkan petunjuk mengenai suatu prosedur yang

harus dilakukan. Hal terpenting dalam memenuhi kebutuhan informasi ini adalah bagaimana seorang tenaga kesehatan memberikan informasi yang mudah dipahami oleh keluarga pasien (Urden, Stacy, & Lough, 2010).

Informasi yang dibutuhkan oleh keluarga berupa informasi yang berkaitan dengan perkembangan kondisi pasien. Perkembangan kondisi pasien yang dimaksud meliputi kondisi sesungguhnya mengenai perkembangan pasien. Keluarga tidak hanya membutuhkan informasi perkembangan pasien, namun juga mengetahui tindakan tertentu yang akan dilakukan serta mengetahui kondisi setelah dilakukan tindakan. Mendapatkan informasi paling sedikit satu kali sehari, mengetahui rencana pindah ruangan dan dapat penjelasan mengenai peraturan diruang ICU merupakan hal penting yang dapat membantu keluarga untuk lebih memahami situasi pasien (Jeziarska, 2014).

c. Kebutuhan dukungan (*Support Needs*)

Kebutuhan dukungan merupakan kebutuhan yang berhubungan dengan keluarga merasa dapat mencurahkan perasaannya dan mendapat perhatian dari perawat, dokter dan staff di IGD (Nugraha & Setyawan, 2019). Kebutuhan dukungan merupakan kebutuhan keluarga saat menunggu pasien yang dirawat setelah kebutuhan informasi (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013); (Kisorio & Langley, 2016). Dukungan tersebut dibutuhkan oleh keluarga karena pada saat menunggu pasien,

mereka merasa khawatir, bingung bahkan bisa jadi frustrasi (Kisorio & Langley, 2016). Keluarga mengatakan bahwa dukungan dari tenaga kesehatan menjadi penting terkait dengan pemberian perawatan pada pasien serta pemenuhan kebutuhan informasi mengenai kondisi pasien bagi keluarga (Kisorio & Langley, 2016).

Selain dukungan dari tenaga kesehatan, beberapa literature mengungkapkan bahwa dukungan psikososial juga dibutuhkan. Dukungan psikosocial tersebut dapat meliputi dukungan emosional dan dukungan spiritual (Kisorio & Langley, 2016). Dukungan emosional merupakan suatu dukungan yang bertujuan untuk memberikan perasaan dicintai dan rasa nyaman. Bentuk dari dukungan ini berupa pemberian support dan empati. Dukungan emosional berkaitan dengan pengakuan keberadaan keluarga pasien dan kebutuhan rasa dihormati dengan cara berkomunikasi antara tenaga kesehatan dengan pihak keluarga. Lain halnya dengan dukungan spiritual, keluarga berkeyakinan terhadap kesembuhan pasien dengan cara berdoa, dengan berdoa mereka berharap dapat mengubah kondisi pasien menjadi lebih baik (Cypress, 2011).

d. Kebutuhan kenyamanan (*Comfort Needs*)

Kebutuhan kenyamanan merupakan kebutuhan yang berhubungan dengan keluarga dapat merasakan kenyamanan dengan fasilitas yang ada di ruang tunggu. Kenyamanan yang dirasakan oleh keluarga meliputi kenyamanan fisik dan kenyamanan emosionalnya (Nugraha & Setyawan,

2019). Kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan lain yang diharapkan oleh keluarga pasien. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi rasa nyaman keluarga yaitu lingkungan. Sebagai contoh, keluarga membutuhkan kenyamanan atas peralatan atau fasilitas yang ada diruang tunggu serta kenyamanan atas ketercukupan jam kunjung (Carlson, Spain, Muhtadie, Montez, & Macia, 2015). Selain mendapatkan kenyamanan atas peralatan dan waktu kunjung, terdapat hal lain yang dapat menunjang rasa nyaman keluarga pasien yaitu mengetahui kondisi pasien. Mengetahui kondisi pasien dalam artian keluarga mampu memastikan bahwa pasien dapat mengenali dan mendengar suara dari anggota keluarganya (Redley & Beanland, 2004).

e. Kebutuhan dimengerti (*Understandable Needs*)

Kebutuhan dimengerti merupakan kebutuhan yang diharapkan keluarga pasien untuk selalu mendapatkan pengertian terkait kondisi sulit yang sedang mereka hadapi. Penelitian yang dilakukan Meghan dan Langley tentang kebutuhan keluarga di unit gawat darurat menyatakan bahwa kebutuhan dimengerti merupakan kebutuhan yang sangat penting untuk dipenuhi (Botes & Langley, 2016).

Kebutuhan dimengerti merupakan salah satu kebutuhan lain dari keluarga pasien. Bentuk dari pemenuhan kebutuhan jaminan dapat berupa mengetahui perawatan yang diterima oleh pasien. Keluarga mempunyai hak untuk mengetahui perawatan apa saja yang diberikan oleh tenaga

kesehatan kepada pasien. Keluarga menggambarkan bahwa mereka menghargai perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, selain itu keluarga akan merasa aman jika mengetahui perawatan yang dilakukan (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013); (Noome, Dijkstra, Leeuwen, & Vloet, 2016). Hal ini didukung dalam penelitian (Carlson, Spain, Muhtadie, Montez, & Macia, 2015) yang menyatakan bahwa keluarga hampir seluruhnya setuju dengan perawatan yang diberikan di ruang kritis dikarenakan keluarga mengetahui bentuk perawatan yang diterima oleh pasien.

Keluarga mengapresiasi perawatan yang diberikan kepada pasien oleh perawat. Dimana perawat memandang pasien sebagai manusia seutuhnya sehingga perawatan yang diterima membuat keluarga pasien merasa aman (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013); (Noome, Dijkstra, Leeuwen, & Vloet, 2016). Keluarga yakin dengan perawatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dapat mempengaruhi kesejahteraannya. Dengan demikian, keluarga menghormati segala perawatan yang telah diberikan (Blom, Gustavsson, & Sundler, 2013). Penilaian terhadap prioritas kebutuhan keluarga pasien berbeda-beda tiap individu. Dimana jenis pemenuhan kebutuhan tersebut akan berdampak pada peningkatan kualitas hidup keluarga. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, meliputi budaya, kondisi psikologis serta pengalaman (Effendy, et al., 2015).

Indonesia merupakan salah satu negara yang memiliki keanekaragaman budaya, mayoritas masyarakat Indonesia merupakan suku Jawa. Masyarakat dengan suku Jawa, sebagian besar keluarga pasien ICU cenderung lebih membutuhkan dukungan dari orang lain daripada menghabiskan waktu sendiri dalam menghadapi masa sulitnya (Apriyanti & Adawiyah, 2018). Selain itu, terlibat dalam merawat anggota keluarga selama sakit dan bahkan selama dirawat di rumah sakit menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari budaya Indonesia (Effendy, et al., 2015).

2. Instrumen Kebutuhan Keluarga

a. *Critical Care Family Needs Inventory-Emergency Department (CCFNI-ED)*

Dalam pengukuran kebutuhan keluarga, instrumen penelitian yang umumnya digunakan adalah *Critical Care Family Needs Inventory-Emergency Department (CCFNI-ED)* yang telah dimodifikasi oleh Bernice Redley (Redley & Beanland, 2004). Instrumen ini memiliki 40 item yang terdiri dari 5 item kebutuhan dekat dengan pasien, 11 item kebutuhan komunikasi, 9 item kebutuhan dukungan, 6 item kebutuhan kenyamanan, 9 item kebutuhan dimengerti (Demirtaş, Güvenç, Aslan, Öksüz, & Uçar, 2020). Instrumen ini menggunakan skala likert yang bersifat positif (favorable) dengan pilihan jawaban sangat penting, penting, cukup penting, dan tidak penting. Kuesioner CCFNI-ED berbahasa Indonesia diadopsi dari penelitian sebelumnya oleh (Nugraha

& Setyawan, 2019) yang meneliti Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

b. Kuesioner Kebutuhan Keluarga (KKK)

Instrument ini terdiri dari lima komponen pertanyaan tertutup tentang kebutuhan informasi, dukungan mental, rasa nyaman, kedekatan dengan pasien dan jaminan pelayanan. Kuesioner ini terdiri dari 10 pertanyaan Bilogis, 5 pertanyaan Psikologi, 10 pertanyaan Sosial dan 5 pertanyaan Spiritual. Setiap pertanyaan memiliki dua pilihan jawaban yakni "Ya" dan "Tidak", serta diikuti pertanyaan terbuka pada setiap akhir pertanyaan (Irawan, 2019).

c. *Need Met Inventory* (NMI)

Instrument ini memiliki item pertanyaan dan sub skala yang hampir sama dengan CCFNI. Skala Likert yang digunakan yakni 1-4, dengan 1 = tidak bertemu dan 4 = selalu bertemu. NMI digunakan untuk mengukur persepsi pemenuhan kebutuhan keluarga pasien ICU. Ari (2009) menyebutkan bahwa reliabilitas alpha Cronbach NMI yaitu 0,92 dengan rincian subskala dukungan (0,75), kenyamanan (0,68), informasi (0, 79), kenyamanan (0, 71) dan jaminan (0,82) (Irawan, 2019).

d. *Critical Care Family Satisfaction Survey* (CCFS)

Instrument ini bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan keluarga terhadap perawatan di ICU tentang kebutuhan jaminan, informasi,

kedekatan, dukungan dan kenyamanan. Teknis penilaian tidak jauh berbeda dengan kuesioner CCFNI. Instrument ini juga menggunakan penilaian skala Likert dengan memberikan ranking kepuasan pada skala 1-5 (Irawan, 2019).