



EKSPLORASI FENOMENOLOGI PELAYANAN ICU DARI PERSPEKTIF PASIEN DAN KELUARGA DI RUMKITAL DR. WAHYU SLAMET BITUNG

Fidy Randy Sada^{a*}, Annastasia Sintia Lamonge^b, Lucky Albertus Palenewen^c, Cornelia Fransiska Sandehang^d, Franchiska Prastimy Caroles^e

^{a,c,d,e}Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan (Universitas Katolik De La Salle Manado, Indonesia)

^bProgram Studi Profesi Ners, Fakultas Keperawatan (Universitas Katolik De La Salle Manado, Indonesia)

*Corresponding author: fsada@unikadelasalle.ac.id, 085341631125

Abstract

Abstract

Background: Intensive care unit (ICU) services are complex and high-risk areas of care. Patients and their families often experience emotional distress due to clinical uncertainty and limited interaction during treatment. **Objective:** This study aimed to explore the experiences of patients and family members regarding ICU services at Rumkital dr. Wahyu Slamet Bitung.

Methods: A qualitative study with a phenomenological approach was conducted from September to November 2025. Four participants (one patient and three family members) were recruited using purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Colaizzi's method to identify essential themes. **Results:** Seven themes emerged: emotional dynamics of intensive care, quality of care and clinical communication, family as a clinical companion, system and resource constraints, caregiver burden, social-spiritual coping and support, and expectations regarding family support. **Conclusion:** The experiences of patients and families in the ICU are characterized by tension between emotional vulnerability and the need for a sense of safety, strongly influenced by communication, family involvement, and system capacity. Strengthening structured communication and family-centered practices should be prioritized to improve the ICU care experience.

Keywords: family; intensive care unit; patient; phenomenology

Abstrak

Latar Belakang: Pelayanan di *intensive care unit* (ICU) merupakan area layanan yang kompleks dan berisiko tinggi, sehingga pasien dan keluarga kerap mengalami tekanan emosional akibat ketidakpastian klinis serta keterbatasan interaksi selama perawatan. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi pengalaman pasien dan keluarga terhadap pelayanan ICU di Rumkital dr. Wahyu Slamet Bitung. **Metode:** Studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dilakukan pada September–November 2025. Partisipan berjumlah 4 orang (1 pasien dan 3 keluarga pasien) dipilih menggunakan *purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara semi-terstruktur dan dianalisis menggunakan metode Colaizzi hingga terbentuk tema-tema esensial. **Hasil:** Analisis menghasilkan tujuh tema, yaitu dinamika emosional perawatan intensif, mutu layanan dan komunikasi klinis, keluarga sebagai pendamping klinis, kendala sistem dan sumber daya, beban pendampingan keluarga, coping dan dukungan sosial-spiritual, serta harapan dukungan keluarga. **Simpanan:** Pengalaman pasien dan keluarga di ICU ditandai dengan ketegangan antara kerentanan emosional dan kebutuhan akan rasa aman yang sangat dipengaruhi oleh komunikasi, keterlibatan keluarga, serta kapasitas sistem layanan. Penguatan praktik *family-centered* dan komunikasi terstruktur perlu diprioritaskan untuk meningkatkan pengalaman perawatan.

Kata kunci: Fenomenologi; Pelayanan ICU; Keluarga; Pasien

PENDAHULUAN

Realitas pelayanan di Unit Perawatan Intensif/Intensive Care Unit (ICU) merupakan bagian paling kompleks dan krusial dalam sistem pelayanan rumah sakit. Pasien ICU berada pada kondisi kritis dan membutuhkan pemantauan serta intervensi medis secara intensif. Situasi ini turut menempatkan keluarga dalam tekanan emosional yang besar karena harus menghadapi ketidakpastian klinis dan keterbatasan interaksi dengan pasien. Ketika pelayanan ICU tidak memperhatikan aspek humanistik dan komunikasi yang baik, dampaknya dapat bermakna bagi kesejahteraan dan kualitas hidup pasien maupun keluarga (Bosco et al., 2025).

Secara global, kapasitas ICU sering digunakan sebagai indikator kesiapan sistem kesehatan dalam menangani kondisi kritis. Negara maju umumnya memiliki rasio tempat tidur ICU yang lebih tinggi dibandingkan negara berkembang. Di Asia Tenggara, termasuk Indonesia, keterbatasan fasilitas ICU masih menjadi tantangan penting (Azoulay et al., 2024). Kondisi ini berdampak terhadap kualitas pelayanan dan pengalaman pasien serta keluarga, khususnya dalam situasi darurat. World Health Organization (WHO) menekankan bahwa pelayanan ICU yang baik perlu mencakup pendekatan berpusat pada pasien dan keluarga, tidak terbatas pada aspek teknis medis.

Di Indonesia, berbagai penelitian menunjukkan bahwa pengalaman keluarga pasien ICU berkaitan dengan tantangan emosional dan komunikasi yang signifikan. Studi Safitri et al. (2019) mengungkap kebutuhan utama keluarga pasien ICU berupa jaminan pelayanan, informasi, dan kedekatan dengan pasien, namun kebutuhan ini sering kali tidak terpenuhi secara optimal (Safitri et al., 2019). Ketika keluarga tidak memperoleh informasi yang memadai atau merasa tidak dilibatkan dalam perawatan, dampaknya dapat berupa stres, kecemasan, hingga depresi. Penelitian Rosidawati et al. (2019) di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya juga menemukan bahwa lama rawat pasien ICU berkorelasi dengan tingkat kecemasan keluarga, di mana semakin lama pasien dirawat semakin tinggi kecemasan keluarga (Rosidawati et al., 2019). Temuan Maqbullla (2014) di RSUP dr. Kariadi Semarang menunjukkan bahwa meskipun kepuasan keluarga terhadap pelayanan ICU tergolong tinggi, aspek empati dan komunikasi tetap menjadi perhatian utama dalam evaluasi mutu layanan (Maqbullla, 2014). Selain itu, Kartika et al. (2015) menyoroti bahwa keluarga pasien dengan kondisi kronis yang dirawat intensif mengalami tekanan psikologis kompleks, termasuk ketidakpastian, kelelahan, dan kebutuhan dukungan spiritual (Kartika et al., 2015). Secara keseluruhan, temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa pelayanan ICU di Indonesia belum sepenuhnya mengakomodasi kebutuhan emosional dan informasi keluarga pasien, sehingga pendekatan yang lebih humanistik dan komunikatif diperlukan.

Rumkital dr. Wahyu Slamet Bitung merupakan rumah sakit umum kelas D di Provinsi Sulawesi Utara dengan kapasitas ICU terbatas, namun berperan penting dalam pelayanan kritis di wilayah Kota Bitung dan sekitarnya (KEMENKES, 2025). Meskipun berbagai studi telah menggambarkan tantangan emosional dan komunikasi keluarga pasien ICU, namun bukti yang secara spesifik menjelaskan tentang bagaimana kualitas pelayanan ICU dimaknai secara langsung oleh pasien dan keluarga pada konteks rumah sakit daerah dengan keterbatasan sumber daya masih terbatas, termasuk di Rumkital dr. Wahyu Slamet Bitung. Studi ini memberikan kontribusi baru dengan mendeskripsikan pemahaman fenomenologis tentang pengalaman pasien dan keluarga yang mencakup dinamika emosional, mutu komunikasi klinis, peran keluarga sebagai pendamping, dan kendala pelayanan sehingga dapat menjadi dasar

ilmiah dalam rangka penguatan pelayanan keperawatan kritis pada konteks rumah sakit yang serupa.

Pengalaman keluarga selama mendampingi pasien di ICU dilaporkan sangat kompleks. Asadi & Salmani (2024) menunjukkan bahwa keluarga mengalami ketakutan tidak dapat bertemu pasien lagi, kasihan melihat pasien terpasang banyak alat, meninggalkan rutinitas untuk menemani pasien, dan menggantungkan harapan pada Tuhan (Asadi & Salmani, 2024). Gunnlaugsdóttir et al. (2024) menekankan pentingnya dukungan emosional dan spiritual untuk mengurangi beban psikologis keluarga pasien ICU (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Hal ini menguatkan urgensi pendekatan *family-centered care*, yaitu paradigma yang melibatkan keluarga secara aktif dalam proses perawatan dan pengambilan keputusan. Studi Kvande et al. (2022) dan Tripathy et al. (2020) menunjukkan bahwa penggunaan buku harian ICU serta komunikasi terbuka antara tenaga kesehatan dan keluarga dapat meningkatkan rasa percaya, mengurangi kecemasan, dan memperkuat ikatan emosional selama masa perawatan (Kvande et al., 2022; Tripathy et al., 2020).

Berdasarkan konteks tersebut, penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi relevan digunakan untuk menggali makna pengalaman pasien dan keluarga secara mendalam. Penelitian ini diharapkan berkontribusi dalam pengembangan model pelayanan keperawatan yang lebih empatik dan komunikatif serta menjadi dasar kebijakan peningkatan mutu pelayanan ICU di Rumkital dr. Wahyu Slamet Bitung. Dengan memahami pengalaman mereka, tenaga kesehatan dapat memberikan pelayanan yang tidak hanya menyelamatkan nyawa, tetapi juga menjaga martabat dan kesejahteraan emosional pasien dan keluarga (Naef et al., 2025). Oleh karena itu, secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman pasien dan keluarga terhadap pelayanan ICU di rumah sakit lokasi penelitian.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode fenomenologi deskriptif menurut Colaizzi, sebagaimana dipaparkan oleh Creswell (2022). Metode Colaizzi memungkinkan peneliti menggali makna pengalaman hidup partisipan melalui tujuh langkah analisis, yaitu transkripsi, ekstraksi pernyataan signifikan, formulasi makna, pengelompokan tema, deskripsi menyeluruh, validasi partisipan, dan integrasi hasil akhir (John W. Creswell & J. David Creswell, 2022). Teknik *purposive sampling* digunakan untuk memilih partisipan yang memiliki pengalaman relevan dan mendalam. Partisipan terdiri dari pasien yang sadar dan mampu berkomunikasi serta keluarga inti yang mendampingi selama perawatan di ICU. Jumlah partisipan ditentukan berdasarkan prinsip saturasi data, yaitu ketika tidak terdapat informasi baru dari wawancara (Bouncken et al., 2025; Kartika et al., 2015).

Pada penelitian ini, data dikumpulkan dari 4 partisipan: 1 pasien sadar dan 3 keluarga pasien. Instrumen utama penelitian adalah peneliti sendiri dengan bantuan pedoman wawancara yang disusun berdasarkan kajian literatur dan studi pendahuluan, mencakup pertanyaan terbuka untuk menggali pengalaman emosional, persepsi pelayanan, serta harapan partisipan (Palinkas et al., 2015). Instrumen pendukung meliputi alat perekam suara dan catatan lapangan (field note/code book). Proses diawali dengan perizinan lokasi penelitian. Data dikumpulkan melalui wawancara *semi-structured interview* secara langsung di ruang ICU atau ruang tunggu keluarga, dengan durasi 30–60 menit per sesi. Seluruh wawancara direkam atas persetujuan partisipan dan ditranskrip verbatim. Pengumpulan data dihentikan setelah peneliti

menilai bahwa telah terjadi saturasi data, dimana tidak ditemukan informasi baru yang signifikan pada wawancara terakhir. Di samping itu Peneliti juga mencatat respons non-verbal serta membuat jurnal reflektif untuk memperkaya data. Prosedur mengikuti prinsip etika penelitian, termasuk informed consent dan kerahasiaan data (Ali, 2023).

Keabsahan dan kepercayaan hasil dijamin melalui triangulasi, *member checking*, dan refleksi peneliti. Triangulasi dilakukan dengan membandingkan data pasien dan keluarga. *Member checking* dilakukan dengan mengonfirmasi hasil interpretasi kepada partisipan. Refleksi peneliti membantu meminimalkan bias (Hadi & José Closs, 2016). Untuk meningkatkan kredibilitas, penelitian ini juga menerapkan triangulasi sumber data, triangulasi peneliti, serta *peer debriefing* (Utarini, 2020). Adapun penelitian ini dilaksanakan berdasarkan surat tugas dari Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Katolik De La Salle Manado dengan nomor: 0101.4/PT/A/LPPM/IX/2025 dan surat persetujuan penelitian dari Rumkital dr. Wahyu Slamet Bitung dengan nomor: B/01/X/2025.

HASIL

Berdasarkan proses analisis yang dilakukan oleh tim peneliti, ditemukan tujuh tema utama yang menggambarkan pengalaman pelayanan ICU dari perspektif pasien dan keluarga, yaitu:

1. Dinamika Emosional Perawatan Intensif
2. Mutu Layanan dan Komunikasi Klinis
3. Keluarga sebagai Pendamping Klinis
4. Kendala Sistem dan Sumber Daya
5. Beban Pendampingan Keluarga
6. Koping dan Dukungan Sosial-Spiritual
7. Harapan Dukungan Keluarga

Tema-tema tersebut saling terkait dan membentuk gambaran utuh tentang pelayanan ICU, mulai dari respon emosional, pengalaman komunikasi, keterlibatan keluarga, kendala sistem, hingga cara pasien dan keluarga bertahan secara psikologis dan spiritual.

Tabel 1. Data Partisipan

No.	Kode Partisipan	Kategori	Usia
1.	P1	Keluarga	40 tahun
2.	P2	Keluarga	35 tahun
3.	P3	Pasien	56 tahun
4.	P4	Keluarga	37 tahun

Tabel 2. Code of Book

Kode Partisipan	Kutipan (<i>Significant Statement</i>)	Kode	Subtema	Tema
P1	“Jujur saja, khawatir... kami semua merasa khawatir.”	K1 Kekhawatiran keluarga	Kekhawatiran/ketakutan saat masuk ICU	Tema 1 Dinamika Emosional Perawatan Intensif
P1	“Sedikit merasa tenang karena pelayanan di ICU sangat cepat dan baik.”	K3 Ketenangan karena pelayanan cepat/baik	Ketenangan relatif karena pelayanan	

P2	“Ya Khawatir! Karena opa sudah berumur dan waktu masuk ICU itu kondisi sudah coma. Kami keluarga khawatir.”	K1 Kekhawatiran keluarga	Kekhawatiran/ketakutan saat masuk ICU	
P3	“Merasa takut.”	K2 Ketakutan awal masuk ICU	Kekhawatiran/ketakutan saat masuk ICU	
P3	“Cemas karena nyeri yang menjalar sampai ke mata.”	K4 Kecemasan pasien akibat nyeri	Kekhawatiran/ketakutan	
P4	“Ada rasa takut, karena ini pertama kali adik(pasien) masuk di ruang ICU.”	K2 Ketakutan awal masuk ICU	Kekhawatiran/ketakutan saat masuk ICU	
P1	“Oh! Baik. Sangat baik. Setiap kami bertanya tetap mereka akan memberi penjelasan.”	K6 Komunikasi jelas dan mudah dipahami	Kejelasan informasi	
P2	“Bagus, baik. Kami mengerti setiap kali mereka memberi penjelasan.”	K6 Komunikasi jelas dan mudah dipahami	Kejelasan informasi	
P2	“Hanya bisa mempercayakan kepada rumah sakit.”	K8 Kepercayaan pada rumah sakit/tenaga kesehatan	Kepercayaan pada layanan	Tema 2 Mutu Layanan dan Komunikasi Klinis
P4	“Baik karena selama beberapa menit selalu dikontrol, melakukan perawatan uap...”	K7 Monitoring/pengawasan rutin	Monitoring rutin	
P4	“Apa yah... jika ada hal apapun itu mereka langsung cekatan.”	K5 Pelayanan cepat, cekatan, responsif	Kecepatan/ketangkasan layanan	
P1	“Biasanya dokter atau perawat disini memberi penjelasan dulu se... seperti pemasangan alat atau perubahan obat. Kadang mereka juga m...”	K9 Persetujuan tindakan medis (informed consent keluarga)	Persetujuan tindakan	
P2	“Karena waktu masuk opa sudah tidak sadar.”	K11 Keterlibatan dipengaruhi tingkat kesadaran pasien	Variasi keterlibatan sesuai kondisi kesadaran	Tema 3 Keluarga sebagai Pendamping Klinis
P2	“Waktu opa belum sadar tidak dilibatkan.. Waktu belum sadar yaah... i apa penangannya, mau bagaimana...”	K11 Keterlibatan dipengaruhi tingkat kesadaran pasien	Variasi keterlibatan sesuai kondisi kesadaran	

P1	“Biasanya dokter atau perawat disini memberi penjelasan dulu setiap kali melakukan tindakan medis. Mereka juga meminta persetujuan kami seperti pemasangan alat atau perubahan obat”	K9 Persetujuan tindakan medis (informed consent keluarga)	Persetujuan tindakan	
P4	“Iya, pertama mereka meminta persetujuan dari pihak saya sebagai keluarga pasien, misalkan adik(pasien) akan diberi tindakan berupa perawatan uap.”	K9 Persetujuan tindakan medis (informed consent keluarga)	Persetujuan tindakan	
P1	“Kalau tantangan terbesarnya mungkin alat yang kurang. Soalnya se... oma seperti alat medis untuk saraf disini kan tidak tersedia...”	K12 Keterbatasan alat medis	Keterbatasan alat	
P1	“Kalau pelayanan sudah bagus.. cuman mungkin alat yang perlu di... kur... Sempat diminta untuk dirujuk.. cuman kami dari keluarga s...”	K14 Dilema rujukan pada kondisi kritis	Pertimbangan rujukan	Tema 4 Kendala Sistem dan Sumber Daya
P2	“Peralatan belum terlalu memadai. Kemarin saja periksa darah it... Obat juga, kami masih ambil obat dari luar, jadi repot.”	K13 Layanan penunjang & obat dari luar	Layanan penunjang & obat dari luar	
P2	“Peralatan belum terlalu memadai.”	K12 Keterbatasan alat medis	Keterbatasan alat	
P4	“Tantangannya adalah karena saya menjaga pasien seorang diri ta... (pasangan) berada di rumah untuk menjaga anak yang lain...”	K15 Pendamping tunggal & keterbatasan dukungan praktis	Menjaga sendiri	Tema 5 Beban Pendampingan Keluarga
P4	“Ketika saya harus mengambil obat, adik (pasien) harus ditinggal sendiri.”	K16 Dilema logistik: meninggalkan pasien	Dilema logistik selama mendampingi	

P4	“Harus menahan emosi... adik(pasien) sering rewel... infus kadang tercabut, jadi saya harus pintar mengontrol emosi.”	K17 Regulasi emosi saat merawat	Menjaga stabilitas emosi	
P1	“Emosi.. hmm..ya berdoa selalu, agar selalu kuat, dan menyerahk... supaya yang terbaik..”	K18 Koping spiritual: doa dan berserah	Doa/berserah	Tema 6 Koping dan Dukungan Sosial-Spiritual
P1	“Dukungan.. paling dari keluarga, kerabat.”	K19 Dukungan sosial: keluarga/kerabat	Dukungan keluarga/kerabat	
P1	“Oh tim doa? Ada! Ada.”	K20 Dukungan rohani dari pihak luar	Dukungan rohani	
P2	“Mau bagaimana ya? Berserah saja.”	K18 Koping spiritual: doa dan berserah	Doa/berserah	
P2	“Ada, ada. Dari awal masuk, ada. Kemarin ada yang datang mendoakan.”	K20 Dukungan rohani dari pihak luar	Dukungan rohani	
P3	“Iya sering berdoa,”	K18 Koping spiritual: doa dan berserah	Doa/berserah	
P3	“Dan tetap selalu mengandalkan Tuhan, kan kita bisa mendapat pertolongan dari Tuhan.”	K18 Koping spiritual: doa dan berserah	Doa/berserah	
P4	“Tidak ada.”	K21 Ketiadaan dukungan spiritual/sosial	Ketiadaan dukungan	
P3	“Dukungan dari anak, istri, cucu saya seperti datang menjenguk, jaga...itu sudah cukup.”	K22 Harapan pasien: keluarga hadir, menjenguk, menjaga	Kehadiran keluarga	Tema 7 Harapan Dukungan Keluarga

1. Dinamika Emosional Perawatan Intensif

Masuk ICU dipahami sebagai momen kritis yang memicu respons emosional kuat. Keluarga dominan merasakan khawatir karena kondisi pasien berat, perubahan cepat, dan kontrol keluarga terbatas. Pada pasien muncul takut karena berada di lingkungan ICU dan ketergantungan pada tindakan medis, disertai kecemasan yang dipengaruhi nyeri. Namun, sebagian keluarga merasakan ketenangan relatif ketika menilai pelayanan cepat dan baik. Berikut beberapa pernyataan pasien dan keluarga terkait perasaan mereka di ruang ICU.

“Jujur saja, khawatir... kami semua merasa khawatir.” (P1, K1)

“Sedikit merasa tenang karena pelayanan di ICU sangat cepat dan baik.” (P1, K3)

“Ya Khawatir! Karena opa sudah berumur dan waktu masuk ICU itu kondisi sudah coma. Kami keluarga khawatir.” (P2, K1)

“Merasa takut.” (P3, K2)

“Cemas karena nyeri yang menjalar sampai ke mata.” (P3, K4)

“Ada rasa takut, karena ini pertama kali adik(pasien) masuk di ruang ICU.” (P4, K2)

2. Mutu Layanan dan Komunikasi Klinis

Mutu pelayanan dinilai melalui respons cepat, tindakan cekatan, dan monitoring rutin. Monitoring dipahami sebagai kewaspadaan klinis yang memberi rasa aman karena pasien dipantau terus-menerus. Partisipan juga menekankan pentingnya komunikasi klinis: penjelasan jelas membantu mengurangi ketidakpastian dan memperkuat kepercayaan terhadap tenaga Kesehatan. Pernyataan pasien dan keluarga berkaitan dengan kualitas layanan dan komunikasi di ruang ICU adalah sebagai berikut.

“Oh! Baik. Sangat baik. Setiap kami bertanya tetap mereka akan memberi penjelasan.” (P1, K6)

“Bagus, baik. Kami mengerti setiap kali mereka memberi penjelasan.” (P2, K6)

“Apa yah... jika ada hal apapun itu mereka langsung cekatan.” (P4, K5)

“Baik karena selama beberapa menit selalu dikontrol.” (P4, K7)

3. Keluarga sebagai Pendamping Klinis

Keterlibatan keluarga tampak pada persetujuan tindakan (*informed consent*) dan pada aspek kenyamanan pasien melalui permintaan pendapat. Keterlibatan bersifat dinamis mengikuti kondisi pasien: saat pasien belum sadar, keluarga kurang dilibatkan; saat pasien membaik, keterlibatan meningkat melalui edukasi dan persetujuan tindakan. Beberapa pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan terkait keterlibatan keluarga dalam pelayanan ICU adalah sebagai berikut.

“Biasanya dokter atau perawat disini memberi penjelasan dulu setiap kali melakukan tindakan medis. Mereka juga meminta persetujuan kami seperti pemasangan alat atau perubahan obat” (P1, K9)

”Mereka juga meminta persetujuan kami seperti pemasangan alat atau perubahan obat. Kadang mereka juga menanyakan pendapat kami tentang kenyamanan pasien.” (P1, K9)

“Iya, pertama mereka meminta persetujuan dari pihak saya sebagai keluarga pasien, misalkan adik(pasien) akan diberi tindakan berupa perawatan uap.” (P4, K9)

”Tetapi ketika opa sudah sadar, sudah mulai diajarkan pelan-pelan seperti apa penangannya.” (P2, K11)

4. Kendala Sistem dan Sumber Daya

Partisipan menyoroti keterbatasan alat medis tertentu yang menimbulkan kekhawatiran keluarga terkait kemampuan fasilitas memenuhi kebutuhan pasien. Keluarga juga mengalami kebutuhan layanan penunjang/obat dari luar yang menambah beban logistik. Kendala ini terkait pula dengan keputusan rujukan seperti keluarga mempertimbangkan risiko perpindahan pasien yang dinilai sudah kritis. Pengalaman partisipan tentang kendala sistem dan sumber daya diungkapkan pada pernyataan berikut.

“Kalau tantangan terbesarnya mungkin alat yang kurang. Soalnya sesuai dengan penyakit, oma membutuhkan alat yang lebih memadai atau yang sesuai dengan penyakit oma seperti alat medis untuk saraf disini kan tidak tersedia.” (P1, K12)

”Kalau pelayanan sudah bagus.. cuman mungkin alat yang perlu ditingkatkan. Karena dari pengalaman oma dulu waktu masih dirawat itu alat kurang.” (P1, K12)

"Peralatan belum terlalu memadai. Kemarin saja periksa darah itu bawa ke RS BM. Obat juga, kami masih ambil obat dari luar, jadi repot." (P2, K13)

"Sempat diminta untuk dirujuk.. cuman kami dari keluarga sudah berunding untuk menolak ke rumah sakit lain karena mengingat kondisi oma yang sudah kritis, kasihan menurut kami kalau harus kesana-kemari dengan kondisi oma seperti itu." (P1, K14)

5. Beban Pendampingan Keluarga

Beban pendampingan muncul pada dimensi logistik dan emosional. Pada dimensi logistik, pendamping tunggal harus hadir di ICU sekaligus mengurus kebutuhan lain, misalnya pergi mengambil obat. Pada dimensi emosional, keluarga perlu mengontrol emosi ketika menghadapi perilaku pasien atau kejadian perawatan yang menambah stres. Pernyataan partisipan terkait hal ini adalah sebagai berikut.

"Tantangannya... saya menjaga pasien seorang diri... ketika saya harus mengambil obat, adik (pasien) harus ditinggal sendiri..." (P4, K15)

"Harus menahan emosi, karena biasanya adik (pasien) sering rewel sehingga infus kadang tercabut, jadi saya harus pintar mengontrol emosi." (P4, K17)

6. Koping dan Dukungan Sosial-Spiritual

Koping paling sering berupa doa dan berserah kepada Tuhan. Partisipan juga menekankan dukungan sosial dari keluarga/kerabat dan dukungan rohani eksternal. Dukungan dipahami sebagai faktor protektif yang membantu menurunkan stres selama situasi kritis.. Berikut adalah ungkapan partisipan yang berkaitan dengan koping dan dukungan sosial-spiritual.

"Emosi.. hmm..ya berdoa selalu, agar selalu kuat, dan menyerahkan semua kepada Tuhan. Karena semua kan dari Tuhan. Kami keluarga sudah berupaya yang terbaik." (P1, K18)

"Ada, ada. Dari awal masuk, ada. Kemarin ada yang datang mendoakan." (P2, K20)

"Iya sering berdoa, Dan tetap selalu mengandalkan Tuhan, kan kita bisa mendapat pertolongan dari Tuhan." (P3, K18)

7. Harapan Dukungan Keluarga

Kehadiran keluarga dipersepsikan pasien sebagai dukungan paling bermakna seperti menjenguk, menemani, dan menjaga. Dukungan ini memberi rasa aman, mengurangi kesepian, serta meningkatkan semangat pasien. Hal ini diungkapkan oleh seorang partisipan yang mengatakan bahwa:

"Dukungan dari anak, istri, cucu saya seperti datang menjenguk, jaga...itu sudah cukup." (P3, K22)

PEMBAHASAN

Berikut akan diuraikan pembahasan berdasarkan analisis peneliti dari hasil penelitian di atas.

1. Dinamika Emosional Perawatan Intensif

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pasien dan keluarga mengalami perubahan emosi yang cepat selama perawatan intensif, mulai dari takut, cemas, dan tidak pasti, lalu berangsur lebih tenang ketika kondisi tampak stabil atau pelayanan terlihat meyakinkan. Pada fase awal, emosi negatif muncul karena keluarga belum memiliki gambaran yang jelas tentang kondisi, rencana tindakan, dan kemungkinan luaran klinis, sehingga mereka mudah

menafsirkan setiap perubahan kecil sebagai tanda bahaya. Literatur menjelaskan bahwa keluarga yang pertama kali berhadapan dengan ICU sering mengalami stres akut dan kecemasan karena ketidakpastian prognosis, perubahan kondisi yang cepat, serta kekhawatiran terhadap kematian (Asadi & Salmani, 2024). Pada pasien penyintas ICU, pengalaman perawatan kerap dipersepsikan menakutkan dan terpotong-potong (memory gaps), sehingga pasien berusaha menyusun ulang makna pengalaman melalui narasi dan refleksi (Flahault et al., 2022). Temuan ini membantu menjelaskan mengapa ketenangan keluarga biasanya muncul setelah mereka melihat pola pelayanan yang konsisten, misalnya pemantauan rutin, respons cepat, dan penjelasan yang berulang. Secara umum, temuan ini konsisten dengan studi sebelumnya yang menggambarkan fase awal ICU sebagai periode disorganisasi emosional akibat ketidakpastian klinis (Asadi & Salmani, 2024; Flahault et al., 2022), namun penelitian ini menambahkan konteks bahwa stabilitas emosi keluarga sangat dipengaruhi oleh persepsi terhadap konsistensi pola pelayanan di rumah sakit daerah dengan sumber daya terbatas. Peneliti menafsirkan temuan ini sebagai fase adaptasi awal yakni emosi sebagai indikator utama bagi pasien dan keluarga untuk menilai apakah situasi perawatan berada dalam kendali yang tepat, sehingga intervensi komunikasi awal yang terstruktur berpotensi mempercepat transisi dari perasaan takut menjadi lebih tenang.

2. Mutu Layanan dan Komunikasi Klinis

Temuan penelitian ini memperlihatkan bahwa pasien dan keluarga menilai mutu layanan ICU terutama dari komunikasi klinis yang jelas, konsisten, dan empatik, karena komunikasi membantu mereka memahami tindakan dan arah perawatan. Penilaian mutu tersebut tidak hanya bertumpu pada hasil klinis, tetapi pada pengalaman sehari-hari yang mereka saksikan, seperti apakah petugas responsif, apakah penjelasan mudah dipahami, dan apakah keluarga diberi kesempatan bertanya. Studi lintas ICU menunjukkan bahwa derajat *family-centered care* berkaitan dengan pola komunikasi tim dan keluarga, kebijakan kunjungan, dan dukungan organisasi yang memungkinkan interaksi yang bermakna (Azoulay et al., 2024). Meta-sintesis kualitatif juga menegaskan bahwa komunikasi dua arah dan dialog antara perawat dan keluarga merupakan rekomendasi inti untuk menurunkan kebingungan, menguatkan coping keluarga, dan meningkatkan rasa dilibatkan (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Dalam konteks keperawatan kritis, komunikasi yang baik berperan sebagai 'jembatan' antara tindakan teknologis ICU dan pemahaman keluarga, sehingga keluarga dapat memaknai tindakan medis sebagai upaya yang terarah, bukan sekadar prosedur yang menakutkan. Temuan ini sejalan dengan literatur mengenai pentingnya komunikasi dalam *family-centered care* (Azoulay et al., 2024; Gunnlaugsdóttir et al., 2024), namun berbeda dalam penekanan bahwa pada konteks lokal ini, komunikasi dipersepsikan lebih dominan dari pada indikator teknis sebagai dasar penilaian mutu layanan. Peneliti menyimpulkan bahwa komunikasi klinis berperan sebagai indikator penentu mutu yang terlihat melalui momen ketika keluarga memahami kondisi dan alasan tindakan, mereka cenderung menilai layanan lebih aman dan berkualitas, sekaligus lebih siap berkolaborasi dalam rencana perawatan.

3. Keluarga sebagai Pendamping Klinis

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga berperan sebagai pendamping klinis dengan cara mengadvokasi kebutuhan pasien, memantau perubahan, dan menjadi penghubung informasi antara pasien dan tim kesehatan. Peran ini tampak ketika keluarga

menyampaikan respons pasien terhadap intervensi, memberi masukan terkait kenyamanan, serta ikut memahami keputusan tindakan melalui proses penjelasan dan persetujuan. Literatur menempatkan keluarga sebagai bagian dari ekosistem perawatan ICU yang perlu difasilitasi melalui kehadiran yang bermakna, pelibatan, serta pengakuan terhadap kebutuhan emosional dan informasi keluarga (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Dalam kerangka *family-centered ICU*, penelitian juga menekankan bahwa ICU perlu memposisikan keluarga sebagai mitra, bukan hanya sebagai pengunjung, sehingga kolaborasi dan komunikasi menjadi inti layanan (Azoulay et al., 2024). Temuan studi ini menunjukkan bahwa kemitraan tersebut lebih mudah terbentuk ketika tim ICU memberi arahan yang jelas tentang apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan keluarga, serta kapan keluarga perlu dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Temuan ini konsisten dengan konsep kemitraan dalam *family-centered ICU* (Azoulay et al., 2024), tetapi studi ini menunjukkan bahwa batas peran yang tidak dijelaskan secara eksplisit dapat menimbulkan ambiguitas dan potensi beban tambahan bagi keluarga. Peneliti berasumsi bahwa peran ini sebagai kolaborasi dalam pemberian asuhan, yaitu keluarga membantu kontinuitas informasi dan dukungan psikologis, sementara tim ICU memastikan batas peran yang aman melalui edukasi, arahan, dan komunikasi yang terstruktur, sehingga partisipasi keluarga tidak berubah menjadi beban yang tidak realistis.

4. Kendala Sistem dan Sumber Daya

Temuan penelitian ini mengindikasikan bahwa kendala system, misalnya keterbatasan waktu tenaga kesehatan, ruang komunikasi yang kurang privat, aturan kunjungan, dan tekanan sumber daya, dapat menurunkan kualitas pengalaman pasien dan keluarga serta menghambat komunikasi yang optimal. Bagi keluarga, kendala ini sering diterjemahkan sebagai sulitnya memperoleh informasi tepat waktu, terbatasnya kesempatan untuk bertemu dokter/perawat, atau munculnya perasaan ‘ditinggalkan’ ketika kebutuhan mereka tidak tertangani secara konsisten. Studi tentang *family-centeredness* menjelaskan bahwa beban kerja, kebijakan kunjungan, dan keterbatasan ruang sering menjadi hambatan organisasi dalam menciptakan lingkungan ICU yang suportif bagi keluarga (Azoulay et al., 2024). Pada konteks layanan yang menantang, keluarga juga dapat mengalami tekanan finansial dan hambatan lingkungan yang memperburuk kapasitas mereka untuk berpartisipasi secara sehat dalam perawatan (Kehali et al., 2020). Temuan ini relevan untuk konteks rumah sakit daerah/layanan dengan sumber daya terbatas, di mana keluarga sering mengisi celah sistem melalui aktivitas logistik, sehingga beban keluarga meningkat di luar pendampingan emosional. Temuan ini memperkuat laporan sebelumnya tentang hambatan organisasi dalam penerapan *family-centered care* (Azoulay et al., 2024), namun penelitian ini menyoroti secara lebih spesifik bagaimana keterbatasan sistem di rumah sakit tipe D memengaruhi persepsi aksesibilitas informasi. Peneliti menyimpulkan bahwa ketegangan pengalaman ICU tidak hanya berasal dari kondisi klinis pasien, tetapi juga dari celah antara kebutuhan keluarga akan kepastian dan keterbatasan sistem dalam menyediakan akses, waktu, dan ruang relasional. Oleh karena itu, perbaikan kecil pada sistem komunikasi (jadwal terkini, titik kontak utama, ruang konseling) dapat memberi dampak besar pada pengalaman keluarga.

5. Beban Pendampingan Keluarga

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa keluarga menanggung beban pendampingan yang berlapis, seperti emosional, fisik, sosial, dan ekonomi, yang dapat mengganggu fungsi keluarga dan ketahanan dalam mengambil keputusan. Beban fisik tampak pada kesiapsiagaan panjang dan kelelahan karena harus hadir terus-menerus, sedangkan beban emosional muncul ketika keluarga menahan emosi, menghadapi ketidakpastian, dan menyaksikan prosedur invasif. Studi kualitatif menggambarkan bahwa keluarga pasien ICU sering mengalami *distress*, kelelahan, dan kebutuhan dukungan yang meningkat karena ketakutan akan kematian serta ketidakpastian informasi (Asadi & Salmani, 2024). Penelitian fenomenologis juga melaporkan beban finansial, gangguan peran keluarga, dan kesenjangan komunikasi sebagai tema yang menonjol pada pengalaman keluarga selama perawatan intensif (Kehali et al., 2020). Pada level praktik, temuan ini menegaskan perlunya asesmen keluarga yang mencakup risiko kelelahan pendamping, ketersediaan dukungan sosial, serta kebutuhan bantuan logistik sederhana (misalnya akses informasi, alur pengambilan obat, atau koordinasi kunjungan) (Asadi & Salmani, 2024; Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Temuan ini sejalan dengan penelitian fenomenologis sebelumnya mengenai *distress* dan kelelahan keluarga ICU (Asadi & Salmani, 2024; Kehali et al., 2020), namun studi ini menunjukkan bahwa beban logistik dan administratif di *setting* lokal turut memperkuat tekanan tersebut. Peneliti menafsirkan beban ini sebagai stresor sekunder yang dapat memperpanjang *distress* keluarga, sehingga perawat ICU perlu melakukan asesmen kebutuhan keluarga secara berkala dan menyediakan dukungan praktis dan emosional yang realistis, termasuk validasi emosi dan rujukan dukungan psikososial bila diperlukan.

6. Koping dan Dukungan Sosial-Spiritual

Temuan penelitian ini memperlihatkan bahwa pasien dan keluarga mengandalkan koping sosial-spiritual, seperti doa, penyerahan diri, serta dukungan keluarga/kerabat untuk mempertahankan harapan dan mengelola kecemasan selama perawatan intensif (Sada et al., 2021). Koping sosial-spiritual berperan ganda yakni sebagai cara menenangkan diri saat hasil belum pasti dan sebagai sumber makna yang membuat keluarga mampu bertahan satu hari ke hari berikutnya, tanpa kehilangan harapan. Namun, data juga menunjukkan variasi dukungan; sebagian partisipan melaporkan tidak adanya dukungan, yang kemungkinan dipengaruhi oleh struktur keluarga, jarak tempat tinggal, aturan kunjungan, serta stigma atau beban sosial tertentu (Asadi & Salmani, 2024; Kehali et al., 2020). Pada konteks negara berpenghasilan menengah ke bawah, keluarga memaknai ICU *diary* sebagai sarana menata emosi, memperkuat harapan, dan membantu memahami proses klinis sehingga persepsi terhadap layanan menjadi lebih terarah (Tripathy et al., 2020). Studi lain menunjukkan bahwa ICU *diary* yang ditulis keluarga dapat menurunkan stres, memperkuat relasi dengan tim kesehatan, dan mendukung praktik yang lebih empatik serta lebih *family-centered* (Bosco et al., 2025). Dalam konteks budaya Indonesia, dukungan spiritual sering menjadi sumber daya yang mudah diakses dan diterima, sehingga integrasi dukungan rohani yang diharapkan oleh pasien/keluarga, dapat meningkatkan pengalaman perawatan tanpa menambah beban klinis yang signifikan (Arwati et al., 2020). Peneliti menyimpulkan bahwa koping sosial-spiritual berfungsi sebagai strategi adaptif yang mudah diakses oleh keluarga, sehingga ICU dapat mempertimbangkan dukungan spiritual-psikososial yang terintegrasi sesuai kebutuhan dan budaya setempat, termasuk memfasilitasi akses rohaniwan dan ruang refleksi yang layak.

7. Harapan Dukungan Keluarga

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pasien dan keluarga mengharapkan dukungan yang lebih terstruktur, terutama komunikasi yang terjadwal dan konsisten, pelibatan yang proporsional, akses informasi yang mudah, serta dukungan emosional yang eksplisit. Harapan tersebut muncul karena keluarga membutuhkan informasi perkiraan kapan mereka akan mendapat kabar terbaru, siapa yang bisa dihubungi, dan bagaimana keluarga dapat berkontribusi secara aman. Meta-sintesis merekomendasikan agar perawat ICU merespons kebutuhan eksistensial keluarga, membangun komunikasi dua arah, dan menguatkan suasana ICU yang manusiawi untuk menurunkan beban keluarga (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Bukti lintas negara juga menekankan bahwa implementasi *family-centered care* memerlukan perbaikan hambatan organisasi dan perhatian pada kesejahteraan tenaga kesehatan karena faktor ini memengaruhi kualitas keterhubungan antara tim dan keluarga (Azoulay et al., 2024). Dalam praktik, harapan keluarga dapat diwujudkan melalui strategi sederhana namun konsisten, seperti *briefing* singkat harian, penggunaan bahasa non-teknis yang terarah, dan dokumentasi ringkas tentang rencana perawatan yang dapat dipahami keluarga (Curtis et al., 2016; Nelson et al., 2009). Temuan ini konsisten dengan meta-sintesis dan studi lintas negara yang menekankan pentingnya komunikasi terstruktur, pelibatan keluarga, dan pendekatan *family-centered care* dalam meningkatkan pengalaman keluarga di ICU (Gunnlaugsdóttir et al., 2024; Azoulay et al., 2024), namun penelitian ini memberikan penekanan berbeda dengan menunjukkan bahwa dalam konteks rumah sakit daerah, keluarga tidak hanya mengharapkan pendekatan yang humanistik, tetapi juga sistem yang sederhana, konsisten, dan dapat diprediksi. Peneliti menyimpulkan bahwa harapan keluarga dapat menjadi indikator prioritas dalam upaya peningkatan mutu layanan ICU, seperti keluarga membutuhkan sistem yang tidak hanya kompeten secara klinis, tetapi juga dapat diprediksi, komunikatif, dan berorientasi pada relasi, sehingga mereka merasa aman untuk menjalankan peran pendamping.

Ketujuh tema dalam penelitian ini membentuk suatu rangkaian pengalaman yang saling terhubung dan menunjukkan dinamika adaptasi pasien dan keluarga selama menjalani perawatan di ICU. Tema tentang kerentanan emosional menjadi titik awal yang menggambarkan respons psikologis terhadap situasi kritis, yang kemudian dimediasi oleh kualitas komunikasi klinis dan kejelasan informasi. Dalam konteks ini, komunikasi tidak berdiri sendiri, tetapi berfungsi sebagai mekanisme penentu apakah ketidakpastian perawatan akan meningkat atau justru tereduksi. Tema mengenai keterlibatan keluarga sebagai pendamping klinis terintegrasi dengan persepsi terhadap mutu layanan dan batasan sistem. Ketika pelibatan berlangsung secara proporsional dan terarah, keluarga merasakan kontrol yang lebih baik; sebaliknya, keterbatasan sumber daya dan hambatan organisasi memperkuat beban emosional dan ambiguitas peran. Dengan demikian, dimensi struktural (sistem dan kebijakan) berinteraksi langsung dengan dimensi relasional (komunikasi dan pelibatan keluarga). Selanjutnya, tema koping sosial-spiritual dan harapan terhadap perbaikan kondisi pasien berperan sebagai mekanisme penyeimbang dari keseluruhan pengalaman pasien dan keluarga. Dukungan sosial, spiritualitas, dan makna personal membantu keluarga mempertahankan stabilitas psikologis meskipun berada dalam situasi penuh ketidakpastian. Secara keseluruhan, ketujuh tema tersebut membentuk model konseptual yang menunjukkan bahwa pengalaman ICU merupakan hasil interaksi antara

faktor emosional, relasional, dan sistemik, yang secara bersamaan menentukan bagaimana mutu pelayanan dimaknai oleh pasien dan keluarga.

SIMPULAN

Pengalaman pasien dan keluarga di ICU menunjukkan adanya ketegangan berkelanjutan antara kerentanan emosional dan kebutuhan akan rasa aman. Mutu layanan dipersepsikan terutama melalui komunikasi klinis yang jelas, konsisten, dan empatik, serta keterlibatan keluarga yang proporsional sebagai bagian dari sistem pendampingan klinis. Kendala sistem dan keterbatasan sumber daya memperkuat ketidakpastian situasi dan meningkatkan beban keluarga, sementara koping sosial-spiritual dan dukungan sosial berperan sebagai faktor protektif dalam mempertahankan harapan terhadap perbaikan kondisi pasien.

Secara praktis, temuan ini mengimplikasikan perlunya penguatan praktik keperawatan ICU berbasis *family-centered critical care*, melalui penerapan komunikasi terstruktur (misalnya *briefing* harian dan *family conference*), kejelasan batasan serta ekspektasi peran keluarga, asesmen kebutuhan keluarga yang terintegrasi dalam proses keperawatan, dan penyediaan dukungan psikososial-spiritual yang sistematis. Selain itu, optimalisasi koordinasi interprofesional dan perbaikan alur pelayanan menjadi strategi penting untuk mencegah partisipasi keluarga berkembang menjadi beban yang tidak realistis.

Penelitian ini memiliki keterbatasan pada jumlah partisipan yang relatif terbatas dan homogenitas karakteristik diagnosis serta tingkat keparahan pasien, sehingga transferabilitas temuan masih perlu diuji lebih lanjut. Studi mendatang disarankan melibatkan sampel yang lebih beragam, termasuk variasi setting ICU (rumah sakit daerah dan rujukan), serta mengembangkan desain komparatif atau mixed-method untuk mengeksplorasi hubungan antara mutu komunikasi, beban keluarga, dan luaran klinis pasien secara lebih komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M. (2023). Data Collection Procedures for Contemporary IS Research. In *Information Systems Research: Foundations, Design and Theory* (pp. 121–135). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25470-3_7
- Arwati, I. G. A. D. S., Manangkot, M., & Yanti, N. L. P. E. (2020). HUBUNGAN TINGKAT SPIRITUALITAS DENGAN TINGKAT KECEMASAN PADA KELUARGA PASIEN. *Community of Publishing in Nursing (COPING)*. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/coping/article/download/59594/34608>
- Asadi, N., & Salmani, F. (2024). The experiences of the families of patients admitted to the intensive care unit. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02103-8>
- Azoulay, É., Kentish-Barnes, N., Boulanger, C., Mistraletti, G., van Mol, M., Heras-La Calle, G., Estenssoro, E., van Heerden, P. V., Delgado, M. C. M., Perner, A., Arabi, Y. M., Myatra, S. N., Laake, J. H., De Waele, J. J., Darmon, M., & Cecconi, M. (2024). Family centeredness of care: a cross-sectional study in intensive care units part of the European society of intensive care medicine. *Annals of Intensive Care*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13613-024-01307-0>
- Bosco, V., Mercuri, C., Nocerino, R., Czaplá, M., Uchmanowicz, I., Mazzotta, R., Giordano, V., & Simeone, S. (2025). Family members' experiences with intensive care unit diaries. *BMC Anesthesiology*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12871-025-03083-1>
- Bouncken, R. B., Czakon, W., & Schmitt, F. (2025). Purposeful sampling and saturation in qualitative research methodologies: recommendations and review. *Review of Managerial Science*. <https://doi.org/10.1007/s11846-025-00881-2>

- Curtis, J. R., Treece, P. D., Nielsen, E. L., Gold, J., Ciechanowski, P. S., Shannon, S. E., Khandelwal, N., Young, J. P., & Engelberg, R. A. (2016). Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 193(2), 154–162. <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0900OC>
- Flahault, C., Vioulac, C., Fasse, L., Bailly, S., Timsit, J. F., & Garrouste-Orgeas, M. (2022). “A story with gaps”: An interpretative phenomenological analysis of ICU survivors’ experience. *PLoS ONE*, 17(3 March). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264310>
- Gunnlaugsdóttir, T., Jónasdóttir, R. J., Björnsdóttir, K., & Klinke, M. E. (2024). How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. In *International Journal of Nursing Studies Advances* (Vol. 7). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100251>
- Hadi, M. A., & José Closs, S. (2016). Ensuring rigour and trustworthiness of qualitative research in clinical pharmacy. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 641–646. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0237-6>
- John W. Creswell, & J. David Creswell. (2022). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (Vol. 14). SAGE Publications.
- Kartika, A. W., Wiarsih, W., Permatasari, H., & Keperawatan, 1 Jurusan. (2015). PENGALAMAN KELUARGA DALAM MERAWAT PENDERITA SAKIT KRONIS. In *Jurnal Keperawatan Indonesia* (Vol. 18, Issue 1).
- Kehali, H., Berhane, Y., & Gize, A. (2020). A phenomenological study on the lived experiences of families of ICU patients, Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS ONE*, 15(12 December). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244073>
- KEMENKES. (2025). *RS ONLINE*.
- Kvande, M. E., Angel, S., & Højager Nielsen, A. (2022). “Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC).” In *Nursing Ethics* (Vol. 29, Issue 2, pp. 498–510). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>
- Maqbullla, M. (2014). *Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Terhadap Kualitas Pelayanan Perawatan Pasien ICU di Instalasi Rawat Intensif RSUP DR. Kariadi Semarang*. Universitas Diponegoro.
- Naef, R., Jeitziner, M.-M., Riguzzi, M., von Felten, S., Verweij, L., Rufer, M., Safford, J., Sutter, S., Bergmann-Kipfer, B., Betschart, U., Boltshauser, S., Brülisauer, N., Brunner, C., Bühler, P. K., Burkhalter, H., Dullenkopf, A., Heise, A., Hertler, B., Hoffmann, J. E., ... Zurbrügg, T. (2025). Nurse-Led Family Support Intervention for Families of Critically Ill Patients. *JAMA Internal Medicine*, 185(9), 1138. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2025.3406>
- Nelson, J. E., Walker, A. S., Luhrs, C. A., Cortez, T. B., & Pronovost, P. J. (2009). Family meetings made simpler: A toolkit for the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 24(4), 626.e7-626.e14. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2009.02.007>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Rosidawati, I., Hodijah, S., Program, D., Keperawatan, S. I., Program, M., Ilmu, S., Fakultas, K., & Kesehatan, I. (2019). *HUBUNGAN ANTARA LAMA RAWAT DENGAN TINGKAT KECEMASAN KELUARGA PASIEN DI RUANG INTENSIVE CARE UNIT RSUD DR SOEKARDJO KOTA TASEKMALAYA*.

- Sada, F., Nuraeni, A., & Mediani, H. (2021). Nurses Experience In Providing Palliative Care In Intensive Care Unit: An Integrative Review. *International Medical Journal (1994)*, 28, 3993.
- Safitri, D., Trisyani, Y., Nuraeni, A., & Wangi, K. (2019). Family Experience During Patient Assistance Process in General Intensive Care Unit: Phenomenology. *PROFESI (Profesional Islam): Media Publikasi Penelitian*, 17(1), 29–37.
- Tripathy, S., Acharya, S. P., Sahoo, A. K., Mitra, J. K., Goel, K., Ahmad, S. R., & Hansdah, U. (2020). Intensive care unit (ICU) diaries and the experiences of patients' families: a grounded theory approach in a lower middle-income country (LMIC). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00229-2>
- Utarini, A. (2020). *Tak Kenal Maka Tak Sayang: Penelitian Kualitatif dalam Pelayanan Kesehatan*. Ugm Press.