

**PERSEPSI KELUARGA TENTANG WAKTU BERKUNJUNG DI
*INTENSIVE CARE UNIT (ICU)***

PROPOSAL SKRIPSI

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Disusun oleh :

ENDRI STYANI

NIM: 22020113130132

DEPARTEMEN KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS DIPONEGORO

SEMARANG, APRIL 2017

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi

Keperawatan yang berjudul :

PERSEPSI KELUARGA TENTANG WAKTU BERKUNJUNG DI *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)*

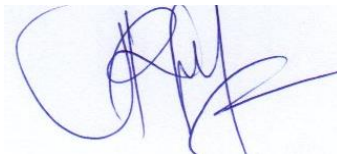
Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Endri Styani

NIM : 22020113130132

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk di review

Pembimbing



Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.MSc

NIP.19821231 200812 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa Proposal Skripsi yang
berjudul:

PERSEPSI DAN PREFERENSI KELUARGA TENTANG WAKTU BERKUJUNG DI INTENSIVE CARE UNIT (ICU)

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama: Endri Styani

NIM: 22020113130132

Telah diuji pada tanggal 11 April 2017 dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk melakukan penelitian.

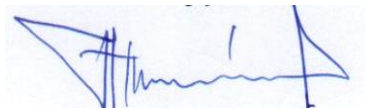
Penguji I



Ns. Ahmat Pujiyanto, S.Kep.,M.Kep

NIP. 20130222054

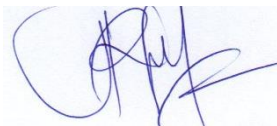
Penguji II



Ns. Niken Safitri Dyan K, S.Kep.,MSi.Med

NIP. 19810727 200812 2 00 1

Penguji III



Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.MSc

NIP. 19821231 200812 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran ALLAH SWT karena dengan rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi yang berjudul “**Persepsi Keluarga Tentang Waktu Berkunjung di *Intensive Care Unit (ICU)***”.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak akan berjalan lancar tanpa bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Allah SWT yang memberikan rahmat serta hidayah-Nya dalam proses penyusunan skripsi ini.
2. Orang tua tercinta yang memberikan do'a, dukungan semangat dan materi dalam menyelesaikan penyusunan proposal skripsi ini.
3. Keluarga tercinta yang telah memberikan do'a dan dukungan dalam menyelesaikan penyusunan proposal skripsi ini.
4. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes selaku ketua Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.
5. Ibu Sarah Ulliya S.Kp., M.Kes., selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Departemen Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang
6. Direktur RSUD K.R.M.T Wongsonegoro, Semarang yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan pengambilan data mengenai waktu kunjung di ICU.
7. Ibu Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.,MSc, selaku pembimbing yang telah membimbing, memotivasi dan menyediakan waktunya dalam proses penyelesaian proposal skripsi ini.

8. Bapak Ns. Ahmat Pujiyanto, S.Kep., M.Kep, dan Ibu Ns. Niken Safitri Dyan K, S.Kep.,MSi.Med, selaku dosen penguji 1 dan dosen penguji 2 yang telah menyediakan waktu untuk melaksanakan uji proposal skripsi.
9. Staf Akademik dan Administrasi Departemen Keperawatan yang telah memberikan fasilitas yang baik.
10. Teman-teman yang memberikan dukungan, motivasi dan semangat dalam menyelesaikan proposal skripsi ini.
11. Semua pihak yang membantu dalam menyelesaikan proposal skripsi ini.

Penulis menerima saran dan kritik yang membantu yang ditujukan kepada penulis untuk menyelesaikan penelitian ini. Semoga penelitian ini bermanfaat dan dapat menambah wawasan bagi yang membaca.

Semarang, April 2017

Endri Styani

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	9
1. Persepsi	
a. Definisi	10
b. Macam-macam persepsi	11
c. Syarat terjadinya persepsi.....	11
d. Faktor yang mempengaruhi persepsi.....	12
e. Faktor yang berperan dalam persepsi	13
f. Proses pembentukan persepsi	13
g. Proses terjadinya persepsi.....	14
h. Persepsi sebagai bentuk perilaku.....	15
2. <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	
a. Definisi	16
b. Tingkatan <i>Intensive Care Unit</i> (ICU).....	17

c. Ruang lingkup <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	18
d. Indikasi pasien masuk dan keluar ICU	18
3. Waktu berkunjung di <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	
a. Praktek yang diharapkan terkait kebijakan di ruang ICU ...	23
b. Kebijakan waktu kunjung <i>Intensive Care Unit</i> (ICU)	25
4. Keluarga	
a. Definisi	32
b. Ciri-ciri keluarga di Indonesia	33
c. Struktur keluarga	34
d. Fungsi keluarga	35
e. Kecemasan keluarga pasien kritis	38
f. Kebutuhan keluarga pasien kritis	39
B. Kerangka Teori.....	42

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Fokus Penelitian	43
B. Jenis dan Pendekatan Penelitian.....	43
C. Tempat dan Waktu Penelitian	44
D. Populasi dan Partisipan Penelitian	45
E. Definisi Istilah.....	47
F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	47
G. Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data.....	51
H. Validasi Data.....	54
I. Etika Penelitian	57
J. Jadwal Penelitian.....	60

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SINGKATAN

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori	42
3.1	Fokus Penelitian	43

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1	Pedoman wawancara
2	Surat ijin studi pendahuluan
3	Surat ijin kesbangpol
4	Lembar permohonan menjadi responden
5	Lembar persetujuan menjadi responden
6	Lembar pengecekan anggota
7	Lembar jadwal konsultasi
8	Catatan hasil konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Intensive Care Unit (ICU) merupakan ruang rawat di rumah sakit yang dilengkapi dengan staf dan peralatan khusus untuk merawat dan mengobati pasien yang dalam keadaan kritis. Pasien kritis memerlukan perawatan intensif dimana monitoring dilakukan secara ketat dan dilakukan secara berkesinambungan untuk memantau perubahan fisiologis yang terjadi akibat dari penurunan fungsi organ-organ tubuh.¹ Perlunya perawatan yang intensif dan kompleks pada pasien kritis membuat tenaga medis perlu melakukan tindakan secara cepat dan tepat. Hal ini yang membuat sebagian rumah sakit menerapkan kebijakan tentang batasan waktu berkunjung, lama kunjungan serta batasan jumlah pengunjung yang datang ke pasien.²

Kebijakan tentang kunjungan rumah sakit bertujuan untuk memaksimalkan perawatan pada pasien yang kondisinya kritis.² Kebijakan waktu berkunjung meliputi 2 jenis yaitu kebijakan waktu kunjung terbuka dan kebijakan waktu berkunjung tertutup.² Kedua jenis kebijakan waktu kunjung tersebut memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan dari waktu kunjung terbuka adalah dengan keberadaan keluarga disamping pasien dapat memberikan penguatan positif kepada pasien yang sakit kritis dan dengan kebebasan waktu berkunjung keluarga dapat berkunjung sesuai dengan kebutuhan bukan karena keterbatasan waktu.³ Namun kebebasan waktu berkunjung tidak menutup kemungkinan untuk terjadi

peningkatan resiko infeksi yang berasal dari keluarga, dapat meningkatkan stres bagi keluarga dan pasien, dan kemungkinan terjadi pelanggaran privasi.⁴ Sedangkan untuk kebijakan waktu kunjung tertutup yaitu dengan pembatasan waktu beralasan karena keunikan dan situasi dari setiap individu sehingga harus dikelola secara individual dan menjaga kerahasiaan setiap pasien. Alasan lain yaitu perawat beranggapan bahwa keterlibatan emosional dari keluarga dapat meningkatkan stres dan strain.² Tetapi dengan kebijakan waktu kunjung tertutup tidak dapat melibatkan keluarga dalam proses perawatan padahal keberhasilan perawatan dirumah sakit akan menjadi sia-sia apabila tidak didukung oleh peran serta dukungan keluarga.⁵

Sebagian besar rumah sakit di Indonesia menerapkan kebijakan waktu berkunjung ICU tertutup yaitu dengan adanya penetapan pembatasan waktu kunjung sekitar 1-2 jam setiap satu kali kunjungan. Pada ruang perawatan lainnya pembatasan waktu kunjung juga diterapkan, namun didalam ruangan masih diijinkan beberapa orang untuk selalu menemani pasien. Padahal dukungan untuk pasien kritis juga sangat dibutuhkan karena pasien yang dirawat di ruang perawatan intensif akan merasakan bahwa dirinya mendapat ancaman kehidupan dan kesejahteraan. Perasaan tersebut disebabkan karena pengalaman sendiri maupun orang lain, yang menganggap bahwa berada di ruang perawatan intensif menandakan bahwa akan tiba kematian. Adanya ancaman ketidakberdayaan, takut akan meninggal dunia, perasaan terisolasi dan perasaan kehilangan fungsi serta harga diri menyebabkan ansietas pada

pasien. Pada kondisi ini dukungan keluarga menjadi sesuatu yang penting. Pengaruh keluarga dalam menentukan kebijakan penggunaan layanan keperawatan membuat hubungan antar keluarga menjadi suatu kebutuhan.²

Menurut *World Health Organisation* (WHO), keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan. Keluarga juga merupakan lingkungan sosial yang sangat dekat hubungannya dengan seseorang.⁶ Kedekatan antar anggota keluarga membuat suatu ikatan batin antar anggota, yang menjadikan kepedulian diantara mereka. Keluarga akan mengalami ansietas dan disorganisasi perasaan jika anggota keluarganya mengalami sakit yang harus dirawat di rumah sakit terutama jika anggota keluarga dirawat di ICU. Pada kondisi ini keluarga akan mengalami ketakutan dengan berbagai stresor, ketidakpastian kondisi pasien, situasi antara hidup dan mati. Selain itu keluarga juga memiliki ketidakberdayaan untuk selalu tetap berada di samping pasien sehubungan dengan adanya peraturan batasan waktu berkunjung yang ketat.⁷

Penelitian oleh Dolan (2006) menyebutkan bahwa keberhasilan perawatan di rumah sakit akan menjadi sia-sia apabila tidak didukung oleh peran serta dukungan keluarga. Pendapat ini diperkuat dengan pernyataan dari *Commission of The Family* (1998) dalam Dolan dkk (2006) menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat memperkuat setiap individu pasien, menciptakan kekuatan keluarga dalam menghadapi tantangan kehidupan sehari-hari serta mempunyai relevansi dalam masyarakat yang

penelitian menyebutkan bahwa *family caregiver* adalah sumber yang sangat potensial untuk menunjang pemberian obat pada pasien.⁵

Keluarga memiliki peranan yang penting dalam menentukan cara pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Jika keluarga dalam kondisi cemas dan sedih, keputusan yang diambilpun akan lambat dan proses tindakan pada pasien juga menjadi ikut lambat sehingga berdampak pada penundaan kesembuhan pasien.⁸ Keterlibatan pasien dan keluarga dalam pelayanan kepada pasien sangat diperlukan untuk meningkatkan status kesehatan pasien dan meningkatkan efisiensi perawatan.⁸ Namun kenyataannya pada sebagian besar rumah sakit di Indonesia keberadaan keluarga didekat pasien masih dibatasi terutama di ruang ICU.

Keterbatasan waktu berkunjung bagi keluarga di ruang ICU merupakan hal yang biasa ditemui di sebagian rumah sakit di Indonesia. Menurut persepsi dari staf medis batasan kunjungan tersebut bertujuan untuk memaksimalkan proses perawatan yang dilakukan dan memaksimalkan waktu istirahat pasien guna penyembuhan.² Penelitian di Amerika oleh Kotagal (2004) menyebutkan bahwa kebebasan berkunjung atau berada didekat pasien tidak membahayakan pasien justru dapat membantu mereka dengan menyediakan sistem dukungan dan membentuk sistem lingkungan yang lebih akrab.⁹

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Afrika Selatan oleh Ramnath (2007) menjelaskan bahwa pasien/anggota keluarga lebih senang jika waktu berkunjung pasien ICU diperpanjang dan dirasakan lebih bermanfaat bagi mereka.² Penelitian lain oleh Haghbine dkk (2013)

mengungkapkan bahwa pembatasan waktu berkunjung pasien di ruang ICU perlu direvisi terkait dengan kepuasan oleh otoritas yang bersangkutan, staf kesehatan dan juga mempertimbangkan dari aspek kultural dan hak pasien.¹⁰ Sedangkan waktu berkunjung dengan sistem terbuka memungkinkan anggota keluarga untuk berkesempatan memberikan masukan saat perawatan pasien, menjadi terlibat dalam proses penyembuhan pasien dan untuk membangun kepercayaan dengan staf yang merawat pasien. Keluarga perlu untuk bersama-sama pada saat itu tanpa batasan, penguatan positif untuk pasien sakit sangat penting, sehingga kehadiran keluarga adalah yang terbaik dan dibutuhkan bagi mereka.¹¹ Selain itu dampak positif lain dari sistem kunjungan terbuka adalah dapat menurunkan tingkat stres dari keluarga pasien.² Namun keberadaan waktu kunjung yang terbuka atau bebas juga menimbulkan efek negatif seperti timbulnya stres pada keluarga dan pasien, serta memungkinkan terjadinya pelanggaran privasi.⁴

Salah satu fungsi keluarga yaitu memberikan kasih sayang dan rasa aman serta memberikan perhatian diantara anggota keluarga.¹¹ Fungsi tersebut menandakan bahwa keluarga memiliki peranan sebagai pemberi kasih sayang dan perhatian kepada setiap anggota keluarganya, begitupun anggota keluarga yang sedang sakit. Kasih sayang dan perhatian pada hal ini merupakan pendukung dalam proses penyembuhan.¹¹

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti yang berlokasi di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang, waktu berkunjung pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) adalah dua kali

yaitu pukul 11.00 WIB sampai 13.00 WIB dan 17.00 WIB sampai 19.00 WIB. Waktu berkunjung tersebut merupakan kebijakan dari pihak rumah sakit. Perawat ICU juga mengatakan bahwa seringkali pengunjung harus diingatkan ketika waktu kunjungan telah berakhir. Pemberian peringatan kerap kali tidak hanya sekali bahkan sampai 2 atau 3 kali. Berdasarkan wawancara dengan salah satu anggota keluarga pasien yang dirawat di ICU juga mengatakan bahwa mereka menginginkan waktu yang lebih lama untuk berada didekat pasien. Berada jauh dari pasien yang sedang dalam keadaan kritis menurut keluarga menjadikan mereka lebih merasa khawatir dengan keadaan pasien.

Pentingnya kehadiran keluarga dalam proses penyembuhan bagi pasien yang dirawat diruang *Intensive Care Unit* (ICU) menjadikan sesuatu yang patut dipertimbangkan dalam pemberian perawatan. Saat ini adanya batasan waktu kunjung menghambat proses pendekatan atau interaksi antara pasien dengan keluarga. Selain itu fokus pelayanan yang tidak hanya pada pasien tetapi juga memperhatikan dari keluarga yang memiliki keinginan untuk selalu berada didekat pasien. Alasan tersebut membuat topik tentang kebijakan waktu kunjung *Intensive Care Unit* (ICU) perlu untuk dilakukan penelitian terkait persepsi keluarga tentang waktu berkunjung yang ada di rumah sakit di Indonesia.

B. RUMUSAH MASALAH

Keberadaan keluarga di samping pasien yang dirawat diruang *Intensive Care Unit* (ICU) merupakan salah satu dukungan dalam proses penyembuhan pasien. Kehadiran keluarga dianggap penting karena dapat

memberikan pengaruh terhadap penurunan stresor pada pasien yang dapat mempercepat proses penyembuhan. Pada pelaksanaan perawatan di lapangan kehadiran keluarga masih dibatasi oleh adanya pembatasan waktu kunjung yang merupakan kebijakan rumah sakit. Pembatasan ini bertujuan untuk mengoptimalkan proses perawatan. Namun, menurut beberapa penelitian keberadaan keluarga memiliki pengaruh positif terhadap pasien dan keluarga itu sendiri. Mengingat bahwa fokus perawatan yang tidak hanya pada pasien melainkan juga pada keluarga. Hal ini menjadikan perlunya mengidentifikasi bagaimana persepsi keluarga tentang waktu berkunjung di ruang *Intensive Care Unit* (ICU).

C. TUJUAN PENELITIAN

Mengidentifikasi dan mengeksplorasi persepsi keluarga mengenai waktu berkunjung pada pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD K.R.M.T Wongsonegoro, Semarang.

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi praktik keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan bagi perawat dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan tentang kebutuhan anggota keluarga.

2. Bagi rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dan bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan peraturan di ruang ICU sebagai upaya peningkatan pelayanan kepada pasien dan keluarga pasien.

3. Bagi pendidikan keperawatan

Hasil dari penelitian merupakan *evidence base practice* yang dapat dijadikan informasi bagi mahasiswa keperawatan dan institusi pendidikan keperawatan tentang kebutuhan waktu berkunjung keluarga pasien.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai data tambahan dan informasi dalam penelitian keperawatan dan untuk pengembangan penelitian pada ruang lingkup yang sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

Tinjauan pustaka dalam bab dua ini terdiri dari beberapa rangkuman teori yang berasal dari berbagai buku dan jurnal, yang disertai dengan kritik evaluasi pada jurnal ilmiah yang relevan dengan penelitian ini. Pencarian literatur dilakukan dengan melalui dua cara yaitu dengan cara pencarian melalui buku secara langsung dari perpustakaan maupun toko buku dan cara yang kedua yaitu dengan cara mencari literatur dengan menggunakan *search engine Google* dengan menggunakan kata kunci antara lain: persepsi, *Intensive Care Unit (ICU)*, waktu kunjung ICU, keluarga. Hasil pencarian literatur diperoleh sekitar 70 bahan literatur, yang kemudian peneliti melakukan pemilihan atau seleksi berdasarkan judul literatur dan kebutuhan penelitian. Hasil dari pemilihan inilah menyisakan sejumlah kurang lebih 63 buah. Selanjutnya dilakukan seleksi kedua yaitu menyeleksi isi dari literatur yang didapatkan. Berdasarkan isi dan seleksi terakhir tersebut didapatkan kurang lebih 57 dengan rincian 30 buku dan 27 jurnal ilmiah. Literatur tersebut yang kemudian digunakan sebagai acuan dalam penyusunan tinjauan teori dalam bab dua ini. Tinjauan teori ini memuat rangkuman dan beberapa hasil penelitian dengan judul: persepsi, *Intensive care unit (ICU)*, kebijakan waktu kunjung, dan keluarga.

1. Persepsi

a. Definisi

Menurut Agus, persepsi adalah pandangan seseorang tentang kenyataan, serta proses yang kompleks yang dilakukan oleh orang untuk mengatur, memilih dan memberikan makna pada apa yang dijumpai disekelilingnya.¹² Menurut Bono, persepsi adalah cara seseorang memandang sesuatu, perasaan dan reaksi seseorang ditentukan oleh apa yang dilihatnya, apapun realitas dibalik semua yang dilihat.¹³ Menurut Sunaryo, persepsi merupakan proses penginteprestasian suatu rangsangan melalui panca indra yang sebelumnya didahului oleh perhatian sehingga setiap individu mampu mengartikan, mengetahui tentang hal yang diamati baik dari luar maupun dari dalam dirinya dan setiap individu memberikan makna yang berbeda-beda dalam menginteprestasikan.¹⁴ Green berpendapat bahwa persepsi merupakan suatu proses pengorganisasian yang menyeluruh dalam diri setiap individu, sehingga setiap individu yang akan menyimpulkan suatu persepsi akan selalu mengaitkan dengan objek tertentu.¹⁵

Persepsi individu dipengaruhi oleh pendidikan, budaya dan pengalaman.¹² Menurut Walgito, persepsi merupakan proses pengorganisasian, penginteprestasian terhadap stimulus yang diterima oleh individu sehingga menjadi sesuatu yang berarti, dan merupakan aktivitas yang *integrated* dari individu.¹⁶ Berdasarkan

beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa persepsi merupakan proses pengintegrasian seseorang tentang sesuatu yang mereka lihat atau rasakan yang kemudian diartikan, biasanya berkaitan dengan objek tertentu.

b. Macam-macam persepsi

Menurut Sunaryo, terdapat dua macam persepsi yaitu *External perception* dan *Self-perception*.¹⁴

- 1) *External perception* adalah persepsi yang terjadi dikarenakan adanya rangsangan yang datang dari luar diri individu.
- 2) *Self-perception* yaitu persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang berasal dari dalam diri individu yang menjadi objek dalam dirinya.

c. Syarat terjadinya persepsi

Persepsi akan terjadi apabila terpenuhi beberapa syarat persepsi sebagai berikut:¹⁴

- 1) Adanya objek sebagai sesuatu yang dipersepsikan. Objek mampu menimbulkan stimulus yang bertujuan untuk mengenal panca indera ataupun reseptor. Stimulus yang berasal dari luar individu langsung mengenai alat indera atau reseptor dan dalam diri individu langsung mengenai saraf sensoris yang bekerja sebagai reseptor.
- 2) Adanya perhatian sebagai langkah pertama untuk terjadinya persepsi.
- 3) Adanya panca indera sebagai reseptor stimulus.

- 4) Saraf sensori sebagai alat untuk meneruskan stimulus ke otak kemudian dari otak dibawa melalui saraf motorik sebagai alat untuk menunjukkan respon.

d. **Faktor yang mempengaruhi persepsi** ^{14,17,18}

1) Faktor eksternal

Faktor eksternal merupakan persepsi yang terjadi dikarenakan adanya rangsangan yang berasal dari luar individu yang terdiri dari objek dan faktor situasi. Objek tersebut merupakan sasaran dari persepsi berupa manusia, benda, peristiwa dimana objek tersebut sudah dikenal dan siap untuk menjadi stimulus. Sedangkan situasi merupakan suatu keadaan dimana keadaan tersebut akan menimbulkan suatu persepsi. ^{15,18}

Faktor eksternal lain yang mempengaruhi persepsi yaitu: latar belakang keluarga, informasi yang didapatkan, pengetahuan dan kebutuhan, intensitas, ukuran, pengulangan gerak, keberlawanan, hal-hal baru dan familiar atau ketidak asingan suatu objek. ²⁰

2) Faktor internal

Faktor internal yaitu munculnya persepsi yang terjadi karena adanya rangsangan yang berasal dari dalam individu yang terdiri dari minat, sikap, harapan, motif, pengetahuan dan pengalaman. ^{16,19}

e. Faktor yang berperan dalam persepsi ¹⁶

1) Objek yang dipersepsikan

Objek merupakan sesuatu yang menimbulkan stimulus mengenai alat indra atau reseptor. Stimulus dapat datang dari luar individu yang mempersepsi, namun juga bisa datang dari dalam individu yang bersangkutan yang langsung mengenai syaraf penerima yang bekerja sebagai reseptor.

2) Alat indra, syaraf dan susunan syaraf

Sebagai penerima stimulus adalah alat indera atau disebut sebagai reseptor, disamping itu juga harus ada syaraf sensoris sebagai alat untuk meneruskan stimulus yang diterima oleh reseptor ke pusat susunan syaraf, yaitu otak sebagai pusat kesadaran.

3) Perhatian

Diperlukan adanya perhatian untuk menyadari atau mengadakan persepsi yaitu sebagai langkah utama sebagai suatu persiapan dalam rangka mengadakan persepsi. Perhatian adalah konsentrasi dari seluruh aktivitas individu yang ditunjukkan kepada suatu atau sekumpulan objek.

f. Proses pembentukan persepsi

Terjadinya persepsi melalui tiga proses yaitu proses fisik, proses fisiologis dan proses psikologis^{19,20}

1) Proses fisik (kealaman)

Proses fisik ditandai dengan objek yang menimbulkan stimulus dan kemudian stimulus mengenal melalui panca indra dan reseptor. Setiap individu melihat suatu objek akan menghasilkan persepsi yang berbeda tergantung pada stimulus yang telah diterima.

2) Proses fisiologis

Proses ini ditandai dengan stimulus yang diterima melalui panca indra kemudian dilanjutkan sampai ke otak. Selanjutnya persepsi yang positif akan ditransfer ke saraf sensorik dengan baik, sehingga akan menghasilkan persepsi yang positif dan begitupun sebaliknya pada persepsi negatif yang diterima.

3) Proses psikologis

Berbeda dengan kedua proses sebelumnya pada proses psikologis diawali didalam otak seseorang, kemudian seseorang akan menyadari apa yang telah diterima melalui stimulus yang muncul dari lingkungan sekitar. Beberapa stimulus yang muncul tidak semua diterima, hanya stimulus yang dianggap menarik oleh seseorang yang diberikan respon.

g. Proses terjadinya persepsi¹⁴

1) Proses persepsi diawali oleh tahap penerimaan

Tahap penerimaan dimulai dari rangsangan yang ditentukan oleh faktor internal dan faktor eksternal manusia itu sendiri, faktor tersebut meliputi:¹⁹

- a) Faktor lingkungan diantaranya yaitu ekonomi, sosial dan politik.
- b) Faktor konsepsi, yaitu pendapat dan teori seorang manusia dengan segala tindakannya.
- c) Faktor yang berkaitan dengan konsep seseorang tentang dirinya sendiri.
- d) Faktor yang berkaitan dengan dorongan maupun tujuan seseorang untuk mengartikan rangsangan.
- e) Faktor pengalaman masa lalu atau latar belakang kehidupan terdahulu yang akan menentukan kepribadian seseorang.

2) Proses seleksi

Proses ini terjadi karena keterbatasan manusia dalam menerima rangsangan. Seseorang cenderung memberikan perhatian pada rangsangan yang memiliki nilai ketertarikan dan memiliki arti baginya.

3) Proses penutupan

Proses ini terjadi karena adanya keterbatasan tingkat kemampuan seseorang dalam menerima rangsangan, kemudian karena kurangnya informasi yang ditutupi oleh pengalamannya sendiri.

h. Persepsi sebagai bentuk perilaku

Sebagai bentuk dari perilaku, persepsi dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu: ^{21,22}

- 1) Faktor predisposisi (*Predisposing factor*)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang terdiri dari sikap, nilai, pengetahuan, tingkat pendidikan, nilai yang dipercaya di masyarakat, keyakinan dan sosial ekonomi.

2) Faktor pendukung (*Enable factor*)

Faktor pendukung adalah faktor mendukung yang terdiri dari lingkungan sekitar berupa lingkungan fisik maupun ketersediaan sarana dan prasarana.

3) Faktor penguat (*Reinforcing factor*)

Faktor penguat merupakan faktor penguat yang terdiri dari sikap dan perilaku perawat.

2. *Intensive Care Unit (ICU)*

a. Definisi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010, *Intensive Care Unit (ICU)* merupakan suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri, dengan staf dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit akut, cedera atau pasien dengan penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia yang diharapkan masih reversible. ICU menyediakan kemampuan dan sarana prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan ketrampilan medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan tersebut.²⁵ Menurut Stedmen, *Intensive Carem Unit (ICU)*

merupakan fasilitas rumah sakit yang menyediakan perawatan intensif bagi pasien dengan berbagai masalah kesehatan yang mengancam nyawa.²⁴ Ruang lingkup pelayanan ICU meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernafasan, kerdiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lainnya baik pada pasien anak-anak sampai pasien dewasa.²³

b. Tingkatan *Intensive Care Unit* (ICU)

Berdasarkan kelengkapan penyelenggaraan ICU dibagi atas menjadi 3 tingkatan:²³

- 1) Tingkat 1 yaitu ICU yang terdapat pada rumah sakit kecil dilengkapi dengan perawat, ruangan observasi, monitor, resusitasi dan ventilator jangka pendek yang tidak lebih dari 24 jam. ICU tingkat pertama sangat bergantung pada ICU yang lebih besar.
- 2) Tingkat 2, yaitu ICU yang biasanya terdapat pada rumah sakit umum yang lebih besar dimana dapat dilakukan pemasangan ventilator dengan masa waktu yang lebih lama dan dilengkapi dengan dokter tetap, alat diagnosa yang lebih lengkap, serta laboratorium patologi dan fisioterapi.
- 3) Tingkat 3, merupakan ICU yang terdapat pada rumah sakit rujukan, dimana peralatan lebih lengkap antara lain hemofiltrasi, monitor invasif termasuk didalamnya yaitu katerisasi dan monitor intrakranial. ICU ini dilengkapi dengan

dokter spesialis dan perawat yang lebih terlatih dan dilengkapi pula dengan konsultan.

c. Ruang Lingkup *Intensive Care Unit* (ICU)

Ruang lingkup yang diberikan oleh pelayanan ICU adalah sebagai berikut:²³

- 1) Diagnosa dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian.
- 2) Mengambil alih fungsi vital tubuh dan memberi bantuan sekaligus melakukan tindakan yang segera diperlukan berdaya guna dan berhasil guna untuk kelangsungan hidup.
- 3) Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang mungkin ditimbulkan oleh penyakit yang diderita.
- 4) Memberikan bantuan psikologis pasien dan keluarga yang kehidupannya sangat tergantung pada obat.

d. Indikasi pasien masuk dan keluar *Intensive Care Unit* (ICU)

Diperlukan suatu mekanisme dalam penentuan pasien yang akan dilakukan perawatan di ICU. Hal ini berkaitan dengan apabila sarana dan prasarana ICU disuatu rumah sakit terbatas sedangkan kebutuhan pelayanan ICU lebih banyak. Adapun indikator pasien masuk ICU yaitu:²³

- 1) Golongan pasien prioritas 1, merupakan pasien dengan kondisi kritis, tidak stabil dan memerlukan terapi intensif dan tertitrasi seperti: bantuan ventilasi, alat penunjang fungsi organ,

infus/obat-obatan vasoaktif/inotropik, obat anti aritmia, serta pengobatan lainnya yang dilakukan secara *continue* dan tertitrasi. Sebagai contoh yaitu kasus pasien paska bedah kardiovaskuler, sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa.

- 2) Golongan pasien prioritas 2, yaitu pasien yang memerlukan pelayanan pemantauan di ICU, sebab akan sangat beresiko jika tidak mendapatkan terapi intensif segera. Pasien dengan perawatan intensif contohnya yaitu kasus pada pasien penderita penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut atau pasien yang telah mengalami pembedahan mayor.
- 3) Golongan pasien prioritas 3, yaitu pasien sakit kritis yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya yang disebabkan oleh penyakit yang mendasarinya. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil. Contoh kasusnya yaitu pasien dengan keganasan metastatik dengan infeksi, sumbatan jalan nafas, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat.
- 4) Pengecualian, dengan pertimbangan dan persetujuan dari Kepala ICU, indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien golongan demikian sewaktu-waktu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar fasilitas ICU yang terbatas dapat digunakan untuk pasien prioritas lainnya. Pasien yang tergolong demikian yaitu:²⁴

- a) Pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi “perawatan yang aman” saja.
- b) Pasien dalam keadaan vegetatif permanen
- c) Terakhir yaitu pasien yang dipastikan telah mengalami kematian batang otak namun dengan alasan kepentingan donor organ, maka pasien dapat dirawat di ICU. Tujuan dirawat di ICU yaitu untuk menunjang fungsi organ sebelum dilakukan pengambilan.

Kriteria pasien dikeluarkan atau dipindahkan dari ICU yaitu berdasarkan pertimbangan medis oleh kepala ICU dan tim yang merawat pasien, kriterianya yaitu sebagai berikut.²³

- 1) Keadaan pasien menunjukkan perbaikan dan cukup stabil, sehingga tidak memerlukan pemantauan atau terapi intensif yang lebih lanjut.
- 2) Pemantauan intensif tidak bermanfaat dan tidak memberikan hasil yang berarti bagi pasien. Contoh kasus yaitu pasien yang mengalami penyakit dalam kategori stadium akhir (misalnya ARDS stadium akhir). Namun sebelum pasien dikeluarkan dari ICU alangkah lebih baik jika keluarga diberikan penjelasan alasan mengapa pasien dikeluarkan.

3. Waktu berkunjung di *Intensive Care Unit* (ICU)

Waktu berkunjung merupakan waktu yang ditetapkan oleh pihak rumah sakit untuk memungkinkan keluarga pasien bertemu dengan

pasien.² Durasi waktu kunjung yang ditetapkan oleh setiap rumah sakit hampir berbeda-beda tergantung dari kebijakan rumah sakit itu sendiri. Kebijakan waktu kunjung ruang *Intensive Care Unit* (ICU) telah menjadi perdebatan selama kurang lebih 25 tahun dan masih kontroversi antara penerapan waktu kunjung yang terbatas ataupun waktu kunjung yang terbuka/bebas.²⁵ Pembatasan waktu kunjung yang sudah jelas pada area perawatan kritis berdasarkan pada tradisi dan pilihan perawat daripada berdasarkan pada hasil penelitian.^{25,26} Waktu kunjung ICU yang terbuka memberikan keluarga kontak yang maksimal dengan pasien dan meningkatkan suasana yang lebih terbuka dan transparan.²⁷

Keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien kritis sangat diperlukan mengingat bahwa integrasi keluarga dalam sistem perawatan kesehatan adalah wajib karena keluarga akan menjadi sumber daya merawat pasien selama pemulihan. Tidak ada alasan yang meragukan bahwa kehadiran keluarga juga dapat membantu dalam pemulihan dari orang yang mereka cintai.²⁸

Penelitian oleh Azoulay et al, menunjukkan bahwa keluarga pasien belum sepenuhnya melakukan perannya. Pada penelitian tersebut staf ICU bersedia mengajak keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan pasien, namun kebanyakan keluarga menolak untuk berpartisipasi (66,6%).²⁹

Keluarga dapat melakukan perannya apabila pihak rumah sakit memberikan kebijakan waktu kunjung yang lebih memadai bagi

keluarga.³⁰ Adanya kunjungan yang memadai dengan kehadiran anggota keluarga atau orang yang dicintai di samping pasien dapat memberikan efek yang baik untuk pasien, seperti mengurangi tekanan intrakranial, mengurangi kecemasan pasien dan keluarga, meningkatkan dukungan sosial, meningkatkan kontrol pasien, memberikan efek positif pada psikologis pasien.²⁶ Dukungan dan apresiasi yang lebih dari keluarga memungkinkan hubungan yang lebih harmonis dan rasa memiliki dalam lingkungan ruang ICU.²⁶

Setiap rumah sakit mempunyai peraturan waktu kunjung yang berbeda-beda tergantung kebijakan yang ditetapkan. Misalnya rumah sakit di Perancis waktu kunjungan bervariasi, di 263 ruangan ICU masing-masing memiliki kebijakan yaitu 34 ICU tidak ada jam kunjung, 218 ICU memiliki waktu kunjung yang terbatas (<4 jam sehari) dan hanya 11 ICU yang memiliki waktu kunjung tidak terbatas.³¹ Pada penelitian Berti et al, di Flanders bahwa 16 dari 17 rumah sakit menerapkan kebijakan pembatasan waktu kunjung. Waktu kunjungannya yaitu hanya dapat dilakukan 2-3 kali sehari dan setiap kunjungan dibatasi waktu 30-45 menit. Pada peraturannya di ICU juga membatasi jumlah orang yang mengunjungi pasien yaitu 2-3 orang setiap kunjung. Perawat ICU mengubah kebijakan waktu kunjung ketika kondisi pasien memburuk (96,7%), ketika keluarga komplain pada waktu kunjung yang terbatas (93,3%) dan ketika pasien memiliki kebutuhan emosional.³²

a. **Praktek yang diharapkan terkait kebijakan di ruang *Intensive Care Unit (ICU)*.**³³

Joint Comission International (JCI) mengklasifikasikan tentang praktek yang diharapkan di ruang *Intensive Care Unit (ICU)*:

- 1) Memfasilitasi akses yang tak terbatas dari pasien yang dirawat dirumah sakit untuk dukungan yang dipilih (misalnya anggota keluarga, teman atau individu yang dipercaya) yang merupakan bagian penyedia dukungan emosional dan sosial dalam 24 jam sehari, sesuai dengan preferensi pasien, kecuali dukungan yang melanggar hak orang lain atau keselamatan mereka, atau secara medis maupun kontraindikasi terapi.
- 2) Memastikan bahwa fasilitas/unit memiliki dokumen praktek tertulis yang disetujui (kebijakan, prosedur, atau standar perawatan) memungkinkan dukungan yang ditunjuk oleh pasien untuk mungkin tidaknya menjadi pengganti pasien dalam mengambil keputusan atau secara hukum berwenang sebagai perwakilan pasien dan perwakilan tersebut berada disamping tempat tidur sesuai dengan keinginan pasien.
- 3) Mengevaluasi kebijakan untuk memastikan bahwa mereka melarang diskriminasi berdasarkan usia, ras, suku, agama , budaya, bahasa, cacat fisik atau mental status sosial ekonomi, jenis kelamin, orientasi seksual atau identitas gender.
- 4) Memastikan adanya dokumen praktik tertulis yang disetujui (yaitu kebijakan, prosedur atau standar perawatan) untuk

membatasi kehadiran pengunjung yang melanggar hak orang lain dan keselamatan mereka atau secara medis atau kontraindikasi terapi untuk mendukung staf dalam negosiasi mengunjungi.

Berdasarkan pedoman praktek yang diharapkan oleh *Joint Comission Internasional* (JCI) terkait kebijakan diruang ICU dalam prakteknya adalah sebagai berikut :

- 1) Dalam prakteknya 78% dari perawat ICU di unit perawatan dewasa lebih memilih kebijakan berkunjung terbatas , 70% dari kebijakan ICU rumah sakit membatasi kunjungan keluarga, hal ini dapat menciptakan konflik perbedaan pendapat antara perawat dan keluarga.^{34,35}
- 2) Beberapa perawat ICU percaya bahwa kunjungan keluarga meningkatkan stres pada pasien dan mengganggu proses perawatan, melelahkan mental pasien dan keluarga serta memberikan kontribusi dalam peningkatan infeksi.³⁶ Namun bukti-bukti tentang tidak adanya peningkatan infeksi tidak mendukung keyakinan tersebut.^{36, 37}
- 3) Untuk anggota keluarga, bukti menunjukkan bahwa kebebasan berkunjung meningkatkan kepuasan, menurunkan kecemasan anggota keluarga memungkinkan komunikasi yang lebih baik, memberikan kontribusi untuk pemahaman yang lebih baik dari pasien³⁵ dan keluarga lebih banyak terlibat dalam proses perawatan.³⁸

4) Bukti menunjukkan bahwa beberapa perawat di ICU dewasa membatasi kunjungan anak-anak berdasarkan intuisi bahwa anak akan dirugikan oleh apa yang mereka lihat atau berdasarkan kekhawatiran bahwa mereka akan menjadi tidak terkendali.³⁶ Disarankan bahwa mereka diizinkan untuk mengunjungi kecuali mereka yang membawa penyakit menular.³⁹

b. Kebijakan waktu kunjung *Intensive Care Unit* (ICU)

1) *Open Visiting* (kunjungan terbuka)

Kebijakan dengan kunjungan terbuka merupakan waktu kunjungan dengan tidak adanya batasan dalam mengunjungi baik batasan waktu maupun batasan orang yang berkunjung. Kehadiran teman dan keluarga disamping tempat tidur pasien cenderung untuk meyakinkan dan menenangkan pasien.²

Sebuah penelitian oleh Fumagalli (2006), menyebutkan meskipun lebih besar lingkungan terkontaminasi mikroba, kebebasan waktu berkunjung di ICU tidak meningkatkan komplikasi septik dan kebebasan waktu kunjung juga dikaitkan dengan penurunan komplikasi kardiovaskuler yang berat.⁴⁰ Penelitian ini juga menjelaskan bahwa keterbukaan waktu kunjung meningkatkan kepuasan keluarga terkait pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.⁴⁰ Penelitian oleh Barclay (2007) menyebutkan bahwa keluarga ingin menghabiskan waktu lebih lama dengan anggota keluarga mereka. Kunjungan

bukan merupakan hak istimewa tetapi komponen penting dari kesejahteraan keluarga.⁴¹ Peterson pada penelitiannya tahun 2005 menjelaskan alasan pelaksanaan kebijakan kunjungan secara terbuka di ICU St John Medical Center, St Louis:³

- a) Pasien di ICU sering pada tahap kritis atau akhir hidup mereka, keluarga harus bersama-sama tanpa adanya pembatasan.
- b) Penguatan positif pada pasien sakit kritis sangat penting, sehingga yang terbaik adalah kehadiran anggota keluarga setiap saat.
- c) Anggota keluarga termasuk petugas kesehatan perlu untuk dapat mengunjungi pada waktu yang berbeda sepanjang hari.
- d) Sebagai pusat trauma Mercy St John sering menerima pasien yang tidak dari daerah sekitar rumah sakit melainkan keluarga yang jaraknya jauh. Kunjungan keluarga adalah untuk melihat kondisi pasien, waktu kunjungan yang terbuka memungkinkan kenyamanan untuk mereka.
- e) Karena pasien kritis perlu banyak istirahat, waktu berkunjung terbuka memungkinkan keluarga untuk masuk dan keluar dari ruangan sesuai kebutuhan pasien bukan karena keterbatasan waktu kunjung.

Sistem kunjungan dengan tidak adanya batasan usia sebagian besar disenangi. Kekhawatiran tentang infeksi pada

pasien, anak-anak, gangguan kedalaman unit dan merusak psikologis tidak terbukti.⁴² Setelah terdapat ungkapan dari Berwick dan Kotagal bahwa membatasi kunjungan ICU tidak diperlukan kemudian sepuluh tahun kemudian banyak ICU diperancis (23,9%) memberlakukan sistem kunjungan 24 jam. Peraturan tersebut mengevolusi dari praktek di Eropa dengan meningkatkan eksebilitas bagi keluarga.⁴³

Penelitian yang dilakukan di rumah sakit Mater Dei Amerika Serikat mengungkapkan bahwa tidak ada alasan yang meragukan bahwa keluarga juga dapat membantu dalam pemulihan dari orang yang mereka cintai. Kehadiran anggota keluarga juga telah dianggap sebagai keamanan.²⁸ Rumah sakit Mater Dei ini menerapkan kunjungan singkat, hal tersebut secara signifikan mempengaruhi: perawatan pasien, keterlibatan keluarga /teman pada pasien dan menyebabkan ketidakefisienan dalam penyampaian perawatan dirumah sakit.²⁸

Kehadiran keluarga dan teman mungkin akan lebih meyakinkan pasien, selama mereka tinggal di lingkungan yang sangat asing dan bisa menyebabkan stres.⁴⁴ Selain pengaruh terhadap pasien, studi lain menyebutkan bahwa kualitas hidup keluarga pasien menjadi positif oleh adanya hubungan baik antara keluarga dan staf ICU.⁴⁵ Pelaksanaan kebebasan berkunjung pada pasien perawatan kritis didasarkan pada

kenyataan bahwa pasien memerlukan dukungan dan jaminan yang terkadang hanya keluarga yang mampu memberikan.³ Alasan mengapa kunjungan terbuka bermanfaat adalah sebagai berikut:⁴⁶

- a) Kebutuhan bagi keluarga untuk hadir di sela waktu stres bagi keduanya yaitu pasien dan keluarga
- b) Memungkinkan keluarga untuk datang dan pergi di berbagai waktu, benar-benar dapat meningkatkan istirahat karena tidak ada urgensi bagi pasien untuk dapat terjaga di waktu tertentu saat kunjungan.
- c) Mengurangi kecemasan, pasien berpendapat bahwa mereka merasa lebih santai dan kecemasan berkurang ketika mereka dapat melihat teman dan keluarga mereka. Mereka cenderung khawatir ketika mereka tidak bisa melihat keluarga mereka terlalu lama.
- d) Pasien juga merasa lebih aman ketika mereka dicintai dan lebih aman ketika lebih sering dikunjungi.

2) *Closed Visiting* (kunjungan tertutup/terbatas)

Kebijakan dengan pembatasan waktu kunjung adalah kebijakan dengan sistem waktu kunjungan yang dijadwalkan.² Hal ini berarti keluarga atau teman yang mengunjungi pasien dijadwalkan sesuai dengan kebijakan rumah sakit. Konsep pembatasan waktu kunjung dimulai sejak tahun 1800-an dalam upaya ketertiban di bangsal umum. Aturan ini ditetapkan untuk

kenyamanan dan keselamatan pasien. Meskipun banyak bukti yang mendukung kebijakan waktu kunjung terbuka, staf ICU terutama perawat tidak mendukung liberalisasi jam berkunjung. Mereka percaya bahwa kebijakan dapat menyebabkan gangguan pada perawatan pasien kritis dan keterlibatan emosional dapat menimbulkan stres dan strain.² Perawat sebenarnya menyadari dampak positif dari keterbukaan waktu berkunjung, tetapi mereka lebih memilih liberalisasi berdasar pada kondisi pasien.¹⁰ Pendapat umum yang mendasari pembatasan waktu kunjung adalah keprihatinan tentang penendalian infeksi. Farrell Joseph dan Barcott (2005) menyebutkan bahwa perawat perawatan kritis memiliki pendekatan yang berbeda terkait waktu kunjung ICU serta berkaitan dengan pengunjung dan praktik sehari-hari. Pandangan perawat terkait pembatasan waktu kunjung yaitu:⁴

- a) Setiap situasi adalah unik dan harus dikelola secara individual
- b) Privasi dan kerahasiaan pasien lain di unit itu penting
- c) Keluarga, budaya dan orang-orang berbeda memiliki cara yang berbeda
- d) Anggota keluarga memiliki potensi untuk membantu meringankan kecemasan
- e) Stabilitas fisiologis dan keselamatan pasien adalah prioritas yang utama

- f) Pengunjung cemas dapat mengganggu kemampuan perawat untuk menyelesaikan pekerjaan.

Tim medis *Intensive Care Unit* (ICU) menentang kebijakan terbuka dengan membebaskan keluarga dan orang yang akan berkunjung dengan alasan sebagai berikut :⁴

- a) Peningkatan resiko infeksi bagi pasien
- b) Gangguan terkait pengobatan pasien, peningkatan beban kerja tim dan kendala pada efisiensi ICU
- c) Peningkatan tingkat stres pasien
- d) Peningkatan tingkat stres anggota keluarga pasien
- e) Pelanggaran privasi pasien.

Berdasarkan alasan tidak disetujuinya kebijakan kunjungan terbuka tersebut terdapat penjelasan mengenai faktor-faktor penyebabnya:⁴

- a) Resiko infeksi

Tidak ada bukti terkait peningkatan kejadian infeksi pada ICU dengan sistem kunjungan terbuka hal ini adalah mitos. Justru faktor terjadinya infeksi adalah faktor dari perawat dan dokter sendiri.⁴ Selain itu penggunaan alat APD seperti pakaian, sepatu, sarung tangan, masker tidak memiliki kegunaan tertentu dalam pencegahan infeksi di ICU, meskipun mengenakan pakain khusus mungkin nilai psikologis didalamnya

yang menekankan sifat khusus berbeda dengan bangsa lain.⁴

b) Intervensi dalam pengobatan

Kehadiran orang tua atau keluarga tidak mengurangi kepedulian pada pasien meskipun terkadang dapat memperlambat kerja tim karena faktor stres dari staf ICU.⁴⁷ Disisi lain kehadiran keluarga menawarkan dukungan pada pasien yang masuk ke perawatan intensif serta memfasilitasi komunikasi antar pasien dengan pengasuh.⁴⁸

c) Stres bagi pasien

Kehadiran keluarga dari orang-orang terkasih merupakan faktor positif bagi pasien, memberikan kenyamanan dan mengurangi kecemasan serta stres.^{49,50}

d) Stres bagi keluarga

Penerimaan dari anggota keluarga untuk perawatan tidak diragukan lagi, terutama keterbukaan akses pada pasien mengurangi stres.⁴³ Selain itu telah ditemukan bahwa kehadiran seorang ibu dari anak yang dirawat di ICU dengan keterbukaan berkunjung memiliki tingkat stres yang lebih rendah dibandingkan yang dirawat dengan akses terbatas.⁴³ Selain itu akses terbuka memungkinkan untuk berkomunikasi yang lebih baik dengan perawat dan dokter serta meningkatkan

kepercayaan keluarga dan apresiasi kepada tim.⁴⁷ Namun mungkin bisa jadi dalam keadaan tertentu keluarga menunjukkan sikap yang waspada secara berlebihan atau sikap tidak suka yang mungkin dalam menanggapi sikap tertutup oleh tim ICU.⁴⁷

e) Privasi

Menghormati kerahasiaan informasi tidak terganggu oleh kehadiran pengunjung, tetapi ada hal penting untuk mendedikasikan waktu yang cukup untuk berkomunikasi terkait data klinis dan penyajian penilaian prognosis dan pilihan pengobatan, sama pentingnya bahwa hal tersebut harus dikomunikasikan dengan tepat.⁴³ Keluhan umum di ICU adalah komunikasi yang tidak efisien yang mengarah ke keluarga terkait masalah pasien, memiliki harapan palsu, sehingga meningkatkan ketakutan mereka sehingga mengakibatkan kurangnya percaya mereka serta meningkatkan stres mereka.⁵¹

4. Keluarga

a. Definisi

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga.⁵³ Definisi lain menjelaskan bahwa keluarga sebagai sekumpulan orang (rumah tangga) yang

memiliki hubungan darah atau perkawinan atau menyediakan terselenggaranya fungsi-fungsi instrumental mendasar dan fungsi-fungsi perspektif keluarga bagi para anggotanya yang berda dalam suatu jaringan.⁵³

Definisi mengenai keluarga tersebut sangat luas, mencakup berbagai hubungan luar perspektif legal, yang termasuk didalamnya adalah keluarga yang tidak ada hubungan darah, pernikahan, atau adopsi dan tidak hanya terbatas pada keanggotaan dalam suatu rumah tangga. Definisi tersebut mencakup *extended family* yang tinggal dalam satu rumah tangga atau lebih, pasangan yang tinggal bersama tanpa menikah, keluarga tanpa anak, keluarga homoseksual, keluarga orang tua tunggal, serta keluarga inti dengan orang tua lengkap.¹⁸ Indonesia merupakan salah satu negara yang menjunjung tinggi adat ketimuran yang menekankan bahwa keluarga harus dibentuk atas dasar perkawinan, seperti yang telah tercantum pada Peraturan Pemerintah (PP) No. 21 tahun 1994 bahwa keluarga dibentuk berdasarkan atas pernikahan yang sah.⁵⁴

b. Ciri-ciri Keluarga di Indonesia

Ciri-ciri keluarga di setiap negara berbeda, tergantung dari kebudayaan, falsafah hidup, dan ideologi negara. Adapun ciri-ciri keluarga di Indonesia adalah :⁵⁴

- 1) Mempunyai ikatan keluarga yang erat dilandasi dengan semangat kegotongroyongan.

- 2) Merupakan satu kesatuan yang utuh yang dijiwai nilai budaya ketimuran yang kental dan mempunyai rasa tanggung jawab yang besar.
- 3) Umumnya sebagai kepala rumah tangga dipimpin oleh suami yang dominan dalam pengambilan keputusan namun prosesnya melalui musyawarah dan mufakat.
- 4) Berbeda antara keluarga yang tinggal dipedesaan dan perkotaan. Keluarga di pedesaan masih bersifat tradisional, sederhana, saling menghormati satu sama lain dan sedikit sulit menerima inovasi baru.

c. Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melakukan fungsi keluarga di masyarakat sekitarnya. Terdapat empat elemen struktur keluarga, yaitu :⁵⁴

- 1) Struktur peran keluarga, yaitu menggambarkan peran masing-masing anggota keluarga dalam keluarga sendiri dan perannya dilingkungan masyarakat baik peran formal maupun nonformal.
- 2) Nilai atau norma keluarga, menggambarkan nilai dan norma yang dipelajari dan diyakini oleh keluarga, khususnya yang berhubungan dengan kesehatan.
- 3) Pola komunikasi keluarga, menggambarkan bagaimana cara dan pola komunikasi antara ayah-ibu, orang tua dan anak,

anak dengan anak, dan anggota keluarga lain (keluarga besar) dan keluarga inti.

- 4) Struktur kekuatan keluarga, yaitu menggambarkan kemampuan anggota keluarga untuk mengandalikan dan mempengaruhi serta mengendalikan orang lain untuk mengubah perilaku keluarga yang mendukung kesehatan.

d. Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga secara umum didefinisikan sebagai hasil akhir atau akibat dari struktur keluarga, fungsi keluarga yaitu sebagai berikut :⁵²

- 1) Fungsi afektif (fungsi mempertahankan kepribadian): merupakan dasar utama dan fungsi yang paling penting untuk pembentukan maupun keberlangsungan unit keluarga itu sendiri. Kemampuan untuk menyediakan kebutuhan kasih sayang dan pengertian merupakan penentu utama apakah suatu keluarga tersebut bertahan atau bubar. Menurut Duval (1997), kebahagiaan keluarga diukur oleh kekuatan cinta keluarga. Keluarga harus senantiasa memenuhi kebutuhan kasih sayang anggota keluarganya karena respon kasih sayang satu anggota keluarga ke anggota keluarga lainnya memberikan dasar penghargaan dan mempertahankan moral. Fungsi efektif ini peran utamanya yaitu pada orang dewasa, peran ini berhubungan dengan persepsi keluarga dan kepedulian

terhadap kebutuhan sosioemosional semua anggota keluarganya.

- 2) Fungsi sosialisasi dan status sosial yaitu memfasilitasi sosialisasi primer pada anak dan bertujuan menjadikan anak sebagai anggota masyarakat yang produktif yang kemudian dapat memberikan status pada anggota keluarga. Sosialisasi anggota keluarga merupakan fungsi yang universal dan lintas budaya yang dibutuhkan untuk keberlangsungan hidup dimasyarakat. Keluarga memiliki tanggung jawab yang utama dalam mengubah seorang bayi dalam hitungan tahun menjadi seorang makhluk sosial yang dapat berpartisipasi penuh dimasyarakat. Selain itu, sosialisasi seharusnya tidak terbatas dianggap berhubungan dengan pola perawatan bayi dan anak, tetapi lebih pada proses seumur hidup.

Status sosial merupakan aspek lain dari fungsi sosialisasi. Pemberian status sosial pada anak berarti mewariskan tradisi, nilai dan hak keluarga. Selain itu keluarga memiliki tanggung jawab dalam fungsi sosialisasi yang diperlukan dan pengalaman pendidikan yang memungkinkan anggota keluarga untuk memikul pekerjaan dan peran dalam kelompok yang konsisten dengan harapan status.

- 3) Fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi fisik keluarga dipenuhi oleh orang tua yang menyediakan makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan dan perlindungan dari

bahaya. Praktik dan pelayanan kesehatan adalah fungsi keluarga yang paling relevan bagi perawat keluarga.

- 4) Fungsi reproduksi yaitu untuk menjamin kontinuitas antar generasi keluarga dalam masyarakat, dalam keluarga pasca modern, keluarga didefinisikan pada konteks pilihan (“siapa yang Anda pilih untuk menjadi bagian dalam keluarga”). Dengan demikian saat seorang anak lahir, sebuah keluarga barupun lahir dan menjadikan keluarga dengan orang tua tunggal menjadi lebih umum.

Sejalan dengan memiliki anak diluar batasan keluarga tradisional, penggunaan kontrasepsi dan teknologi reproduksi menjadi kecenderungan yang penting baik didalam ataupun di luar lingkup keluarga. Pergeseran prioritas budaya dan nilai personal terus mengurangi konsep masa menjadi ibu, yang merupakan tujuan utama wanita dalam hidup dan masa menjadi ayah sebagai alasan utama pria bekerja .

- 5) Fungsi ekonomi mencakup keterlibatan penyediaan keluarga akan sumber daya yang cukup dari segi finansial, ruang, dan materi serta alokasinya yang sesuai melalui proses pengambilan keputusan. Perlunya memahami bagaimana keluarga mendistribusikan sumber-sumbernya, perawatan keluarga juga dapat memperoleh perspektif yang lebih jelas mengenai sistem nilai keluarga dan sumber apa yang harus diakses guna membantu keluarga memenuhi kebutuhannya.

e. Kecemasan keluarga pasien kritis

Kecemasan keluarga pasien yang dalam keadaan kritis akan muncul ketika suatu saat anggota keluarganya sedang sakit. Apabila salah satu anggota keluarganya sakit maka hal tersebut akan menyebabkan terjadi pada keluarga pasien kritis.⁵⁵ Menurut penelitian oleh Jonas, angka kecemasan keluarga pasien kritis di ICU sebanyak 12%-47%.⁵⁶

Penelitian oleh Azoulay menyebutkan bahwa terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kecemasan keluarga pasien kritis, yaitu sebagai berikut :⁵⁷

1) Faktor Anggota Keluarga

Faktor ini merupakan faktor yang berasal dari anggota keluarga pasien kritis seperti terjadinya perubahan peran anggota keluarga, gangguan rutinitas anggota keluarga, gangguan konflik anggota keluarga, kekhawatiran akan biaya pengobatan, kurangnya dukungan dari anggota keluarga, kurangnya pemahaman akan diagnosa maupun pengobatan pasien, kesedihan akan kondisi pasien dan lamanya pasien dirawat di ICU.^{55,58}

2) Faktor lingkungan ICU

Faktor lingkungan mencakup juga petugas kesehatan lainnya. Misalnya faktor dari petugas kesehatan yang membuat keadaan menjadi kurang

nyaman bagi anggota keluarga maupun pasien, informasi yang kurang lengkap dari staf ICU, kondisi ruangan dan banyaknya alat medis yang terpasang diruangan.⁵⁵

3) Faktor pasien kritis

Faktor tersebut berasal dari pasien sendiri yaitu usia pasien, lamanya pasien sakit, tingkat keparahan dan ancaman kematian.⁵⁸

f. Kebutuhan keluarga pasien kritis

Menurut CCFNI (*Critical Care Family Needs Intervention*) kebutuhan keluarga pasien kritis yaitu meliputi kebutuhan informasi, kebutuhan dukungan mental, kebutuhan rasa nyaman, kebutuahn berada dekat dengan pasien dan kebutuhan jaminan pelayanan.^{59,60,61}

1) Kebutuhan informasi

Kebutuhan informasi meliputi memperoleh informasi yang berhubungan dengan kondisi pasien, dapat berbicara dengan dokter, memiliki orang tertentu yang dapat dihubungi, mengetahui staf rumah sakit, mengetahui alasan suatu tindakan yang dilakukan, mengetahui bagaimana pasien dirawat, mengetahui apa yang sedang dilakukan terhadap pasien, dihubungi pada saat terjadi perubahan kondisi pada pasien dan diberikan informasi mengenai keagamaan oleh perawat.

2) Kebutuhan dukungan mental

Kebutuhan dukungan mental merupakan pertolongan yang mampu mengatasi kecemasan yang dialami oleh keluarga pasien kritis. Kebutuhan dukungan mental meliputi: saat pertama kali masuk ICU mendapatkan penjelasan terkait lingkungan, keluarga dapat mencurahkan perasaan tentang apa yang terjadi, mendapatkan petunjuk dari perawat apa yang bisa dilakukan didekat pasien, keluarga memiliki teman dekat sebagai pemberi dukungan, keluarga memiliki seseorang yang dapat membantu masalah keuangan, terdapat kunjungan agama, mendapat keyakinan bahwa staf peduli kepada pasien, anggota keluarga lain diperbolehkan berkunjung ke ruang ICU, mempunyai seseorang yang peduli terhadap kesehatan keluarga, keluarga diperkenankan untuk menangis, keluarga dapat menyendiri setiap waktu. Pemberian dukungan kepada anggota keluarga pasien kritis diharapkan perawat dapat membantu keluarga ketika dalam kondisi cemas. Dukungan staf kesehatan memberikan jawaban sebenarnya tentang keadaan pasien, dan memberikan harapan bahwa pasien dirawat untuk memperoleh kesembuhan.

3) Kebutuhan rasa nyaman

Kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan yang mampu menjadikan keluarga pasien kritis merasakan

kenyamanan berada di lingkungan ICU. Kebutuhan tersebut meliputi adanya kamar kecil yang mudah diakses dan keadanaannya bersih, *furniture* yang nyaman, terdapat tempat ibadah, tersedianya telepon dan tempat makan.

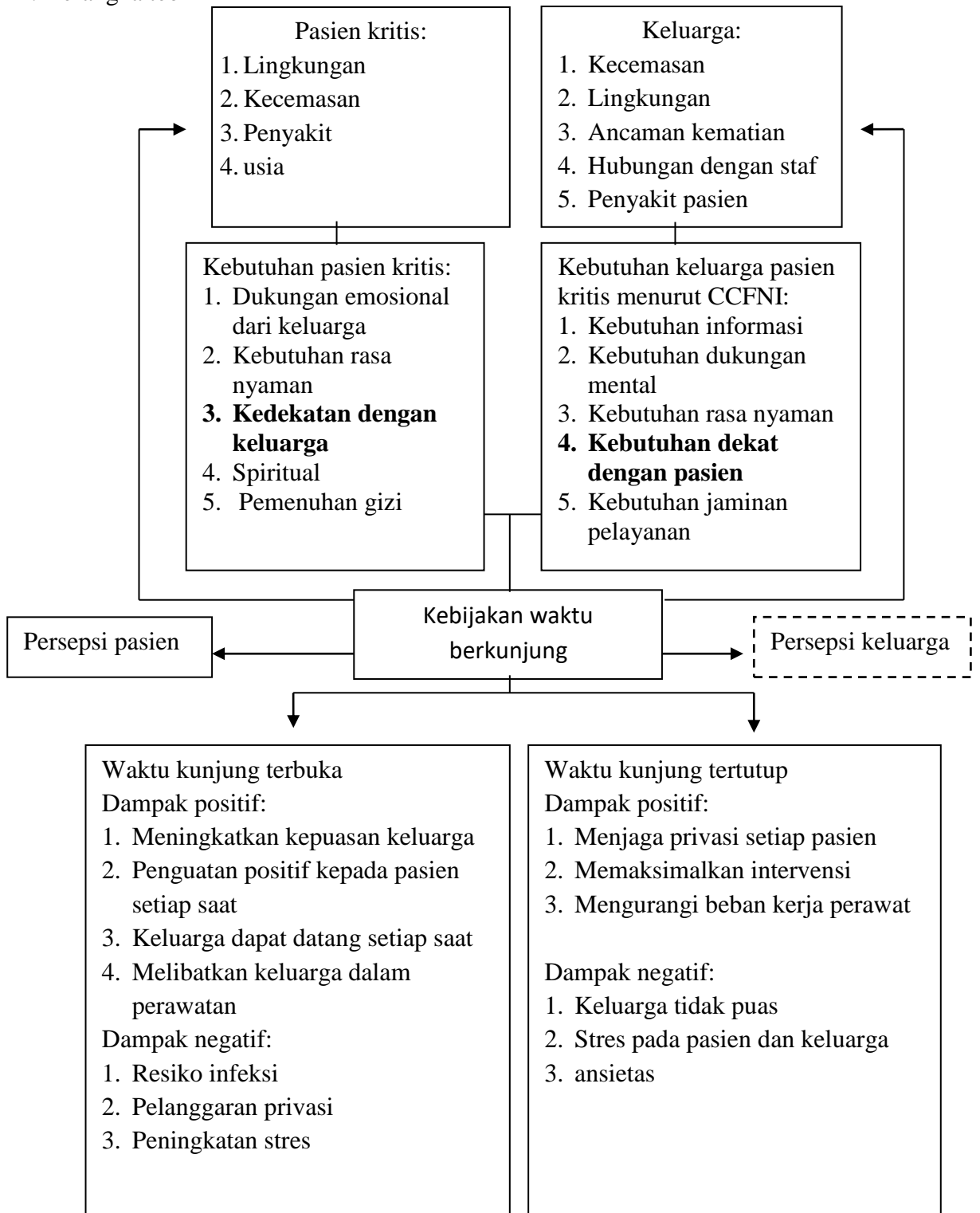
4) Kebutuhan berada dekat dengan pasien

Kebutuhan berdekatan dengan anggota keluarga pasien kritis meliputi: berkunjung setiap saat, mencari informasi tentang pasien minimal sehari sekali, dihubungi pada saat terjadi perubahan kondisi dengan pasien, diinformasikan tentang rencana pemindahan pasien saat sedang disiapkan, keluarga dapat membantu perawatan pasien, dan dapat berbicara dengan perawat yang ada ditempat setiap hari.

5) Kebutuhan akan jaminan kesehatan

Kebutuhan akan jaminan pelayanan bertujuan anggota keluarga mendapat kepastian terkait adanya penilaian yang realistis.

B. Kerangka teori



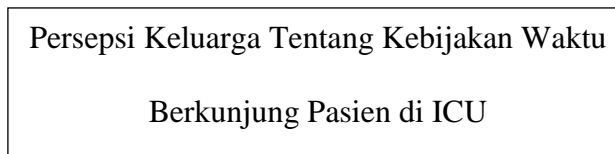
Gambar 2.1 Kerangka Teori ^{2,3,4, 41,56,57, 59}

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Fokus Penelitian

Fokus penelitian ini adalah persepsi keluarga terkait waktu kunjung di ICU. Peneliti menggali informasi yang dirasakan oleh anggota keluarga pasien yang dirawat di ICU.



Gambar 3.1. Fokus Penelitian

B. Jenis dan Pendekatan Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan oleh peneliti adalah penelitian kualitatif yaitu merupakan penelitian tentang data yang dinyatakan dalam bentuk kata dan gambar, kata yang disusun dalam bentuk kalimat, misal hasil wawancara antara peneliti dan partisipan. Pada dasarnya penelitian ini bertujuan untuk membangun pandangan seseorang yang teliti dan rinci. Penelitian kualitatif menggunakan pendekatan formal, objektif dan proses yang sistematis. Tipe penelitian kualitatif dilakukan untuk menjelaskan dan mendorong pemahaman tentang pengalaman manusia yang beraneka ragam.⁶²

Penelitian kualitatif bertujuan untuk memahami fenomena-fenomena sosial dari sudut pandang partisipan. Partisipan disini merupakan orang-orang yang diwawancarai, diobservasi, dimintai data, pendapat, pemikiran dan persepsinya.⁶² Pada penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain deskriptif, yaitu penelitian yang memberi gambaran secara cermat mengenai individu atau

kelompok tertentu tentang keadaan dan gejala yang terjadi atau dialami.⁶³

Penelitian kualitatif deskriptif adalah metode penelitian dimana peneliti menjadi instrumen kunci untuk melakukan penelitian.⁶⁴

Peneliti melakukan pendekatan terhadap objek penelitiannya tanpa asumsi, praduga, prasangka ataupun konsep apapun. Gagasan, asumsi, pandangan, dan konsep yang dimiliki oleh peneliti tentang gejala penelitian harus disimpan sementara, dan membiarkan partisipan mengungkapkan pengalamannya tersebut, sehingga nantinya akan diperoleh hakikat terdalam dari pengalaman tersebut. Peneliti harus mengenal dan memahami konteks pengalaman partisipan sehingga penafsiran atas pengalaman tersebut akurat dan dapat mendapatkan hasil nuansa dari teori baru dan unik.⁶⁵ Metode penelitian ini dianggap dapat meningkatkan perkembangan ilmu keperawatan karena dapat memberikan jawaban yang lebih luas dari tujuan penelitian yang dilakukan, dimana konsentrasi ilmu keperawatan adalah terhadap respon manusia dari fakta permasalahan yang potensial. Peneliti ingin mengidentifikasi dan mengeksplorasi persepsi dari keluarga terkait waktu berkunjung di ICU RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang .

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat pelaksanaan penelitian yaitu di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang atau disuatu tempat yang menjadi kesepakatan antara peneliti dan partisipan, menyesuaikan antara kesepakatan keduanya.

Penelitian dilakukan dengan mempertimbangkan kebijakan pelaksanaan penelitian yang diberikan oleh Direktur RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Penelitian dilakukan dengan wawancara secara mendalam kepada partisipan pada bulan Juni-Juli 2017. Waktu pengambilan data dengan wawancara secara mendalam

dilakukan dengan membuat kontrak waktu yang disepakati oleh peneliti dengan partisipan.

D. Populasi dan Partisipan Penelitian

Populasi yaitu wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/ subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang telah ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian dibuat kasimpulannya.⁶⁶ Populasi dalam penelitian ini adalah anggota keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang.

Partisipan adalah beberapa atau sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi.⁶⁷ Pengambilan sumber data pada penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan sampling berdasarkan kriteria-kriteria atau pertimbangan tertentu. Purposive sampling atau pengambilan partisipan dengan pertimbangan tertentu dimana partisipan dianggap mengetahui informasi dan masalah yang akan diteliti secara mendalam.⁶⁸ Pemilihan sampel didasarkan pada pilihan penelitian tentang aspek apa dan siapa yang akan dijadikan fokus pada situasi tertentu dan saat ini sepanjang penelitian, sampling bersifat *purposive* yaitu tergantung pada tujuan fokus suatu saat.⁶⁷ Langkah pertama yang dilakukan peneliti adalah mengidentifikasi semua karakteristik populasi dengan melalui studi pendahuluan.

1. Besar Partisipan

Sampel kecil merupakan ciri dari pendekatan penelitian kualitatif karena pada penelitian kualitatif pemilihan sampel didasarkan pada kualitas bukan kuantitasnya.⁶⁴ Pada penelitian kualitatif menunjukkan pemilihan pada subjek yang “kaya informasi”.⁶⁹ Ketepatan pemilihan

sampel merupakan salah satu kunci keberhasilan utama dalam menghasilkan penelitian yang baik.⁶⁴

Penentuan jumlah sampel pada penelitian kualitatif dianggap sudah memadai apabila data yang diperoleh telah jenuh dan tidak ada informasi baru yang didapatkan dalam penelitian (tersaturasi). Besar sampel pada penelitian kualitatif yaitu tidak lebih dari sepuluh partisipan.⁷⁰ Namun pada penelitian ini dimungkinkan untuk menguji lagi isu-isu yang diteliti, apabila muncul gagasan-gagasan baru yang memerlukan wawancara lebih dalam dan apabila dalam satu kali wawancara belum mencukupi.⁷¹ Penelitian ini menggunakan 4 partisipan sebagai subjek penelitian dan data yang didapat telah tersaturasi, memungkinkan juga untuk menambah partisipan apabila data belum tersaturasi.

2. Kriteria partisipan dalam penelitian

a. Kriteria inklusi

- 1) Anggota keluarga dari pasien yang dirawat di ICU lebih dari 3 hari.
- 2) Anggota keluarga yang berusia lebih dari 21 tahun (Usia dewasa menurut Pasal 330 KUHP).
- 3) Anggota keluarga yang tinggal satu rumah dengan pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit*.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Anggota keluarga mengundurkan diri sebagai partisipan dalam proses penelitian karena suatu alasan tertentu.
- 2) Partisipan yang mengalami gangguan wicara

E. Definisi istilah

Definisi istilah dalam komponen penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Persepsi merupakan proses kognitif dimana seorang individu memilih, mengorganisasikan dan memberikan arti kepada stimulus lingkungan yang diterima oleh individu melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan maupun sentuhan.
2. Keluarga adalah orang terdekat dari seseorang yang mampu memberikan dukungan dan kasih sayang sesuai dengan fungsinya, dalam konteks berhubungan dengan pasien yang dirawat di ruang ICU keluarga memiliki peran penting selain sebagai pemberi dukungan yaitu sebagai pengambil keputusan mewakili pasien.
3. Kebijakan waktu kunjung merupakan peraturan yang diterapkan oleh pihak rumah sakit terkait lamanya kunjungan, frekuensi kunjungan dan fleksibilitas dalam berkunjung oleh anggota keluarga pada pasien yang dirawat *diruang Intensive Care Unit (ICU)*
4. *Intensive Care Unit (ICU)* adalah salah satu ruangan di rumah sakit yang fungsinya memberikan perawatan pada pasien dengan kondisi kritis dan dilengkapi dengan staf khusus yang berkompeten.

F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian
 - a. Peneliti

Alat pengumpulan data adalah peneliti itu sendiri. Data penelitian berasal dari situasi alamiah dengan tanpa adanya pengaruh dari orang lain yang dikumpulkan oleh peneliti. Peneliti sebagai alat utama penelitian perlu

memiliki bekal pemahaman yang memadai mengenai metode kualitatif serta bidang persoalan yang diteliti.⁷²

Peneliti dinyatakan layak menjadi alat penelitian jika peneliti telah menguasai materi yang akan dilakukan penelitian dan telah menjalani uji kelayakan atas kemampuannya kepada pakar yang ahli dibidang tersebut. Peneliti dalam bidang ini telah melakukan uji kelayakan dengan pakar yaitu dengan melakukan tanya jawab seputar kebijakan waktu kunjung ICU dan dinyatakan memenuhi kriteria atau disebut pantas dan dibuktikan dengan mendapatkan rekomendasi untuk melakukan penelitian ini. Setelah peneliti menguasai materi, selanjutnya dilakukan pengujian pemahaman tentang penelitian kualitatif yang akan dilaksanakan dengan sering berlatih melakukan wawancara mendalam dengan pembimbing terkait isu tertentu.⁷³

b. Panduan wawancara

Penelitian ini menggunakan panduan wawancara yang berisi daftar pertanyaan yang akan diajukan kepada partisipan bertujuan agar ketika proses pelaksanaan wawancara dapat lebih terarah dan fokus sesuai dengan keinginan peneliti. (Lampiran no.1)

c. Alat perekam suara

Peneliti menggunakan alat perekam khusus yang disiapkan untuk melakukan perekaman pada penelitian ini.

d. Alat tulis

Peneliti menggunakan alat tulis berupa buku tulis dan pena untuk mencatat poin penting dari hasil wawancara yang dilakukan dengan partisipan.

2. Proses Penelitian

Penelitian dilakukan setelah mendapatkan izin dari pembimbing dan penguji. Proses penelitian diawali dengan pengajuan *ethical clearance* di RSUD Moewardi Surakarta pada 31 Mei 2017 yang kemudian surat disetujui pada 20 Juni 2017. Disaat bersamaan dengan menunggu disetujuinya *ethical clearance* peneliti melakukan latihan wawancara bersama dosen yang sebelumnya telah ditetapkan oleh dosen pembimbing. Latihan wawancara bersama dosen dilakukan sekali dengan beberapa masukan dan latihan selanjutnya dilakukan bersama teman dengan memperbaiki wawancara berdasarkan masukan dari latihan pertama bersama dosen. Setelah latihan wawancara kemudian hasil dari wawancara dibuat transkrip yang kemudian dikonsulkan kepada pembimbing untuk mendapatkan masukan sebelum melakukan penelitian kepada partisipan di lapangan.

Setelah *ethical clearance* telah disetujui kemudian melakukan pengajuan surat ijin penelitian kepada isntitusi pada 22 Juni 2017, pengajuan surat ijin penelitian tidak langsung dilakukan karen terhambat oleh adanya hari libur nasional dan cuti bersama berkaitan dengan hari raya idul fitri tahun 2017. Kemudian surat ijin penelitian disetujui pada 6 Juli 2017. Setelah mendapatkan ijin penelitian peneliti mengajukan surat permohonan penelitian ke bagian Diklat RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang pada 7 Juli 2017 dan mendapatkan balasan dari pihak rumah sakit pada 14 Juli 2017. Selanjutnya pada tanggal peneliti memulai penelitian kebagian ICU RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Penelitian dimulai dengan mencari informasi terlebih dahulu kepada perawat ICU tentang pasien yang dirawat dan lama perawatan dari pasien. Pada hari pertama peneliti mengobservasi pengunjung ICU karena ruang tunggu yang terbatas yaitu ruang tunggu ICU sama dengan ruang tunggu ruang rawat jadi penentuan partisipan

atau pengunjung ICU perlu diketahui dari kunjungan mereka kedalam ruangan. Penentuan partisipan juga berdasarkan informasi dari perawat. Setelah mengetahui bahwa pengunjung merupakan keluarga pasien yang dirawat di ICU peneliti kemudian menemui calon partisipan dan mengkonfirmasi kembali apakah keluarga dari pasien yang dirawat di ICU atau keluarga dari pasien ruang rawat inap. Setelah diketahui bahwa keluarga merupakan anggota keluarga pasien yang dirawat di ICU kemudian peneliti menanyakan usia dan lama rawat anggota keluarga yang dirawat di ICU untuk menyesuaikan dengan kriteria yang telah ditetapkan. Sesudah menemukan partisipan yang sesuai dengan kriteria kemudian peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian. Setelah partisipan setuju akan dilakukannya wawancara atau pengambilan data selanjutnya peneliti melakukan kontrak waktu dan tempat.

Pengambilan data bersama partisipan dilakukan sebanyak dua kali. Pertemuan pertama dilakukan di rumah sakit dan pertemuan kedua dilakukan dirumah partisipan atau tempat yang menjadi kesepakatan antara partisipan dan peneliti. Pertemuan pertama dilakukan pada tanggal 5-10 Juni 2017 dan dilakukan wawancara kepada 4 partisipan. Setelah wawancara selesai peneliti meminta kepada partisipan apabila data kurang maka akan dilakukan wawancara kembali kemudian partisipan memberikan contact person yang dapat dihubungi dan bersedia apabila dilakukan wawancara ulang.

Setelah selesai wawancara tahap pertama selesai peneliti membuat transkrip dari hasil wawancara dan kemudian dikonsulkan kepada pembimbing. Hasil konsulkan yang telah mendapat masukan dari pembimbing kemudian peneliti menghubungi partisipan untuk melakukan *member checking* dan wawancara mendalam untuk kedua kalinya. Setelah partisipan setuju maka peneliti melakukan

wawancara kedua yaitu tanggal 10-14 Juli 2017 sekaligus melakukan member checking untuk transkrip yang pertama. Setelah selesai peneliti membuat transkrip hasil wawancara kedua untuk kemudian melakukan member checking kembali sampai tidak ada informasi yang perlu digali lagi.

3. Cara Pengumpulan Data

Cara pengumpulan data yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap partisipan. Wawancara dengan menggunakan pedoman bertujuan untuk wawancara yang lebih mendalam dan menjadi fokus pada masalah yang menjadi pokok dari minat penelitian.⁷⁰ Peneliti menggunakan wawancara semi terstruktur karena penggunaan wawancara terstruktur cenderung menghambat fleksibilitas. Padahal fleksibilitas merupakan faktor penting dalam penelitian kualitatif. Wawancara semi terstruktur tidak ada pertanyaan yang ditentukan sebelumnya namun hanya memiliki panduan wawancara atau daftar topik untuk membantu agar peneliti tetap fokus selama wawancara berlangsung. Panduan wawancara digunakan untuk mengumpulkan data serupa dari semua partisipan.⁷¹

Sampel yang digunakan pada penelitian ini adalah sebanyak 4 partisipan. Partisipan yang dipilih adalah anggota keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD K.R.M.T Wongsonegoro, Semarang. Waktu pelaksanaan pengambilan data yaitu setelah mendapatkan ijin dari dosen pembimbing dan penguji serta dari pihak rumah sakit.. Proses pengumpulan data pada penelitian ini dilaksanakan melalui beberapa tahapan, yaitu:⁷²

a. Tahap orientasi

Peneliti menentukan anggota keluarga pasien yang memenuhi kriteria untuk dijadikan sebagai calon partisipan. Pada penentuan partisipan peneliti

juga mencari informasi dari perawat untuk mempermudah dalam proses pencarian partisipan. Pada saat penelitian siap untuk dilakukan, peneliti kemudian menemui calon partisipan untuk memperkenalkan diri dan mengkonfirmasi ulang apakah keluarga merupakan anggota keluarga dari pasien ICU dan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Kemudian setelah calon partisipan sesuai dengan kriteria peneliti menjelaskan maksud, tujuan, prosedur dan manfaat penelitian yang akan dilakukan. Peneliti kemudian menyerahkan lembar persetujuan kepada partisipan untuk ditandatangani tanpa suatu paksaan dan dijamin kerahasiaan identitasnya. Calon partisipan yang bersedia menjadi partisipan pada penelitian kemudian membuat kontrak waktu dan tempat dengan peneliti untuk bertemu.

b. Tahap pelaksanaan

Pada penelitian ini tahap pelaksanaan adalah dengan mendatangi calon partisipan pada waktu dan tempat yang telah disepakati sesuai kontrak sebelumnya. Semua partisipan pada penelitian ini menyetujui untuk dilakukannya wawancara langsung setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Kemudian peneliti menjelaskan ulang maksud dan tujuan dari penelitian dan penjelasan mengenai tata cara dalam melakukan wawancara mendalam. Pada tahap pelaksanaan ini, peneliti juga menjelaskan bahwa ketika proses wawancara sedang berlangsung, wawancara akan direkam dengan alat perekam khusus. Peneliti terlebih dahulu meminta kesepakatan kepada partisipan untuk durasi waktu pelaksanaan wawancara yaitu dalam rentang waktu 15-30 menit dalam sekali wawancara. Namun apabila dalam rentang waktu tersebut data yang diperoleh belum lengkap, maka peneliti akan

melakukan kontrak waktu kembali bersama dengan partisipan sesuai dengan kesepakatan. Selanjutnya wawancara mendalam dimulai bersama partisipan.

Jumlah pertemuan antara partisipan dengan peneliti bervariasi yaitu dua hingga tiga kali sampai tercapainya tujuan penelitian. Peneliti juga selalu memperhatikan kondisi partisipan sehingga pada saat pertemuan pertama belum tercapai semua tujuan penelitian maka peneliti dan partisipan membuat kesepakatan kembali untuk pertemuan selanjutnya. Wawancara kedua dilakukan setelah semua data dari hasil wawancara pertama telah dibuat transkrip data dan telah dikonsulkan dengan pembimbing, serta telah mengidentifikasi berbagai kemungkinan tema sementara dari data yang dideskripsikan oleh partisipan. Pada kesempatan ini pula peneliti melakukan perbaikan atau koreksi jika terdapat kesenjangan dari data yang diperoleh saat wawancara pertama. Peneliti juga memberikan kesempatan kepada partisipan untuk melakukan konfirmasi, memperluas dan menambah deskripsi dari pengalaman-pengalaman mereka untuk lebih menambah keakuratan data.

Ketika melakukan penelitian, peneliti menggunakan wawancara mendalam dalam pengumpulan data sesuai dengan pedoman wawancara.

Langkah-langkah wawancara adalah sebagai berikut:

- 1) Peneliti mengajukan pertanyaan kepada partisipan sesuai dengan pedoman wawancara yang telah dibuat mulai dari topik pertama hingga topik terakhir.
- 2) Pada saat wawancara berlangsung, partisipan diperbolehkan meminta jeda untuk istirahat sejenak atau makan-makanan ringan, minum maupun ke kamar kecil.

- 3) Pada saat wawancara berlangsung, terdapat beberapa partisipan yang memberikan jawaban tidak sesuai dengan pertanyaan yang diajukan, sehingga bagi peneliti akan mengarahkan kembali partisipan pada pertanyaan peneliti.
- 4) Peneliti menyimpulkan hasil wawancara dengan mengklarifikasi jawaban yang diberikan oleh partisipan
- 5) Peneliti mencatat hal-hal yang dianggap penting

G. Validasi Data

Validitas (*validity*) data dalam penelitian kualitatif lebih merujuk pada tingkat sejauh mana data yang diperoleh telah akurat mewakili realitas atau topik yang diteliti.⁷² Validitas data dalam penelitian dibagi menjadi 2, yaitu validitas internal dan validitas eksternal. Validitas internal berkaitan antara kerja akurasi desain penelitian dengan hasil dari penelitian. Validitas eksternal berkaitan antara derajat akurasi dapat digeneralkan atau diterapkan pada populasi. Terdapat empat kriteria dalam menetapkan validitas data yaitu *credibility*, *dependability*, *confirmability* dan *transferability*.⁷⁴

a. Uji kredibilitas (*credibility*)

Prinsip kredibilitas menunjuk pada apakah kebenaran penelitian kualitatif dapat dipercaya, dalam mengungkapkan kenyataan sesungguhnya. Pemenuhan kriteria ini peneliti perlu untuk melakukan triangulasi, *member check* dan wawancara atau pengamatan secara terus menerus sehingga mencapai tingkat *redundancy*.⁷⁵ Triangulasi dapat dilakukan dengan menggunakan teknik wawancara, observasi, dan dokumentasi. Triangulasi ini selain digunakan untuk mengecek kebenaran data juga dilakukan untuk memperkaya data. Terdapat empat jenis

triangulasi diantaranya dengan memanfaatkan penggunaan sumber, metode, penyidik dan teori.⁷⁶ Triangulasi sumber merupakan upaya peneliti untuk mengakses sumber data yang lebih bervariasi guna memperoleh data berkenaan dengan persoalan yang sama, dilakukan dengan mencari data dari anggota keluarga pasien yang dirawat di ruang *Intensive Care Unit* (ICU) di rumah sakit lain terkait hal yang sedang diteliti guna mencari informasi apakah data yang ditemukan di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang juga terjadi atau ditemukan pula di rumah sakit yang berbeda. Triangulasi penyidikan dilakukan dengan memanfaatkan peneliti atau pengamat lainnya untuk keperluan pengecekan kembali derajat kepercayaan data. Triangulasi teori, yaitu penggunaan perspektif teori yang bervariasi dalam menginterpretasikan data yang sama, melakukannya dengan cara mengkaji dari berbagai teori yang relevan sehingga dalam hal ini teori tunggal tetapi dengan teori jamak. Peneliti membandingkan data yang diperoleh dari penelitian dengan teori yang ada baik dari buku maupun jurnal referensi.

Pada penelitian ini, peneliti hanya menggunakan teknik pemeriksaan dengan triangulasi metode. Triangulasi metode adalah menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda yaitu dengan wawancara dan dokumentasi, apabila memungkinkan maka akan dilakukan pula observasi.⁷⁶ *Member check* adalah proses pengecekan data kepada partisipan untuk mengetahui kesesuaian data yang diperoleh dari partisipan. Pengamatan secara terus menerus berarti peneliti kembali ke lapangan, melakukan pengamatan lagi,

dan wawancara lagi dengan partisipan yang pernah ditemui maupun yang baru.⁷⁴

b. Uji dependabilitas (*dependability*)

Dependabilitas disebut reliabilitas dalam penelitian kuantitatif. Uji dependabilitas dilakukan dengan melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Peneliti melakukan telaah secara menyeluruh terhadap aktifitas penelitian, mulai menentukan sumber data, melakukan analisa data, melakukan uji keabsahan data, sampai pembuatan kesimpulan harus dapat ditunjukkan oleh peneliti. Pengujian dependabilitas dilakukan oleh pembimbing untuk mengaudit keseluruhan aktivitas peneliti mulai dari menentukan masalah/focus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisis data, uji keabsahan data, hingga membuat kesimpulan.⁷⁴

c. Uji konfirmabilitas (*confirmability*)

Uji konfirmabilitas berasal dari konsep objektifitas menurut pandangan penelitian kualitatif. Pemastian bahwa sesuatu objektif atau tidak, tergantung pada persetujuan beberapa orang terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Peneliti melakukan pengujian ini dengan melakukan konsultasi bersama dengan pembimbing, serta melakukan konfirmasi di akhir wawancara dengan mengulang kembali jawaban yang telah disampaikan oleh partisipan.⁷⁴

d. Uji transferabilitas (*transferability*)

Transferability merupakan validitas eksternal dalam penelitian kualitatif, menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil. Transferability mengarah pada generalisasi penemuan dapat berlaku atau diterapkan pada semua konteks dalam populasi yang sama atas dasar penemuan yang diperoleh

pada sampel yang secara representatif mewakili populasi itu. Peneliti membuat laporan penelitian ini dengan memberikan uraian yang jelas dan rinci serta sistematis, sehingga diharapkan pembaca dapat dengan jelas memahami hasil penelitian serta dapat memutuskan bias atau tidak dalam mengaplikasikan hasil penelitian di tempat lain.⁷⁴

H. Teknik Pengolahan Data dan Analisis Data

Analisis data merupakan proses penyusunan data agar dapat ditafsirkan. Tafsiran atau interpretasi data artinya memberikan makna kepada analisis, menjelaskan kategori atau pola, mencari hubungan antara konsep yang mencerminkan pandangan atau persektif peneliti.⁷² proses analisis pada penelitian kualitatif dilakukan setelah pengumpulan data selesai dari semua partisipan. Model analisis data yang dilakukan pada penelitian ini yaitu sesuai tahapan menurut Colaizzi (1978) dalam Streubert & Carpenter (2003):⁷⁷

a. Membuat transkrip data

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan kemudian dibuat transkrip. Hasil catatan yang juga didapatkan dicantumkan pula pada transkrip, yang berguna untuk mempertegas hasil dari wawancara tersebut.

b. Membaca hasil transkrip berulang-ulang

Setelah membuat transkrip kemudian peneliti membaca hasil transkrip tersebut secara berulang-ulang untuk mengidentifikasi pernyataan yang bermakna dari setiap partisipan. Pernyataan yang bermakna tersebut dari setiap partisipan dan berdasar dari catatan lapangan saat dilakukannya penelitian disebut sebagai kata kunci.

c. Mengulang semua proses ini untuk semua hasil transkrip partisipan yang kemudian menentukan kategori

Semua pernyataan yang memiliki makna yang sama atau hampir sama dijadikan dalam satu kategori.

- d. Memahami berbagai kategori secara utuh dan menelusuri tema yang yang kemungkinan muncul

Kategori yang telah didapatkan, menjadikan pernyataan yang bermakna dan saling berhubungan sehingga dapat dijadikan tema.

- e. Membuat formulasi tema-tema yang muncul

Kategori yang sejenis dan terkait dirumuskan dalam bentuk tema.

- f. Mengintegrasikan hasil secara keseluruhan ke dalam bentuk deskripsi naratif yang lengkap, sistematis dan jelas tentang analisis tersebut.

Tujuan penjabaran tersebut adalah untuk mengkomunikasikan struktur makna yang telah berhasil diidentifikasi dari persepsi keluarga tentang waktu kunjung ICU.

- g. Mengklarifikasi hasil deskriptif analisis data yang telah dibuat dengan mengembalikan kepada partisipan untuk memastikan apakah sudah sesuai dengan apa yang disampaikan. Pada tahap ini peneliti melakukan validasi langsung dengan datang kembali ke rumah partisipan.

I. Etika Penelitian

Penelitian yang menggunakan manusia sebagai subjek dari penelitian harus menghormati hak dan integritas kemanusiaan. Prinsip etik dalam melakukan penelitian menurut ANA (*American Nurse Association*) yang berkaitan dengan peran perawat adalah sebagai berikut :⁷⁸

1. Otonomi

Otonomi artinya partisipasi yang diberikan oleh responden bersifat sukarela

dan peneliti harus menjelaskan pada responden bahwa responden diberikan hak dan kebebasan dalam memilih untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, tanpa paksaan dan apabila responden merasa tidak nyaman dapat mengundurkan diri. Setelah menjelaskan secara detail terkait penelitian yang dilakukan peneliti memberikan lembar *informed consent* kepada partisipan.

2. *Beneficence*

Peneliti diharapkan mampu memberikan manfaat dari penelitiannya, baik bagi responden, peneliti, pihak terkait maupun masyarakat pada umumnya. Penelitian ini memiliki kebermanfaatan bagi perawat dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan tentang kebutuhan anggota keluarga. Bagi rumah sakit dari hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan dan bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan peraturan di ruang ICU sebagai upaya peningkatan pelayanan kepada pasien dan keluarga pasien. Bagi peneliti, penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan peneliti secara umum dan penelitian mengenai persepsi keluarga tentang waktu berkunjung di ICU dan dapat digunakan sebagai acuan penelitian selanjutnya. Bagi institusi pendidikan penelitian hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data tambahan dan informasi dalam penelitian keperawatan dan untuk pengembangan penelitian pada ruang lingkup yang sama.

3. *Nonmaleficence*

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada partisipan. Tidak ada tindakan yang dilakukan selama proses penelitian ini yang menyebabkan suatu penderitaan ataupun menyakiti partisipan. Pada penelitian ini responden hanya menjawab pertanyaan yang diberikan dan tidak

diberikan intervensi atau suatu tindakan yang dapat membahayakan responden.

b. Bebas dari eksploitasi

Partisipasi dari partisipan dalam penelitian dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Partisipan diyakinkan bahwa partisipasi dan informasi yang diberikan dalam penelitian ini tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang merugikan partisipan dalam bentuk apapun. Pernyataan tersebut tercantum dalam lembar permohonan menjadi partisipan yang kemudian dibaca oleh calon partisipan dilakukan sebelum mengisi lembar persetujuan untuk lebih meyakinkan partisipan.

4. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Partisipan mempunyai hak meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*). Penelitian ini benar-benar menjaga kerahasiaan partisipan dengan tidak meminta partisipan untuk mencantumkan nama namun hanya mencantumkan tanda tangan atau inisial nama pada lembar persetujuan menjadi partisipan. Peneliti memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang diperoleh dijamin kerahasiaannya oleh peneliti sehingga hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

5. *Veracity*

Penelitian yang dilakukan peneliti menjelaskan dengan jujur tentang manfaat pada responden saat berpartisipasi dalam penelitian.

6. *Justice*

Dalam melakukan penelitian ini semua responden mendapatkan perlakuan yang sama tanpa membedakan *gender*, ras, dan agama.

J. Jadwal Penelitian

Kegiatan	WAKTU PENCAPAIAN (Tiap Minggu)																																												
	OKT				NOV				DES					JAN				FEB				MARET					APRIL				MEI				JUNI				JULI						
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Penentuan Topik dan Judul																																													
BAB I Pendahuluan																																													
BAB II Tinjauan Pustaka																																													
BAB III Metode Penelitian																																													
Seminar Proposal																																													
Revisi Proposal																																													
Pengajuan <i>Ethical Clearance</i>																																													
Pengajuan surat ijin penelitian																																													
Penelitian																																													

DAFTAR PUSTAKA

1. Rab T. Agenda gawat darurat (Critical Care). 2nd ed. Bandung: PT Alumni. 2007.
2. Ramnath R. Perception and preferences of patient, family/friends and nurses on visiting time in ICU. Desertation; 2007. Available from: <http://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/1671/dissertation.pdf;jsessionid=18C5CC0CCE5533339A39374E81B9486B?sequence=1>
3. Peterson M. Process helped gain acceptance for open visitation hours. Critical Care Nurse. 2005; 25:70-72. <http://ccn.aacnjournals.org/content/25/1/72.full.pdf+html>
4. Farrell ME, Joseph DH & Barcott DS. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor and staff needs. Nursing Forum. 2005; 40(1):18-28. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2005.00001.x/abstract;jsessionid=B51DE1D3A146ED5969C955B092EEA5E4.f04t03>
5. Dolan P, Canavan J, Pinkerton J. Family support as reflective practice. London : Jessica Kingsley Publishers. 2006
6. Harnilawati. Konsep dan proses keperawatan keluarga 1st ed. Sulawesi Selatan: As Salam. 2013.
7. Ambari PKT. Hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan rumah sakit [Online].; 2010. Available from: http://eprints.undip.ac.id/10956/1/RINGKASAN_skripsi.pdf.
8. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centered care. British Journal of Nursing. 2010; 19(14).
9. Kotagal M, Berwick. Retricted visiting hours in ICUs. Journal of the American Association. 2004; 292,
10. Haghbine S, Tayebi Z, Abasiyan A, Farkhondeh T, Kazemi T. Visiting hour polices in intensive care units, Southern Iran. Middle-East Journal of Scientific Reasearch. 2013; 14(3).
11. Effendy N. Dasar- dasar keperawatan kesehatan masyarakat. 2nd ed. Jakarta: EGC. 1998.
12. Hardjana AM. Komunikasi itrapersonal dan interpersonal. Yogyakarta: Kanisius. 2003.
13. Bono ED. How to have a beautiful mind. Bandung: Kaifa PT Mizan Pustaka. 2007
14. Sunaryo. Psikologi untuk keperawatan. Ester M, editor. Jakarta: EGC. 2004.
15. Notoatmojo S. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Cetakan 1. Jakarta: EGC. 2003
16. Walgito B. Pengantar psikologi umum. Yogyakarta: CV Andi Offset. 2004
17. Siagian. Teori motivasi dan aplikasinya. Jakarta: PT Rineka Cipta. 1995.
18. Toha M. Perilaku organisasi konsep dasar dan aplikasinya. Jakarta: Grafindo Persada. 2003.
19. Effendi F. Keperawatan kesehatan komunitas: Teori dan praktik dalam keperawatan. Jakarta: Salemba Medika. 2009.
20. Brooker C. Ensiklopedia keperawatan. Jakarta: EGC. 2008.
21. Niven N. Psikologi kesehatan pengantar intuk perawat profesional kesehatan lain. Jakarta: Salemba Medika. 2009.
22. Asmadi. Konsep dasar keperawatan. M Anisa Eka, editor. Jakarta: EGC. 2008
23. Kemenkes RI No. 1778/Menkes/SK/XII/2010
24. Stedmen. Kamus ringkas kedokteran stedmen untuk profesi kesehatan. 4nd ed. Dirickx, editor. Jakarta: EGC. 2005

25. Olsen KDE, Dysvik, Hanse BS. Intensive and critical care nursing (*online*). 2009; 25: 190-198. Available from: <https://www.elsevier.com/journals/intensive-and-critical-care-nursing/0964-3397?generatepdf=true>
26. Hudak CM, Gallo BM, dan Morton PG. Critical care nursing: a holistic approach. 7th ed. United States of America; Lippincott Williams and Wilkins. 1998
27. Bersten AD, Neil S. Oh's intensive care manual. 7th ed. China: Elsevier. 2009. Available from: <http://paperity.org/p/61668600/ohs-intensive-care-manual-7th-edition>
28. Baron YM. Extending hospital visiting hours. Health systems and policy research. 2016; (3) 1:5. Available from: <http://www.hsprj.com/health-maintanance/extending-hospital-visiting-hours.pdf>
29. Azoulay E, Pochard FS, Aric CH, Brivet G, Burn. Family participation in care to critically ill: Opinions of families and Staff. Intensive Care Medicine. 2003; (9) 1498-1504. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12856124>
30. Garrouste OM, Willems V, Timsit J, Diaw F, Brochon S, Vesin A. Opinions of damilies, staff, and patients about family participation in care in intensive care units. Journal of Critical Care. 2010; 25: 634-640. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20435430>
31. Soury L, Hauchard AI, Dray S, Baillot M, Bertholet E, Clabault K. Survey of caregiver opinions on the practicalities of family-centered care in intensive care units. Journal of Clinical Nursing. 2011; 21: 1060-1067. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035333>
32. Berti D, Ferdinande P, Mons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. 2007; 33: 1060-1065. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17384930>
33. The Joint Commission. Patient-centered communication standards for hospitals. R3 Report: Requirement, Rationale, Reference. R3 Report;1:1-4. 2011. Available from: <https://www.jointcommission.org/assets/1/18/R3%20Report%20Issue%201%202011.1.PDF>
34. Simon SK, Phillip K, Badalamenti S, Ohlert J, Krumberger J. Current practice regarding visitation policies in critical care units. Am J Crit Care. 1997; 6(3):210-217.
35. Roland P, Russell J, Richards KC, Sullivan SC. Visitation in critical care: process and outcomes of a performance improvement initiative. J Nurs Care Qual. 2001; 15(2): 18-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11125694>
36. Smith L, Medeves J, Harrison MB, Tranmer J, Waytuck B. The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. J Adv Nurs. 2009; 65(11):2293-2298).
37. Obama B. Respecting the rights of patients to receive visitors and to designate surrogate decision makers for hospital emergencies. Presidential Memorandum-Hospital Visitation. 2010. Available from <http://www.jurist.org/documents/presidentialmemos/2010/04/2010-9211.php> . Accessed Januari,5,2017.
38. McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2008; 34(6):1097-1101. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18369593>
39. AACN Practice Alerts. Family Presence: Visitation in the adult icu. Critical Care Nurse. 2012; 32(4). Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/32/4/76.full>
40. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. Circulation. 2006; 113:946-952. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16490836>

41. Barclay L & Lie D. Pedoman baru diterbitkan untuk dukungan keluarga pada pasien berpusat ICU. Medscape Medical News, 6 Februari: 1-4. 2007
42. Gerrouste, Orgeas. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a Report of The Outcomerea Research Group. Ann. Intensive Care. 2016; 6;82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4999564/>
43. Gianinni A. Visiting policies and family presence in ICU: a matter for legislation?. Intensive Care Med. 2013; 39:161
44. Simpson AC, Young J, Dona hue, Rocker G. A day at a time: caregiving on the edge in advanced COPD. Int J Chron Obstruct Pulmo Dis. 2012; 5: 141-151. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898087/>
45. Bellou PP, Gerogianni KG. The contribution of family in the care of Patient din Hospital. Health science journal. 2008; 3. Available from: <http://www.hsj.gr/medicine/the-contribution-of-family-in-the-care-of-patient-in-the-hospital.pdf>
46. Sims JM, MiracleVA. Miracle. a look at critical care visitation. Dimensi crit care nurse. 2006; 25 (4): 175-181). Available from: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/57/42-A Look at Critical Care Visitation The Case for Flexible Visitation.pdf>
47. Burchardi H. Let's open the door!. Intensive care Med. 2002; ;8:1371-2. Avaiable from; http://www.timeoutintensiva.it/tecne_data/open%20the%20door.pdf
48. Slota M, Shear ND, Potersnak K, Haas L. Perspektives on family-centered, flexible visitation in teh intensive care unit setting. Crit Care Med. 2003; 31(5). Available from: http://journals.lww.com/ccmjournl/Citation/2003/05001/Perspectives_on_family_centered,_flexible.6.aspx
49. Guerly MJ. Determininino ICU visitation hours. Medsurg Nurs. 1995; 30:87-96.
50. Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting Hours in ICUs. The Journal of the American Medical Association. 2004; 292 (4). Available from: https://www.researchgate.net/profile/Donald_Berwick/publication/8407607_Restricted_Visiting_Hours_in_ICUs_Time_to_Change/links/0c96051ffa429658dd000000.pdf
51. Bergbom I, Askwall A. The nearest and dearest: a lifeline for ICU patient. Intensive care Nurs. 2000; 16:384-95. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339700915209?showall%3Dtrue%26via%3Dihub>
52. Young GB, Plotking DR. ICU: oneffectif communication unit. Crit Care Med. 2000; 28 (3) 16-7.
53. Marilyn R, Friedman, Vicky R. Bowden, Elaine G. Jones. Buku ajar keperawatan keluarga riset:Teori & Praktik. Jakarta: EGC. 2010
54. Lestari S. Psikologi keluarga: penanaman nilai dan penanganan konflik dalam keluarga. Jakarta: Prenada Media Group. 2012
55. Suprajitno. Asuhan keperawatan keluarga aplikasi dalam praktik. Jakarta: EGC. 2004
56. Kaya H, Tosun K. Level of anxiety and ways of coping of family members of patients hospitalized in the neurosurgery intensive care unit. Neurosurgeriencens. 2008
57. Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problem following ICU treatment. Anaesthesia. 2001 Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1167429>
58. Rigon R, Azoulay M, Cheyrent E, Sylvie. Evaluating mortality in intensive care unit: contribution of ompeting risks analyses. Crit Care [Internet]. 2006. Diakses Feb [cited 2017 Jan 05] available from :

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1550827&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

59. Multicenter A, Trial C, Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients. *AMJ Crit Care Med.* 2002; 165;438-42. Available from: http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm.165.4.200108-006oc?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
60. Millar B. *Caring the family in the critical care unit.* Philadelphia: Lippincott- Raven publisher. 1998
61. Davidson JE. Family—centered care: meeting the needs of families and helping families adapt to critical illness. *Crit Care Med [internet]* Jun; 29 (3): 28-34. 2009. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19487778>
62. Darwin S. *Riset keperawatan: sejarah dan metodologi.* Jakarta: EGC. 2003.
63. Koentjaraningrat. *Metode-metode penelitian masyarakat.* Jakarta: PT Gramedia. 1993
64. Sugiyono. *Memahami penelitian kualitatif.* Bandung; Alfabeta. 2012
65. Sukmandinata. *Metode penelitian pendidikan.* Bandung: Remaja Rosdakarya. 2006
66. Semiawan, Conny R. *Metode penelitian kualitatif: jenis, karakteristik dan keunggulannya.* Jakarta: Garsindo. 2010.
67. Denim & Sudarman. *Riset keperawatan: sejarah dan metodologi.* Jakarta: EGC. 2003
68. Nasution S. *Metode research.* Jakarta: Bumi Aksara. 2006
69. Sarwono, Jonathan. *Mixed methods: cara menggabung riset kuantitatif dan riset kualitatif secara benar.* Jakarta: PT Elex Media Komputindo. 2011
70. Hamdi AS & Bachrudin. *Metode penelitian kuantitatif aplikasi dalam pendidikan.* Yogyakarta: Deepublish. 2014
71. Cresswell & John W. *Research design pendekatan kualitatif, kuantitatif dan mixed.* Yogyakarta: Pustaka Pelajar. 2010
72. Daymon C, Immy H. *Metode-metode riset kualitatif dalam public relations dan marketing communications.* Yogyakarta : Bentang. 2008
73. Pawito. *Penelitian komunikasi kualitatif.* Yogyakarta: LkiS. 2008
74. Prastowo. *Metode kualitatif dalam perspektif rancangan penelitian.* Jogjakarta : Arruz Media. 2011
75. Sugiyono. *Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif.* Bandung: Alfabeta. 2009
76. Danim S. *Menjadi peneliti kualitatif.* Bandung : Pustaka Setia. 2002
77. Streubert SHJ & Carpenter DR. *Qualitative research in nursing : advancing the humanistic imperative.* 3rd ed. Philadelphia : Lippincott William Wilkins; 2003.
78. Moleong, Lexy J. *Metode penelitian kualitatif.* Bandung : PT. Remaja Rosdakarya. 2005