



Profil Edukasi Keluarga Pasien yang Dirawat di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Profile of Family Education of Patients Admitted to ICU of Prof. Dr. R. D. Kandou Hospital

Priscilia A. Lenzun,¹ Mordekhai L. Laihad,² Iddo Posangi²

¹Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, Indonesia

²Bagian Anestesiologi dan Terapi Intensif Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, Indonesia

Email: priscilialenzun011@student.unsrat.ac.id

Received: June 24, 2025; Accepted: July 24, 2025; Published online: July 28, 2025

Abstract: Severity of illness often results in many ICU patients losing their ability to communicate and make decisions regarding their care. Family education plays a vital role in decision-making when patients cannot do so themselves in the ICU. This study aimed to determine the profile of family education for patients admitted to the ICU at RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou. This study utilized a retrospective observational design with a quantitative approach. The sample consisted of 169 patients from the ICU of RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou from January to June 2024. The research variables were patient characteristics, educators, educational materials, educational methods, and consent responses. Data were gathered through purposive sampling from medical records and analyzed descriptively. The results showed that the majority of family members receiving education were 41-50 years (30.76%), female (57.40%), as the patient's child (51.48%), and not coming from the same city as the hospital (69.23%). Related to education, the highest percentages were found in hand hygiene education (100%), nurses as educators (38.96%), using interview/counseling educational method (53.85%). The percentage of consent for medical actions reached 73.44%. In conclusion, the family members of patients treated in the ICU of RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado are predominantly aged 41-50 years, mostly female, coming from outside Manado, and relationships as patients' children. Related to education, the majority were nurses as educators, hand hygiene education, and interview/counseling methods. Consents for medical actions is more frequent compared to refusals.

Keywords: education; patient's family; Intensive Care Unit; decision-making

Abstrak: Keparahan penyakit menyebabkan sebagian besar pasien ICU kehilangan kemampuan untuk berkomunikasi dan mengambil keputusan terkait perawatannya. Edukasi keluarga pasien berperan penting dalam pengambilan keputusan saat pasien tidak mampu melakukannya sendiri terkait perawatan di ICU. Penelitian ini bertujuan mengetahui profil edukasi keluarga pasien yang dirawat di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou. Metode penelitian ialah observasional retrospektif dengan pendekatan kuantitatif. Sampel ialah 169 pasien di ICU RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou periode Januari-Juni 2024. Variabel penelitian meliputi karakteristik pasien, edukator, materi edukasi, metode edukasi, dan respon persetujuan. Data dikumpulkan secara *purposive sampling* dari rekam medis dan dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian mendapatkan keluarga pasien yang menerima edukasi paling banyak berasal dari kelompok usia 41-50 tahun (30,76%), perempuan (57,40%), sebagai anak pasien (51,48%), dan tidak berasal dari kota yang sama dengan rumah sakit (69,23%). Terkait edukasi, persentase tertinggi didapatkan pada edukasi kebersihan tangan (100%), edukator perawat (38,96%), serta metode wawancara/konseling (53,85%). Persentase persetujuan tindakan medis mencapai 73,44%. Simpulan penelitian ini ialah keluarga pasien yang dirawat di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagian besar berusia 41-50 tahun, didominasi perempuan, mayoritas berasal dari luar Manado, dan sebagai anak pasien. Terkait edukasi, mayoritas pemberi edukasi oleh perawat, materi kebersihan tangan, dan metode wawancara/konseling. Persetujuan terhadap tindakan medis lebih tinggi dibandingkan penolakan.

Kata kunci: edukasi; keluarga pasien; *Intensive Care Unit*; pengambilan keputusan

PENDAHULUAN

Edukasi pasien merupakan bagian integral dari perawatan pasien berkualitas dan dilakukan secara rutin dalam setiap tahap perawatan di rumah sakit.¹ Di *Intensive Care Unit* (ICU), edukasi perlu diperluas kepada anggota keluarga pasien.² Keparahan penyakit, kondisi delirium, atau pengaruh obat sedasi menyebabkan sebagian besar pasien ICU kehilangan kemampuan untuk berkomunikasi dengan tim medis dan tidak dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan mereka.³ Keluarga pasien memiliki berbagai peran penting yang bervariasi pada setiap tahap perawatan, seperti keterlibatan mereka dalam pengambilan keputusan saat pasien tidak mampu melakukannya sendiri.⁴

Unit Perawatan Intensif (ICU) telah menjadi area dengan tingkat mortalitas tertinggi dalam sistem rumah sakit.⁵ Di Amerika Serikat tercatat sekitar empat juta kasus admisi ICU per tahun, dengan kelompok tingkat kematian 8% hingga 19%.⁶ Sementara itu, Asia dan Eropa mencatat angka yang lebih tinggi, masing-masing sebesar 13,7% dan 18,7%.^{6,7} Oleh karena itu, kualitas ICU perlu dinilai dengan mencakup evaluasi terhadap komunikasi yang efektif, yang berpengaruh nyata terhadap kepuasan keluarga pasien. Hal ini sangat penting untuk mendukung pengambilan keputusan yang tepat dan berkontribusi pada hasil perawatan pasien yang optimal.^{8,9} Ketika keluarga mendapatkan pemahaman yang jelas tentang tindakan medis dan kondisi pasien, mereka dapat memberikan dukungan yang lebih optimal selama dan setelah masa perawatan.¹⁰ Penelitian yang dilakukan oleh Freitas et al¹¹ menunjukkan korelasi positif antara pemberian informasi yang memadai dengan penurunan tingkat stres keluarga pasien.

Berbagai penelitian tersebut telah membuktikan bahwa edukasi terhadap keluarga pasien di ICU memiliki dampak nyata terhadap hasil perawatan. Hal ini yang mendorong peneliti untuk mengetahui profil edukasi keluarga pasien yang dirawat di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode observasional dengan desain retrospektif dan pendekatan kuantitatif. Sampel ialah 169 pasien yang dirawat di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou periode Januari-Juni 2024. Variabel yang diteliti meliputi karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, asal daerah, hubungan dengan pasien), edukator, materi edukasi, metode edukasi, dan respons persetujuan. Data dikumpulkan secara *purposive sampling* dari rekam medis dan dianalisis secara deskriptif.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 memperlihatkan karakteristik keluarga pasien yang menerima edukasi. Persentase tertinggi didapatkan pada jenis kelamin perempuan (57,40%), usia 41-50 tahun (30,76%), alamat di luar Manado (69,23%), dan hubungan dengan pasien ialah anak (51,48%).

Tabel 1. Karakteristik keluarga pasien

Karakteristik keluarga pasien	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis kelamin		
Laki-laki	72	42,60
Perempuan	97	57,40
Usia (tahun)		
18-20	2	1,18
21-30	18	10,65
31-40	44	26,03
41-50	52	30,76
51-60	32	18,93
61-70	18	10,65
>71	3	1,77

Alamat		
Manado	52	30,77
Luar Manado	117	69,23
Hubungan dengan pasien		
Orang tua	10	5,92
Anak	87	51,48
Istri	33	19,53
Suami	24	14,20
Saudara	11	6,51
Keluarga	4	2,37

Materi edukasi terbanyak yaitu *hand hygiene* (100%), manfaat obat-obatan yang diberikan (99,41%), dan interaksi obat dengan makanan (99,41%). Tabel 2 memperlihatkan distribusi materi edukasi berdasarkan pemberi edukasi, yaitu edukasi paling banyak diberikan oleh perawat (38,96%).

Tabel 2. Distribusi materi edukasi berdasarkan pemberi edukasi

Materi edukasi	Dokter n (%)	Perawat n (%)	Apoteker n (%)	Ahli Gizi n (%)
Hak & kewajiban pasien dan keluarga	22 (16,18)	114 (83,82)	0 (0,0)	0 (0,0)
Alasan masuk rumah sakit	41 (78,85)	11 (21,15)	0 (0,0)	0 (0,0)
Pengertian penyakit	118 (99,16)	1 (0,84)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tanda & gejala penyakit	101 (99,02)	1 (0,98)	0 (0,0)	0 (0,0)
Penatalaksanaan penyakit	106 (99,07)	1 (0,93)	0 (0,0)	0 (0,0)
Manfaat obat-obatan yang diberikan	13 (7,74)	0 (0,0)	155 (92,26)	0 (0,0)
Interaksi obat dan makanan	2 (1,19)	1 (0,60)	165 (98,21)	0 (0,0)
Efek samping obat	8 (4,79)	2 (1,2)	157 (94,01)	0 (0,0)
Program diet dan nutrisi	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	164 (100)
Manajemen nyeri	24 (57,14)	18 (42,86)	0 (0,0)	0 (0,0)
Program rehabilitasi medik	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hand hygiene	0 (0,0)	169 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Waktu kontrol dan pengobatan obat-obatan di rumah	0 (0,0)	9 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Penggunaan peralatan medis yang aman	0 (0,0)	134 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Keterbatasan fasilitas rumah sakit	0 (0,0)	79 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Edukasi untuk pembiusan	51 (94,44)	3 (5,56)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hasil yang diharapkan	4 (3,36)	115 (96,64)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hasil yang tidak diharapkan	8 (6,61)	113 (93,39)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lain-lain: kondisi pasien	50 (92,59)	4 (7,41)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lain-lain: tindakan medis	23 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Penundaan pelayanan	2 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	573 (28,81)	775 (38,96)	477 (23,98)	164 (8,25)

Tabel 3 memperlihatkan distribusi materi edukasi berdasarkan metode edukasi yang digunakan. Metode yang terbanyak digunakan ialah wawancara/konseling (53,85%), diikuti oleh diskusi (41,78%), demonstrasi 3,17%, dan ceramah/kelompok (1,21%).

Tabel 3. Distribusi materi edukasi berdasarkan metode edukasi

Materi edukasi	Wawancara/ konseling n (%)	Diskusi n (%)	Demonstrasi n (%)	Ceramah/ kelompok n (%)
Hak & kewajiban pasien dan keluarga	111 (81,62)	18 (13,24)	4 (2,94)	3 (2,21)
Alasan masuk rumah sakit	41 (78,85)	10 (19,23)	1 (1,92)	0 (0,0)
Pengertian penyakit	51 (42,86)	66 (55,46)	0 (0,0)	2 (1,68)

Tanda & gejala penyakit	49 (48,04)	51 (50,00)	0 (0,0)	2 (1,96)
Penatalaksanaan penyakit	49 (45,79)	56 (52,34)	0 (0,0)	2 (1,87)
Manfaat obat-obatan yang diberikan	14 (8,33)	153 (91,07)	0 (0,0)	1 (0,60)
Interaksi obat dan makanan	13 (7,74)	155 (92,26)	0 (0,0)	0 (0,0)
Efek samping obat	17 (10,18)	149 (89,22)	0 (0,0)	1 (0,60)
Program diet dan nutrisi	162 (98,78)	2 (1,22)	0 (0,0)	0 (0,0)
Manajemen nyeri	27 (64,29)	15 (35,71)	0 (0,0)	0 (0,0)
Program rehabilitasi medik	0 (0)	0 (0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Hand hygiene	109 (64,50)	14 (8,28)	43 (25,44)	3 (1,78)
Waktu kontrol dan pengobatan obat-obatan di rumah	7 (77,78)	2 (22,22)	0 (0,0)	0 (0,0)
Penggunaan peralatan medis yang aman	112 (83,58)	15 (11,19)	4 (2,99)	3 (2,24)
Keterbatasan fasilitas rumah sakit	72 (91,14)	4 (5,06)	3 (3,80)	0 (0,0)
Edukasi untuk pembiusan	19 (35,19)	34 (62,96)	0 (0)	1 (1,85)
Hasil yang diharapkan	94 (78,99)	18 (14,88)	4 (3,31)	3 (2,48)
Hasil yang tidak diharapkan	96 (79,34)	18 (14,88)	4 (3,31)	3 (2,48)
Lain-lain: kondisi pasien	18 (33,33)	36 (66,67)	0 (0)	0 (0,0)
Lain-lain: tindakan medis	9 (39,13)	14 (60,87)	0 (0,0)	0 (0,0)
Penundaan pelayanan	1 (50)	1 (50)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	1071 (53,85)	831 (41,78)	63 (3,17)	24 (1,21)

Tabel 4 memperlihatkan distribusi respons persetujuan berdasarkan karakteristik keluarga pasien. Total persentase keluarga pasien menyetujui tindakan medis sebesar 73,44%, sedangkan yang menolak tindakan medis 26,56%.

Tabel 4. Respons persetujuan berdasarkan karakteristik keluarga pasien

Karakteristik pasien	Menolak		Menyetujui	
	Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis kelamin				
Laki—laki	69	29,61	164	70,39
Perempuan	84	24,49	259	75,51
Usia (tahun)				
18-20	2	25	6	75
21-30	16	26,67	44	73,33
31-40	36	24,49	111	75,51
41-50	48	27,43	127	72,57
51-60	29	25,22	86	74,78
61-70	17	29,82	40	70,18
>71	5	35,71	9	64,29
Alamat				
Manado	48	24,37	149	75,63
Luar Manado	105	27,70	274	72,30
Hubungan dengan pasien				
Orang tua	11	31,43	24	68,57
Anak	76	26,03	216	73,97
Istri	31	29,52	74	70,48
Suami	23	23,96	73	76,04
Saudara	12	30	28	70
Keluarga	0	0	8	100

BAHASAN

Dari 169 pasien, terlihat bahwa 57,40% keluarga pasien yang menerima edukasi di ICU ialah perempuan. Hal serupa juga dilaporkan oleh Barzallo et al¹² yaitu bahwa sebagian besar keluarga

pasien ialah perempuan. Penelitian oleh Idris et al¹³ mendukung temuan ini dengan menunjukkan bahwa perempuan sering kali memiliki tanggung jawab lebih besar dalam merawat anggota keluarga di rumah sakit dan membuat keputusan terkait perawatan kesehatan.

Distribusi usia keluarga pasien menunjukkan bahwa mayoritas berada dalam kelompok usia 41-50 tahun (30,76%) dan 31-40 tahun (26,03%), yang mencerminkan kelompok usia produktif dengan tanggung jawab signifikan dalam keluarga, baik sebagai anak yang merawat orang tua maupun sebaliknya, sehingga sering disebut sebagai generasi multigenerasional.¹⁴ Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di ICU Rumah Sakit Sungai Bulow bahwa rerata usia keluarga pasien yang dirawat di ICU ialah 33,6 tahun.¹⁵

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hanya 30,77% keluarga pasien yang berasal dari kota yang sama dengan rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian Abdel-Azis¹⁶ yang menyatakan bahwa mayoritas anggota keluarga pasien ICU menempuh jarak jauh untuk mencapai rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan kedekatan keluarga pasien dan menurunkan tingkat stres mereka. Sebagian besar penerima edukasi ialah anak pasien (51,48%), diikuti oleh istri (19,53%), dan suami (14,20%). Hal ini sejalan dengan penelitian Hassan et al¹⁷ di ICU *Hospital Universiti Sains Malaysia* yang mengemukakan bahwa mayoritas keluarga pasien yang dirawat di ICU ialah anak (51,70%), diikuti orang tua (21,70%) dan suami/istri (18,30%).

Materi edukasi mengenai kebersihan tangan (*hand hygiene*) mencapai 100%, yang menunjukkan bahwa materi ini selalu diedukasikan kepada keluarga pasien. Penelitian oleh Helder et al¹⁸ menunjukkan bahwa edukasi konsisten terkait *hand hygiene* dapat mengurangi insiden infeksi nosokomial, terutama di ICU. Materi edukasi sebagian besar diberikan oleh perawat. Keluarga pasien seringkali membutuhkan kehadiran yang konsisten untuk membantu mereka memahami dan menafsirkan gambaran klinis yang berubah.¹⁹ Perawat memiliki peran utama dalam memberikan edukasi kepada keluarga pasien karena mereka adalah yang paling sering berinteraksi dengan pasien dan keluarganya.^{20,21} Dokter berperan utama dalam memberikan edukasi mengenai manajemen nyeri oleh karena pengetahuan mendalam yang dimilikinya tentang analgesik dan metode pengelolaan nyeri.^{19,22} Apoteker memiliki peran penting dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien tentang manfaat obat-obatan yang diberikan, efek samping, serta interaksi obat dengan makanan. Keputusan untuk membahas informasi farmakoterapi tertentu dengan pasien individu harus didasarkan pada penilaian profesional apoteker.²³ Ahli gizi berperan utama dalam memberikan edukasi mengenai program diet dan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan pasien, seperti strategi diet pantangan atau makanan yang dihindari.²⁴ Peran profesional ini saling bergantung menyoroti pentingnya kolaborasi dalam memberikan perawatan yang komprehensif kepada pasien.^{25,26}

Metode wawancara/konseling (53,85%) dan diskusi (41,78%) merupakan dua metode yang paling sering digunakan dalam edukasi kepada keluarga pasien di ICU. Pendekatan yang lebih personal dan individual dianggap lebih efektif untuk mengomunikasikan informasi yang kompleks dan sensitif seperti yang sering ditemui di ICU.²⁷ Wawancara/konseling memungkinkan komunikasi dua arah yang mendalam dan mendukung pemahaman lebih baik serta respons lebih tepat dari pihak keluarga terhadap kondisi pasien.²⁸ Metode diskusi memungkinkan interaksi lebih dinamis dan memberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan, mendapatkan klarifikasi langsung, sehingga meningkatkan komunikasi dan berkontribusi dalam pengambilan keputusan keluarga pasien terhadap kondisi pasien, rencana perawatan, serta kekhawatiran yang mungkin dimiliki.²⁹ Diskusi efektif dalam mengurangi kecemasan dan meningkatkan keterlibatan keluarga dalam proses perawatan pasien karena sifatnya yang partisipatif.^{30,31}

Keluarga pasien yang memahami kondisi medis dan manfaat dari tindakan medis tertentu cenderung untuk menyetujui tindakan tersebut.^{32,33} Perempuan (75,51%) memiliki tingkat persetujuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Perempuan cenderung lebih mungkin untuk mempertimbangkan kembali persetujuan prosedur medis di ICU oleh karena dampak psikologis yang lebih signifikan akibat situasi kritis dapat memengaruhi proses pengambilan keputusan.³⁴ Anggota keluarga berasal dari Manado (75,63%) menunjukkan tingkat persetujuan lebih tinggi

terhadap tindakan medis. Hal ini sejalan dengan penelitian Buchanan et al³⁵ yang menunjukkan bahwa keputusan untuk menolak tindakan medis di kalangan penduduk perkotaan lebih rendah dibandingkan dengan penduduk di daerah pedesaan. Perbedaan dalam pandangan kesehatan dengan faktor ekonomi dan pendidikan dianggap sebagai penyebab mendasar dari perbedaan ini.³⁶⁻³⁸ Anggota keluarga yang memiliki kedekatan emosional cenderung menunjukkan tingkat empati yang lebih mendalam dibandingkan dengan anggota keluarga yang tidak memiliki hubungan dekat, sehingga mendorong mereka untuk mempertimbangkan nilai-nilai dan preferensi pasien secara lebih holistik yang dapat memengaruhi keputusan mereka terkait tindakan medis.³⁴

SIMPULAN

Keluarga pasien yang dirawat di ICU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dan menerima edukasi sebagian besar berusia 41-50 tahun, didominasi perempuan, mayoritas berasal dari luar Manado, dan anak pasien merupakan hubungan yang paling umum. Pemberi edukasi didominasi oleh perawat, materi edukasi kebersihan tangan, dan metode edukasi wawancara/konseling. Persentase persetujuan terhadap tindakan medis lebih tinggi dibandingkan penolakan.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam studi ini

DAFTAR PUSTAKA

1. Kirimlioğlu N. Patient education and its importance in terms of patient safety. *International Journal of Research - Granthaalayah*. 2018;6(12):109–20. Doi: 10.29121/granthaalayah.v6.i12.2018.1090
2. Arofiati F, Primadani M, Ruhjana R. Role of family in the hospitalization of critical patients in the intensive care unit. *MEDISAINS*. 2020 ;18(1):4. Doi:10.30595/medisains.v18i1.6482
3. Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive Effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*. 2009;18(6):543–52. Doi: 10.4037/ajcc2009226
4. McAdam JL, Arai S, Puntillo KA. Unrecognized contributions of families in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2008;34(6):1097–101. Doi: 10.1007/s00134-008-1066-z
5. Melaku E, Urgie B, Dessie F, Seid A, Abebe Z, Tefera A. Determinants of mortality of patients admitted to the intensive care unit at Debre Berhan comprehensive specialized hospital: a retrospective cohort study. *Patient Relat Outcome Meas*. 2024;15:61–70. Doi: 10.2147/prom.s450502
6. Vincent JL, Marshall JC, Namendys-Silva SA, François B, Martin-Loeches I, Lipman J, et al. Assessment of the worldwide burden of critical illness: The Intensive Care Over Nations (ICON) audit. *Lancet Respir Med*. 2014;2(5):380–6. Doi: 10.1016/S2213-2600(14)70061-X
7. Rhodes A, Paulo Moreno R. Intensive care provision: a global problem. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(4):322–5. Doi: 10.1590/S0103-507X2012000400005
8. Liyew T, Mersha A, Admassie B, Arefayne N. Family satisfaction with care provided in intensive care unit; a multi-center, cross-sectional study. *Patient Relat Outcome Meas*. 2024;15:105–19. Doi: 10.2147/prom.s453246
9. Salins N, Deodhar J, Muckaden MA. Intensive Care Unit death and factors influencing family satisfaction of Intensive Care Unit care. *Indian J Crit Care Med*. 2016;20(2):97–103. Doi: 10.4103/0972-5229.175942
10. Coombs MA, Statton S, Endacott C V., Endacott R. Factors influencing family member perspectives on safety in the intensive care unit: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2020;32(9):625–38. Doi: 10.1093/intqhc/mzaa106
11. Freitas KS, Menezes IG, Mussi FC. Validation of the comfort scale for relatives of people in critical states of health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(4):660–8. Doi: 10.1590/0104-1169.0180.2601
12. Barzallo PD, Schnyder A, Zanini C, Gemperli A. Gender differences in family caregiving. Do female caregivers do more or undertake different tasks? *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):730. Doi: 10.1186/s12913-024-11191-w
13. Idris IB, Hamis AA, Bukhori ABM, Hoong DCC, Yusop H, Shaharuddin MAA, et al. Women's autonomy in healthcare decision making: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2023;23(1). Doi: 10.1186/s12905-023-02792-4
14. Patterson se, margolis r. the demography of multigenerational caregiving: a critical aspect of the gendered life course. *Socius*. 2019;5:1-19. Doi: 10.1177/2378023119862737
15. Shdaifat EA, Akhlak S, Shdaifat E. Needs of families with a relative in a Critical Care Unit. *Malays J Public Health Med*. 2016;16(3):75-81. Available from: https://www.mjphm.org.my/mjphm/index.php?option=com_content&view=article&id=737
16. Abdel-Aziz LA. Family needs of critically ill patients admitted to the Intensive Care Unit, comparison of nurses and family perception. *Am J Nurs Sci*. 2017;6(4):333. Doi: 10.11648/j.ajns.20170604.18
17. Kamalrujan Hassan S, Hardy Mohammad Zaini R. The needs of Malaysian family members of critically ill patients

- treated in Intensive Care Unit, Hospital Universiti Sains Malaysia. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*. 2016;12(2):8-15. Available from: https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/FKUSK1_MJMHS_V2_NO2_2.pdf
18. Helder OK, Brug J, Looman CWN, van Goudoever JB, Kornelisse RF. The impact of an education program on hand hygiene compliance and nosocomial infection incidence in an urban Neonatal Intensive Care Unit: An intervention study with before and after comparison. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(10):1245–52. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.005
19. Vance G, Koczen-Doyle D, Mcgee-Mccullough D, Kuzma AM, Butler-Lebair M. Nursing Care in the Intensive Care Unit Setting: the role of the nurse in the ICU. In: *Critical Care Study Guide*. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 225–38. Doi: 10.1007/978-0-387-77452-7_13
20. Akhtar N, Hussain M, Afzal M, Gilani SA. Factors influencing practice of patient education among nurses. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*. 2019;2(4):129-51. Available from: <https://saudijournals.com/media/articles/SJNHC-24-129-151.pdf>
21. Curtis JR. Caring for patients with critical illness and their families: the value of the integrated clinical team. *Respir Care*. 2008;53(4):480-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18364061/>
22. Susilo AP, Sukmono RB. Learning pain management during clinical medical education: a case report. *Jurnal Pendidikan Kedokteran Indonesia: The Indonesian Journal of Medical Education*. 2022;11(2):186. Doi: 10.22146/jpki.62757
23. ASHP guidelines on pharmacist-conducted patient education and counseling. *american journal of health-system pharmacy*. 1997;54(4):431–4. Available from: <https://academic.oup.com/ajhp/article/54/4/431/5155302>
24. Pitri AD, Ismail S. Eksplorasi peran perawat dan ahli gizi dalam pemberian nutrisi pada pasien kritis. *Jurnal Perawat Indonesia*. 2019;3(2):109. Doi: 10.32584/jpi.v3i2.316
25. Nygaard AM, Haugdahl HS, Laholt H, Brinchmann BS, Lind R. Professionals' narratives of interactions with patients' families in intensive care. *Nurs Ethics*. 2022;29(4):885–98. Doi: 10.1177/09697330211050995
26. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*. 2018;73(4):468–77. Doi: 10.1037/amp0000247
27. Muma RD, Barbara AL. *Patient Education: A Practical Approach USA*: Jones and Bartlett Publishers; 2011
28. Rayamajhi S. Counselling support for critically ill patients and their families following a critical care experience: a qualitative study. 2022. Available from: <https://sapientia.ualg.pt/entities/publication/252d8c33-057c-4012-b418-b352793370c9>
29. Xyrichis A, Fletcher S, Philippou J, Brearley S, Terblanche M, Rafferty AM. Interventions to promote family member involvement in adult critical care settings: a systematic review. *BMJ Open*. 2021;11(4):e042556. Doi: 10.1136/bmjopen-2020-042556
30. Dijkstra BM, Felten-Barentsz KM, van der Valk MJM, Pelgrim T, van der Hoeven HG, Schoonhoven L, et al. Family participation in essential care activities: Needs, perceptions, preferences, and capacities of intensive care unit patients, relatives, and healthcare providers—an integrative review. *Australian Critical Care*. 2023;36(3):401–19. Doi: 10.1016/j.aucc.2022.02.003
31. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *Journal of Cancer Education*. 2010;26(1):12–21. Doi: 10.1007/s13187-010-0183-x
32. Rigaud JP, Ecamot F, Quenot JP. Patient information and consent for care in the Intensive Care Unit. *Healthcare (Switzerland)*. MDPI; 2023;11(5):707. Doi: 10.3390/healthcare11050707
33. Asadi N, Salmani F. The experiences of the families of patients admitted to the intensive care unit. *BMC Nurs*. 2024;23(1):430. Doi: 10.1186/s12912-024-02103-8
34. Ersoy G, Yanturali S, Suner S, Karakus NE, Aksay E, Atilla R. Turkish patient relatives' attitudes towards family-witnessed resuscitation and affecting sociodemographic factors. *European Journal of Emergency Medicine*. 2009;16(4):188–93. Doi: 10.1097/MEJ.0b013e328311a8dc
35. Buchanan RJ, Bolin J, Wang S, Zhu L, Kim M. Urban/rural differences in decision making and the use of advance directives among nursing home residents at admission. *The Journal of Rural Health*. 2004;20(2):131–5. Doi: 10.1111/j.1748-0361.2004.tb00019.x
36. Urban-Rural and Poverty-Related Inequalities in Health Status: Spotlight on Indonesia. 2011. Available from: <https://www.measureevaluation.org/prh/research/best-country-fact-sheets/Branded%20Urban-rural%20country%20fact%20sheet%20Indonesia.pdf>
37. Wang HH, Huang S, Zhang L, Rozelle S, Yan Y. A comparison of rural and urban healthcare consumption and health insurance. *China Agricultural Economic Review*. 2010;2(2):212–27. Doi: 10.1108/17561371011044315