

PEMENUHAN KEBUTUHAN KELUARGA PASIEN KRITIS DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT (ICU) RSUD DR. DRADJAT PRAWIRANEGARA SERANG

Lukmanulhakim^{a,*}, Winda Firdaus^b

^aProgram Studi Profesi Ners STIKes Faletehan Serang Banten

E-mail : lukmanulhakimshodrudin@yahoo.com

^bProgram Studi Ilmu Keperawatan STIKes Faletehan Serang Banten

E-mail : winda.firdaus31@gmail.com

Abstrak

Perawatan di ICU dapat menandakan ancaman bagi pasien yang dirawat di unit tersebut, besarnya ancaman kehidupan di ICU tidak hanya menimbulkan kecemasan bagi pasien namun juga bagi keluarga. Keluarga berperan penting dalam upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien untuk itu pihak rumah sakit juga perlu memperhatikan aspek kebutuhan keluarga pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kritis di ICU RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang Tahun 2017. Desain dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilakukan di ICU RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang dengan jumlah sampel 40 responden. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa (55,0%) responden mengatakan kebutuhan keluarga pasien di ICU terpenuhi dan sebesar (45,0%) responden mengatakan bahwa kebutuhan keluarga pasien di ICU belum terpenuhi. Kebutuhan informasi merupakan kebutuhan keluarga yang paling banyak terpenuhi (65,0%), sedangkan kebutuhan dukungan mental merupakan kebutuhan keluarga yang paling sedikit terpenuhi (57,5%). Kesimpulannya pemenuhan kebutuhan keluarga pasien di ICU masih perlu ditingkatkan lagi utamanya pada dukungan mental. Sehingga upaya yang bisa dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dukungan mental adalah dengan mengaplikasikan praktik keperawatan secara holistik yang dimana diperlukan pendekatan antara petugas ICU dengan keluarga dalam konteks *family center care*.

Kata Kunci: *Intensive Care Unit*, Kebutuhan Keluarga, Pasien Kritis.

Abstract

Treatment in the ICU can signal a threat to patients treated in this unit, the magnitude of life threats in the ICU not only raises anxiety for patients but also for families. Families play an important role in healing and restore the health of patients to the hospital also need to pay attention to aspects of family needs of patients. This study aims to find out the description of the fulfillment of family needs of critical patients in ICU RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang Year 2017. Design in this research is descriptive with quantitative approach. This research was conducted in ICU RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang with a total sample of 40 respondents. The results of this study showed that (55.0%) of respondents said the needs of the patient's family in the ICU is fulfilled and amounted to (45.0%) respondents said that the patient's family needs in ICU has not been fulfilled. The need for information is the most fulfilled family needs (65.0%), while the need for mental support is the most unmet family needs (57.5%). In conclusion, meeting the needs of the patient's family in ICU still needs to be improved especially on mental support. In order for the effort that can be made to meet the needs of mental support is to apply a holistic nursing practice where an approach is needed between the ICU staff and the family in the context of family care center.

Keywords: Intensive Care Unit, Family Needs, Critical Patients.

I. PENDAHULUAN

Critical Care Nurses Association of The Philippines mendefinisikan pelayanan keperawatan kritis sebagai kekhususan dalam pelayanan keperawatan untuk menangani respon manusia dalam mengatasi masalah

yang mengancam jiwa dimana masalah tersebut dapat berubah secara dinamis dan mengancam kehidupan secara aktual maupun potensial. Morton, Fontaine., Hudak, dan Gallo (2013) mendefinisikan pasien kritis sendiri sebagai pasien yang mengalami sakit kritis tidak hanya

terdiri dari perubahan fisiologis, tetapi juga proses psikososial, perkembangan, dan spiritual.

Keluarga merupakan supporting system yang sangat penting dalam proses penyembuhan pasien, apabila dukungan keluarga tidak didapatkan pasien, maka sangat berpengaruh pada proses penyembuhan dan pemulihan spiritual (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2013). Peran keluarga ini didukung dalam beberapa penelitian di Amerika, bahwa kehadiran keluarga sebagai fasilitator dan sumber informasi mengenai riwayat pasien, sebagai penyemangat, pemberi harapan, serta dapat membantu memberikan rasa aman dan nyaman bagi pasien (Mc Adam, Arai, & Puntillo, 2008). Mengingat pentingnya peran keluarga bagi pasien kritis, pertama kali perawat Nancy Motter melakukan penelitian pada tahun 1979 tentang kebutuhan keluarga di ruang ICU, ditujukan untuk memenuhi kebutuhan keluarga pasien (Motter, 1979 dalam Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007).

Leske, J (1986) melakukan penelitian kembali yang pernah dilakukan oleh motter dengan menggunakan kuesioner yang sama, setelah memodifikasi instrument dengan menambahkan item terbuka dan kuesioner ini disebut Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) dan terdiri dari 45 kebutuhan anggota keluarga dengan tingkat kebutuhan yang berbeda-beda, dan menggunakan skala liker rentang 1 sampai dengan 4. Ditahun yang berbeda (1991), leske melakukan penelitian kembali dengan melibatkan 677 anggota keluarga dengan instrument CCFNI yang telah di analisa dalam 5 dimensi yaitu: dukungan, kenyamanan, informasi, kedekatan, dan jaminan (leske, 1991 dalam Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007).

Dampak dari tidak terpenuhinya 5 dimensi kebutuhan keluarga, salah satunya kebutuhan akan informasi terkait perkembangan penyakit pasien dan penjelasan rencana pengobatan dapat meningkatkan kecemasan pada keluarga pasien, kecemasan yang dialami keluarga mengakibatkan keluarga tidak dapat memikirkan secara rasional terhadap prognosis dan pengobatan pasien di ruang ICU hal ini mengakibatkan pengambilan keputusan yang tertunda dan dapat merugikan pasien dalam pemberian tindakan secara intensive

(Davidson, Powers, Hedayat, Tieszen, Kon, Shepard, et al, 2009).

Penelitian di Indonesia sendiri di salah satu Rumah Sakit di Semarang telah teridentifikasi bahwa keseluruhan responden mengemukakan pandangan mereka terhadap kebutuhan jaminan pelayanan merupakan kebutuhan yang dianggap paling penting oleh sebagian besar responden (96,3%), selanjutnya diikuti oleh kebutuhan dekat dengan pasien (86,4%), kebutuhan rasa nyaman (85,5%), kebutuhan informasi (79,8%), dan kebutuhan dukungan mental (72,3%) (Saputra & Utami, 2015). Penelitian lainnya juga dilakukan oleh Teti Hariani Pane (2012), yang dimana mengemukakan dalam penelitiannya bahwa sebagian besar responden mengatakan merasakan adanya harapan akan kesembuhan pasien (96%) kebutuhan yang paling penting disusul dengan kebutuhan informasi berupa mengetahui perkembangan penyakit pasien (93%), dan Kebutuhan keluarga akan adanya jaminan pelayanan berupa mengetahui bahwa semua tindakan bertujuan untuk kesembuhan pasien (91%).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti dengan melakukan wawancara pada keluarga pasien yang menunggu di ICU mengtakan bahwa informasi dari dokter kurang terpapar pada keluarga dikarenakan keluarga jarang bertemu dengan dokter yang menangani pasien, keluarga juga mengatakan ingin mendapatkan data atau informasi tentang kemajuan kondisi pasien, keluarga pasien lainnya juga mengatakan seharusnya pihak rumah sakit/ICU menyediakan fasilitas pendidikan rohani agar pasien dan keluarga dapat sabar dan tabah dalam menghadapi musibah yang sedang dihadapi. Selain itu tak banyak dari staf ICU masih belum memenuhi kebutuhan keluarga pasien kritis salah satunya terkait kebutuhan pendidikan rohaniawan, serta belum tampak perhatian perawat yang menyeluruh kepada keluarga pasien kritis di ICU RSUD dr.Dradjat Prawiranegara Serang.

II. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, yang bertujuan untuk mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan keluarga pasien kritis di ICU.

Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan keluarga pasien kritis yang ada di ICU RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang yang berjumlah 40 orang. Adapun jumlah sampel sebanyak 40 sampel dengan menggunakan purposive sampling yang dimana memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

Alat pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah berupa lembar isi karakteristik responden, lembar kuesioner Kebutuhan Psikososial Keluarga—CCFNI (Critical Care Family Need Inventory) yang diambil dari buku Nursalam (2015).

Data yang telah terkumpul kemudian dianalisa menggunakan program komputer dengan menggunakan analisis proporsi dan dituangkan dalam tabel distribusi frekuensi.

III. HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Frek	%
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	18	45.0%
Perempuan	22	55.0%
Umur		
Dewasa Awal	15	37.5%
Dewasa Akhir	25	62.5%
Pendidikan		
Rendah	8	20.0%
Tinggi	22	80.0%
Karakteristik Responden		
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	18	45.0%
Bekerja	22	55.0%
Hubungan Dengan Pasien		
Orang tua	14	35.0%
Saudara kandung	4	10.0%
Paman/Bibi	1	2.5%
Suami/Istri	9	22.5%
Anak	12	30.0%
Lama Menunggu		
1-4 Hari	29	72.5%
≥5 hari	11	27.5%

Berdasarkan Tabel 1. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (55,0%), dengan usia pada dewasa akhir (62,5%), berpendidikan tinggi (80,0%), pekerjaan responden sebagian besar bekerja (55,0%), adapun hubungan dengan pasien adalah sebagian besar orang tua (35,5%), dan lama menunggu pasien sebagian besar responden 1-4 hari (72,5%).

Tabel 2. Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis (CCFNI)

Kebutuhan Keluarga CCFNI	Frek	(%)
Tidak Terpenuhi	18	45.0%
Terpenuhi	22	55.0%
Total	40	100.0%

Berdasarkan Tabel 2. diperoleh hasil bahwa dari 40 responden hampir sebagian besar responden yaitu 22 keluarga (55,0%) mengatakan terpenuhi akan kebutuhan keluarga-CCFNI. Hasil ini memperkuat dengan apa yang telah dikemukakan oleh Arniati dan Utami (2014) dalam penelitiannya yang menjelaskan bahwa sebagian besar respondennya mengatakan kebutuhan keluarga pasien di ICU terpenuhi. Hasil penelitian ini pun mendukung terhadap teori kebutuhan dasar manusia yang dijelaskan oleh Hidayat & Uliyah (2014) bahwa setiap individu memiliki kebutuhan yang bersifat heterogen, setiap individu pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena terdapat perbedaan budaya, maka kebutuhan tersebut pun ikut berbeda.

American Association of Critical Care Nurses (AACN) menyebutkan bahwa salah satu bagian dari asuhan keperawatan holistik juga merupakan tanggung jawab dari perawat, yang dimana perawatan kritis tidak hanya berfokus pada kebutuhan pasien saja, melibatkan keluarga dalam pemberian asuhan keperawatan juga merupakan tanggung jawab dari perawat (AACN, 1989 dalam Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2013).

Menurut pendapat peneliti memenuhi kebutuhan keluarga pasien kritis merupakan hal yang sangat penting dikarenakan jika keluarga tidak mendapatkan apa yang dibutuhkan keluarga selama menunggu di ICU terkait informasi perkembangan penyakit pasien, dukungan mental dari staf ICU, rasa

nyaman yang dirasakan selama menunggu pasien, kedekatan dengan pasien, serta jaminan pelayanan. Hal ini dapat meningkatkan kecemasan yang dirasakan oleh keluarga sehingga keadaan ini memungkinkan keluarga tidak dapat melakukan perannya dengan maksimal sebagai *support sistem* pasien, serta sebagai pengambil keputusan yang akan dilakukan pada pasien, sebagaimana dengan apa yang telah dikemukakan oleh Lukmanulhakim, Suryani, dan Anastasia, (2016) bahwa kondisi pasien kritis pemicu meningkatnya kecemasan anggota keluarga, dalam situasi ini rentan sekali terhadap layanan asuhan keperawatan yang tidak efektif yang akan diberikan oleh perawat diruang perawatan kritis.

Tabel 3. Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis Berdasarkan Lima Aspek Kebutuhan Keluarga

Kebutuhan Keluarga	Frek	(%)
Informasi		
Tidak Terpenuhi	14	35.0%
Terpenuhi	26	65.0%
Total	40	100.0%
Dukungan Mental		
Tidak Terpenuhi	23	57.5%
Terpenuhi	17	42.5%
Total	40	100.0%
Kebutuhan Keluarga	Frek	(%)
Rasa Nyaman		
Tidak Terpenuhi	16	40.0%
Terpenuhi	24	60.0%
Total	40	100.0%
Kedekatan Dengan Pasien		
Tidak Terpenuhi	21	52.5%
Terpenuhi	19	47.5%
Total	40	100.0%
Jaminan Pelayanan		
Tidak Terpenuhi	15	37.5%
Terpenuhi	25	62.5%
Total	40	100.0%

Berdasarkan Tabel 3. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden yaitu 26 keluarga (65,0%) dari total 40 responden mengatakan bahwa kebutuhan informasi merupakan kebutuhan yang paling banyak terpenuhi diantara 4 kebutuhan keluarga lainnya. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya dimana kebutuhan jaminan pelayanan menjadi prioritas kebutuhan

keluarga pasien kritis di ICU (Pane, 2012). Lain halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Kinrade, Jackson dan Tomay (2009) yang menyatakan bahwa kebutuhan keluarga yang paling dibutuhkan adalah mendapatkan informasi tentang prognosa atau kemungkinan yang dapat terjadi pada pasien di ICU Daerah Victoria Australia.

Keluarga pasien yang menunggu di ICU sering dihadapkan dalam situasi pengambil keputusan yang akan dilakukan pada pasien, hal ini dapat mengakibatkan kecemasan pada keluarga dalam mencari informasi dan dukungan, kecemasan yang dialami keluarga dapat mempengaruhi hubungan antara keluarga pasien dengan petugas kesehatan (Blanchard & Alvi, 2008). Hal ini bukanlah menjadi hambatan bagi staf ICU dalam menyampaikan informasi kepada keluarga, rumah sakit sebaiknya memiliki suatu cara yang dapat dilakukan dalam mengantisipasi hal tersebut, salah satunya dalam berkomunikasi dengan pasien maupun keluarga, perawat sebaiknya perlu memahami perasaan dan perilaku keluarga dengan memperhatikan latar belakang keluarga, budaya dan keunikan setiap individu, agar tercipta komunikasi yang baik antara petugas kesehatan dengan klien maupun keluarga.

Berdasarkan Tabel 3. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden yaitu 23 keluarga dengan persentase sebesar (57,5%) dari total 40 responden mengatakan bahwa kebutuhan dukungan mental merupakan kebutuhan yang paling banyak belum terpenuhi diantara 4 kebutuhan keluarga lainnya. Hasil ini memperkuat dengan apa yang telah dikemukakan oleh Saputra dan Utami (2015) dalam penelitiannya bahwa kebutuhan dukungan mental merupakan kebutuhan keluarga dengan persentase yang paling sedikit.

Pelayanan keperawatan yang holistik dengan melibatkan anggota keluarga merupakan tanggung jawab dari perawat (Morton, Fontaine, Hudak, & Gallo, 2013). Hal ini sesuai dengan pendapat Duran, Oman, Koziel, Szymanski (2007) yang dimana pelayanan keperawatan yang holistik diperlukan pendekatan keluarga dalam konteks *Family Centered*, merupakan sebuah pendekatan yang dimana kepedulian tidak hanya ditunjukkan kepada pasien, tetapi juga

kepada keluarga pasien karena setiap pasien merupakan bagian dari unit keluarga.

Topik lain yang tidak kalah penting dalam kebutuhan dukungan mental merupakan kebutuhan akan dukungan spiritual yang dimana dapat mengurangi kecemasan yang dialami oleh keluarga pasien (Koenig, 2001). Hal ini juga memungkinkan untuk dilakukan kepada keluarga pasien dengan meningkatkan dukungan spiritual salah satunya dengan mendatangkan pemuka agama diharapkan dapat mengurangi kecemasan yang dirasakan oleh keluarga pasien kritis.

Berdasarkan Tabel 3. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden yaitu 24 keluarga (60,0%) dari total 40 responden mengatakan bahwa kebutuhan rasa nyaman sudah terpenuhi. Hasil penelitian ini memperkuat dengan apa yang telah diidentifikasi oleh Saputra dan Utami (2015) dalam penelitiannya bahwa sebagian besar respondennya mengatakan kebutuhan rasa nyaman merupakan kebutuhan keluarga yang dirasakan paling penting.

Kebutuhan rasa nyaman ini merupakan salah satu dari teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Abraham Maslow yang dimana kebutuhan ini dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis, perlindungan fisik merupakan perlindungan atas ancaman terhadap tubuh ataupun hidup. Ancaman ini dapat berupa kecelakaan, penyakit, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis merupakan perlindungan atas ancaman yang baru dan asing. Misalnya kekhawatiran yang dialami keluarga ketika salah satu dari anggota keluarganya masuk dalam perawatan di ICU (Hidayat & Uliyah, 2014).

Berdasarkan Tabel 3. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden yaitu 21 keluarga (52,5%) dari total 40 responden mengatakan belum terpenuhinya akan kebutuhan kedekatan dengan pasien, yang dimana hal diatas sependapat dengan apa yang di kemukakan oleh Arniati dan Utami (2014) dalam penelitiannya bahwa kebutuhan dekat dengan pasien merupakan kebutuhan keluarga yang paling sedikit terpenuhi. Begitupun dengan apa yang ditemukan dalam penelitian Pane (2012), yang menyatakan bahwa kebutuhan dekat

dengan pasien paling banyak dibutuhkan oleh keluarga pasien di ICU.

Kedekatan keluarga dengan pasien merupakan salah satu peran dari keluarga yang dapat memberikan manfaat bagi keluarga, pasien maupun tenaga kesehatan. Manfaat tersebut meliputi dapat memberikan dukungan emosional, kenyamanan, serta memberikan keintiman antara keluarga dan pasien selama perawatan di ICU seperti membantu memandikan, menyeka, menyisir rambut dan memberikan sentuhan, kehadiran keluarga juga dapat menurunkan tekanan intracranial pasien apabila pasien beresiko mengalami komplikasi peningkatan tekanan intracranial (Mc Adam, Arai, Puntillo, 2008). Begitu penting dan bermanfaatnya kedekatan dengan pasien seharusnya pihak rumah sakit atau staf ICU ikut melibatkan keluarga dalam beberapa hal yang akan dilakukan pada pasien

Berdasarkan Tabel 3. diperoleh hasil bahwa sebagian besar responden yaitu 25 keluarga (62,5%) dari total 40 responden mengatakan bahwa kebutuhan jaminan pelayanan sudah terpenuhi. Hasil penelitian ini memperkuat dengan apa yang telah diidentifikasi oleh Saputra dan Utami (2015) dalam penelitiannya menyatakan bahwa dimana kebutuhan jaminan pelayanan menjadi prioritas kebutuhan keluarga pasien kritis di ICU.

Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia no. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, mendapatkan pelayanan yang bermutu sesuai standar serta mendapat pelayanan yang jujur dari petugas kesehatan merupakan hak pasien dan memberikan informasi yang jujur, benar serta *valid* merupakan kewajiban dari rumah sakit. Kinerja perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan menjadi tolak ukur dari kualitas pelayanan dan kepuasan pasien maupun keluarga, dimana kualitas pelayanan menjadi penentu citra institusi pelayanan yang nantinya dapat meningkatkan kepuasan pasien maupun keluarga selaku penerima pelayanan (Patricia, Potter, & Perry, 2010).

IV. SIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa sebagian besar 55.0% keluarga pasien kritis di ICU RSUD dr.

Dradjat Prawiranegara Serang Tahun 2017 mengatakan terpenuhi akan kebutuhan keluarga dengan menggunakan instrumen CCFNI.

Secara rinci akan terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien kritis tersebut dengan teridentifikasinya sebagian besar keluarga pasien kritis di ruang ICU mengatakan terpenuhi akan kebutuhan informasi, kebutuhan mental, rasa nyaman, terpenuhinya kkebutuhan akan kedekatan dengan pasien dan kebutuhan jaminan pelayanan di ruang ICU RSUD dr. Dradjat Prawiranegara Serang Banten.

Terpenuhinya kebutuhan keluarga pasien kritis merupakan upaya menciptakan asuhan keperawatan secara holistik, dimana hal ini merupakan tanggung jawab dari perawat. Peran perawat pada perawatan kritis tidak hanya berfokus pada kebutuhan pasien, namun keterlibatan keluarga dalam pemberi asuhan keperawatan pada pasien kritis juga merupakan tanggung jawab dari perawat.

B. Saran

Disarankan kepada pihak Rumah Sakit terutama pada ruang *Intensive Care Unit* agar mengaplikasikan praktik keperawatan secara holistik dengan pendekatan keluarga dalam konteks *Family Center Care*. Salah satu metode pendekatan keluarga yaitu dengan cara membuat jadwal konseling antara keluarga dengan dokter atau perawat yang merawat pasien di ICU secara teratur.

Peneliti juga menyarankan agar penelitian selanjutnya, perlu adanya identifikasi faktor-faktor yang menghambat terpenuhi secara menyeluruh akan kebutuhan keluarga pasien kritis, agar dapat membandingkan mana saja kebutuhan yang benar-benar belum terpenuhi.

DAFTAR PUSTAKA

Blanchard, D., Alavi, C. (2008). Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nursing in Critical Care*. Vol. 13(5), pp 225-231.

CCNAPI (Critical Care Nurses Association of The Philippines). (2014). *Guidelines for Critical care Nursing*. Diakses pada [18 Maret 2017]. Melalui: <http://www.ccnapi.org>

Davidson, J.E, Powers K, Hedayat K.M, Tieszen M, Kon A.A, Shepard E, et al. (2007). Clinical Practice Guidelines for Support of the Family in the petent-centered intensive care unit: American college of critical care medicine task Force 2004-2005. *Critical care medicine*. Vol. 35(2), pp 605-622.

Dewi, K.A., Utami, R.S. (2014). Gambaran Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Di Intensive Care Unit. [Tesis]

Duran, C.R., Oman, K.S.,Koziel, V.M., Szymanski, D. (2007). Attitudes Towards and Beliefs about Family Peresence; A Survey of Healthcare Providers, Patient's Families, and Patients. *American Association of Critical Care Nurses Journal*. Vol. 16(3). pp : 270-279. Available at: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/16/3/270.full>.

Freitas K.S., Kimura M, Ferreira K.A.S.L. (2007). Family Members Needs At Intensive Care Unit: Comparative Analysis Between A Public And A Private Hospiat. *Rev Latino-am Enfermagem*, Vol.15(1). pp : 84-92.

Hidayat, A.A., Uliyah Musrifatul. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.

Kinrade, T., Jackson, A.C., Tomnay, J.E. (2009). The Psychosocial Needs Of Families During Critical Illness : comparison of nurses' and family members 'perspectives. *Australian journal of advanced Nursing*. 27(1), 82-89.

Koenig, H.G. (2001). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. Vol.31(1). 97-109.

Lukmanulhakim, Suryani, Anna A. (2016). The Relationship Between Communication Of Nurses And Level Of Anxiety Of Patient's Family In Emergency Room dr. Dradjat Prawiranegara Hospital, Serang Banten, Indonesia. *Int J Res Med Sci*. Vol. 4(12). pp:2320-6012. Available at :

<http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20164228>

- Mc Adam J.L, Arai S, Puntillo KA. (2008). Unrecognized Contributions Of Families In The Intensive Care Unit. *Intensive Care Unit*, Vol. 34(6). pp: 1097-101. Doi:10.1007/s00134-008-1066-z. Available at : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18369593>
- Morton P.G, Fontaine D, Hudak C.M, Gallo B.M. (2013). *Keperawatan Kritis: Pendekatan Asuhan Holistik* Vol.1. Edisi 8. Alih bahasa: Subekti N.B, Yudha E.K, Yulianti D, Nurwahyu, Kapoh R.P. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. Edisi 4. Jakarta: Salemba Medika
- Pane T.H. (2012). *Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Yang Menunggu Keluarganya Di Ruang Rawat ICU RSUP Haji Adam Malik Medan*. Skripsi. Universitas Sumatra Utara. Tidak dipublikasikan.
- Patricia A, Potter, Perry A.G. (2010). *Fundamental Keperawatan*. Buku 2. Edisi 7. Alih bahasa: Nggie A.F, Albar M. Jakarta: Salemba Medika
- Saputra, G.H., Utami, R.S. (2015). Gambaran Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis Di Intensive Care Unit. *Proceeding Seminar Ilmiah Nasional Keperawatan 2015 3rd Adult Nursing Practice: Using Evidence in Care*. Pp 364-375.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Diakses Pada [19 Maret 2017]. Melalui : <http://www.depkes.go.id>.