



ANALISIS KONSEP DUKUNGAN KELUARGA DI UNIT PERAWATAN INTENSIF (ICU) RUMAH SAKIT BERDASARKAN *PATIENT AND FAMILY-CENTERED CARE*

Ade Rahmah Yulia¹, Dian Prestiyowati², Satriya Pranata³, Siti Aisah⁴, M. Fatkul Mubin⁵

^{1,2,3,4,5}Program Studi Magister Nursing Program, Universitas Muhammadiyah Semarang, Indonesia
aderahmahyuliatamrin@gmail.com¹, dianprestiy83@gmail.com², satriya.pranata@unimus.ac.id³,
aisah@unimus.ac.id⁴, mubin@unimus.ac.id⁵

Abstrak

Paradigma keperawatan intensif telah bergeser dari model biomedis–teknosentris menuju *patient and family-centered care* (PFCC) yang menempatkan keluarga sebagai mitra aktif dalam komunikasi, asuhan, dan pengambilan keputusan. Meskipun bukti global terus berkembang, kejelasan konseptual tentang “dukungan keluarga” dalam kerangka PFCC di ICU Indonesia masih terbatas. Penelitian ini bertujuan merumuskan definisi konseptual dan operasional dukungan keluarga sebagai mitra dalam asuhan keperawatan kritis, mengidentifikasi atribut, antecedent, dan konsekuensi, serta menyusun indikator empiris untuk pengukuran dan integrasinya dalam praktik ICU. Analisis konsep dilakukan dengan pendekatan delapan langkah Walker dan Avant melalui sintesis bukti dari penelitian kuantitatif, kualitatif, dan campuran, uji klinis, serta telaah sistematis dan meta-analisis tentang PFCC dan partisipasi keluarga di ICU dewasa yang terbit tahun 2020–2025. Teridentifikasi lima atribut utama dukungan keluarga: (1) komunikasi terapeutik dan kolaboratif, (2) kehadiran fisik–emosional, (3) partisipasi aktif dalam perawatan dan pengambilan keputusan, (4) keterhubungan berbasis teknologi, serta (5) orientasi pada kebutuhan emosional, informasi, dan rasa aman pasien–keluarga. Atribut-atribut tersebut berhubungan dengan penurunan delirium, durasi ventilasi, dan lama rawat ICU, serta peningkatan kepuasan, kualitas komunikasi, dan kesejahteraan psikologis keluarga. Dukungan keluarga di ICU merupakan kemitraan terstruktur antara keluarga dan tim kesehatan yang meliputi komunikasi, kehadiran, partisipasi, dan pengambilan keputusan bersama. Model ini menjadi dasar teoritis bagi pengembangan kebijakan dan intervensi keperawatan ramah keluarga di Indonesia.

Kata Kunci: Analisis Konsep; Unit Perawatan Intensif; Dukungan Keluarga; *Patient And Family Centered Care*; *Family Engagement*; Keperawatan

Abstract

The paradigm in intensive care nursing has shifted from a biomedical–technocentric model to *patient- and family-centered care* (PFCC), emphasizing the family as an active partner in communication, care, and decision-making. Despite growing global evidence, conceptual clarity of “family support” within the PFCC framework in Indonesian ICUs remains limited. This study aimed to formulate a conceptual and operational definition of family support as a partner in critical care nursing, identify its defining attributes, antecedents, and consequences, and develop empirical indicators for its measurement and integration into ICU practice. A concept analysis was conducted using Walker and Avant’s eight-step approach, synthesizing evidence from quantitative, qualitative, and mixed-method studies, clinical trials, and systematic reviews on PFCC and family participation in adult ICUs published between 2020–2025. Five core attributes of family support were identified: (1) therapeutic and collaborative communication, (2) physical–emotional presence, (3) active participation in care and decision-making, (4) technology-mediated connectedness, and (5) orientation to emotional, informational, and safety needs. These attributes were linked with reduced delirium incidence, shorter ventilation duration and ICU stay, improved satisfaction and communication quality, and enhanced family psychological well-being. Family support in the ICU is a structured partnership between families and the healthcare team encompassing communication, presence, participation, and shared decision-making. This conceptual model provides a theoretical foundation for developing evidence-based, family-friendly ICU policies and nursing interventions within the Indonesian critical care context.

Keywords: Concept Analysis; Intensive Care Unit; Family Support; *Patient- And Family-Centered Care*; *Family Engagement*; Nursing

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2026

* Corresponding author :

Address : Jawa Tengah

Email : aderahmahyuliatamrin@gmail.com

Phone : -

PENDAHULUAN

Perawatan intensif modern mengalami pergeseran paradigma dari pendekatan biomedis yang berfokus pada teknologi menuju pendekatan yang menempatkan manusia dan keluarga sebagai pusat pelayanan. Model *patient and family centered care* (PFCC) menjadi kerangka utama dalam praktik keperawatan intensif karena menekankan kolaborasi antara tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga. Dalam konteks ICU, di mana pasien berada dalam kondisi kritis dan sering kali tidak dapat berkomunikasi, kehadiran serta keterlibatan keluarga berperan penting dalam menjaga dimensi kemanusiaan dan makna proses penyembuhan.

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga di ICU berdampak positif terhadap hasil klinis dan psikologis. Kehadiran keluarga dapat menurunkan risiko delirium, meningkatkan stabilitas fisiologis, serta mempercepat pemulihan pasien [(Rosa et al., 2019; Yangjin et al., 2024)]. Keterlibatan ini juga menurunkan kecemasan dan stres keluarga serta meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan [(ChecaCheca et al., 2025)]. Namun, di banyak rumah sakit, praktik PFCC belum terlaksana secara optimal. Kebijakan kunjungan yang restriktif, beban kerja perawat, dan minimnya panduan praktik menjadi hambatan utama penerapan PFCC, khususnya di negara berkembang termasuk Indonesia.

Di Indonesia, peran keluarga dalam perawatan pasien sangat dominan karena nilai budaya kolektivistik dan religiusitas yang tinggi. Keluarga sering menjadi pengambil keputusan medis dan sumber utama dukungan emosional pasien. Namun, implementasi PFCC di ICU masih menghadapi tantangan, terutama karena kebijakan rumah sakit yang membatasi kehadiran keluarga. Padahal, *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 2.1* dan *Kebijakan Keselamatan Pasien Kementerian Kesehatan RI (2023)* telah menegaskan pentingnya keterlibatan keluarga sebagai indikator mutu pelayanan rumah sakit.

Meskipun konsep dukungan keluarga sering digunakan dalam praktik keperawatan, terminologinya masih belum seragam dan sering tumpang tindih dengan istilah seperti *family involvement*, *family presence*, atau *family engagement*. Akibatnya, perawat memiliki persepsi yang beragam tentang sejauh mana keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien kritis. Di Indonesia, sebagian besar penelitian mengenai keluarga pasien ICU masih bersifat deskriptif dan belum menjelaskan hubungan antara atribut, *antecedent*, dan konsekuensi dari dukungan keluarga secara teoretis. Kondisi ini menunjukkan adanya kebutuhan untuk memperjelas batasan konseptual dan operasional

dukungan keluarga agar dapat diintegrasikan ke dalam praktik PFCC secara sistematis.

Secara teoretis, analisis konsep ini didasarkan pada *Human Caring Theory* (Watson, 2008) dan *Family Systems Nursing Theory* (Wright & Leahey, 2013). Watson menekankan *caring* sebagai proses transpersonal yang berlandaskan empati, nilai spiritual, dan martabat manusia, sedangkan Wright dan Leahey memandang pasien dan keluarga sebagai satu kesatuan sistem yang saling memengaruhi. Dengan demikian, dukungan keluarga di ICU tidak hanya merupakan tindakan fisik, tetapi juga hubungan terapeutik yang memulihkan keseimbangan emosional dan spiritual antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis konsep dukungan keluarga dalam konteks PFCC di ICU dewasa dengan mengidentifikasi atribut utama, *antecedent*, dan konsekuensinya. Hasil analisis ini diharapkan dapat memperjelas definisi konseptual dan operasional dukungan keluarga serta menjadi dasar pengembangan instrumen dan kebijakan keperawatan berbasis PFCC di Indonesia.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan analisis konsep (*concept analysis*) dengan metode Walker dan Avant (2014). Pendekatan ini bertujuan untuk memperjelas makna suatu konsep keperawatan melalui identifikasi atribut, faktor pendahulu (*antecedent*), konsekuensi, dan indikator empirisnya. Metode Walker dan Avant dipilih karena memiliki langkah-langkah sistematis dan logis yang sesuai dengan tujuan penelitian konseptual, khususnya untuk merumuskan definisi operasional yang dapat diterapkan dalam praktik keperawatan kritis.

Pemilihan metode ini juga mempertimbangkan kesesuaiannya dengan konteks teori *Human Caring* (Watson, 2008) dan *Family Systems Nursing* (Wright & Leahey, 2013), yang sama-sama memandang perawatan sebagai proses relasional dan dinamis antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Dengan demikian, analisis konsep ini tidak hanya menekankan aspek terminologis, tetapi juga dimensi teoretis dan praktikal dari dukungan keluarga dalam kerangka *patient and family centered care* (PFCC).

Langkah Analisis

Analisis dilakukan melalui delapan tahap Walker dan Avant, yang meliputi: (1) pemilihan konsep, (2) penentuan tujuan analisis, (3) identifikasi penggunaan konsep dalam literatur, (4) penentuan atribut utama, (5) penetapan *antecedent* dan *konsekuensi*, (6) penyusunan *model case* dan *borderline case*, (7) penentuan

indikator empiris, serta (8) perumusan definisi konseptual dan operasional.

Pendekatan ini dipilih karena bersifat terstruktur dan relevan untuk membangun kerangka teori keperawatan berbasis bukti, dibandingkan pendekatan Rodgers yang lebih eksploratif.

Sumber Data dan Penelusuran Literatur

Data diperoleh dari studi kuantitatif, kualitatif, dan *mixed-methods*, termasuk uji klinis dan telaah sistematis yang membahas PFCC dan keterlibatan keluarga di ICU dewasa, dipublikasikan antara tahun 2020–2025. Pencarian dilakukan melalui basis data PubMed, Scopus, CINAHL, dan ScienceDirect dengan kata kunci: *“patient and family-centered care”, “family support”, “family involvement”, “family presence”, “family participation”, “family engagement”, dan “intensive care unit”*.

Kriteria inklusi mencakup artikel yang melibatkan keluarga secara aktif dalam praktik PFCC di ICU dewasa dengan hasil yang terukur pada pasien, keluarga, atau sistem pelayanan. Artikel di luar konteks ICU dewasa, seperti NICU/PICU, atau yang hanya bersifat deskriptif tanpa komponen PFCC dikecualikan.

Analisis dan Sintesis Data

Setiap artikel yang memenuhi kriteria diekstraksi untuk memperoleh definisi, atribut, dan luaran utama yang relevan. Data kemudian dikelompokkan berdasarkan empat pilar PFCC (*dignity and respect, information sharing, participation, dan collaboration*) untuk mengidentifikasi pola atribut, faktor pendahulu, dan konsekuensinya. Sintesis dilakukan secara tematik dengan menautkan hasil empiris terhadap teori *Human Caring* (Watson) dan *Family Systems Nursing* (Wright & Leahey), serta panduan *Society of Critical Care Medicine (SCCM, 2025)* tentang keterlibatan keluarga di ICU.

Validitas dan Kredibilitas Analisis

Kredibilitas hasil analisis dijaga melalui tiga strategi utama:

1. Triangulasi sumber, dengan membandingkan hasil antarjenis penelitian (kuantitatif, kualitatif, uji klinis).
2. Triangulasi teori, dengan mengaitkan hasil temuan dengan teori *Human Caring* dan *Family Systems Nursing*.
3. *Peer debriefing*, yaitu konsultasi dengan dua pakar keperawatan kritis untuk memastikan kesesuaian hasil analisis dengan konteks praktik di ICU Indonesia

Hasil akhir berupa definisi konseptual dan operasional “dukungan keluarga”, pemetaan atribut–*antecedent*–konsekuensi, serta indikator empiris yang dapat digunakan untuk pengembangan intervensi PFCC dan indikator mutu *family friendly ICU* di Indonesia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan sintesis dari 24 artikel penelitian yang dianalisis, diperoleh lima atribut utama yang secara konsisten muncul dalam berbagai konteks ICU dewasa di seluruh dunia, termasuk relevansinya terhadap setting pelayanan di Indonesia.

Atribut Utama Dukungan Keluarga

Analisis terhadap berbagai studi kuantitatif, kualitatif, dan uji klinis menunjukkan bahwa dukungan keluarga di ICU bukan hanya kehadiran pasif, tetapi bentuk keterlibatan aktif yang difasilitasi oleh tenaga kesehatan. Lima atribut utama yang mendefinisikan konsep ini adalah:

1. Komunikasi terapeutik dan kolaboratif

Merujuk pada proses komunikasi dua arah antara keluarga dan tim ICU yang terstruktur, empatik, dan berkelanjutan. Bentuk praktiknya meliputi *family meetings, shared decision-making*, dan konferensi keluarga terjadwal. Komunikasi yang efektif terbukti meningkatkan kepuasan, memperbaiki pemahaman keluarga tentang kondisi pasien, serta menurunkan stres dan konflik keputusan [(Fiest et al., 2025; Hart et al., 2021)].

2. Kehadiran fisik–emosional (*physical and emotional presence*)

Menunjukkan keterlibatan keluarga secara langsung di sisi pasien melalui kebijakan kunjungan fleksibel (*flexible visitation*), kehadiran selama prosedur, dan dukungan emosional berupa sentuhan atau interaksi verbal. Studi menunjukkan kehadiran keluarga berkontribusi terhadap penurunan delirium, peningkatan kenyamanan pasien, serta kepuasan keluarga [(Rosa et al., 2019; Li et al., 2025)].

3. Partisipasi aktif dalam asuhan dan pengambilan keputusan

Menggambarkan keterlibatan keluarga dalam tindakan perawatan dasar (misalnya stimulasi sensori, orientasi, atau mobilisasi ringan) dan proses klinis seperti *weaning ventilator*. Studi *family assisted care* menunjukkan dampak positif pada penurunan durasi ventilasi dan lama rawat ICU [(Shahid et al., 2024; Yangjin et al., 2024)].

4. Pemanfaatan teknologi untuk menjaga keterhubungan

Melibatkan penggunaan teknologi digital seperti video call, aplikasi komunikasi, atau tele-ICU untuk memperkuat koneksi antara pasien–keluarga–tenaga kesehatan, terutama pada kondisi pembatasan kunjungan. Intervensi ini meningkatkan persepsi keterlibatan keluarga dan kualitas komunikasi, meski dampaknya pada kecemasan bervariasi [(Akgün et al., 2023; Vázquez et al., 2024)].

5. Orientasi pada kebutuhan emosional, informasi, dan rasa aman

Menekankan pentingnya pengkajian kebutuhan keluarga dan pemberian dukungan

psikososial terstruktur. Intervensi PFCC yang memperhatikan dimensi ini terbukti menurunkan kecemasan dan meningkatkan rasa kendali keluarga terhadap situasi kritis pasien [(ChecaCheca et al., 2025; Fiest et al., 2025)].

Faktor Antecedent/Pendahulu

Analisis menunjukkan bahwa penerapan dukungan keluarga di ICU dipengaruhi oleh empat kelompok faktor pendahulu utama:

- 1. Kondisi klinis pasien dan keluarga: pasien dengan ventilasi mekanik, risiko delirium, atau prognosis tidak pasti seringkali memerlukan keterlibatan keluarga lebih intensif.
- 2. Konteks organisasi dan kebijakan ICU: fleksibilitas jam kunjungan, dukungan manajerial, dan budaya unit yang terbuka terhadap keluarga menjadi prasyarat penting.
- 3. Sikap dan kompetensi tenaga kesehatan: keterampilan komunikasi empatik, kesiapan perawat, dan penerimaan terhadap PFCC menentukan keberhasilan pelibatan keluarga.
- 4. Sarana fisik dan teknologi: fasilitas ruang, alat komunikasi, dan prosedur yang mendukung keterhubungan aman (termasuk

video call dan *tele-visitation*) diperlukan untuk menjaga keberlanjutan dukungan keluarga [(Hart et al., 2021; ChecaCheca et al., 2025)].

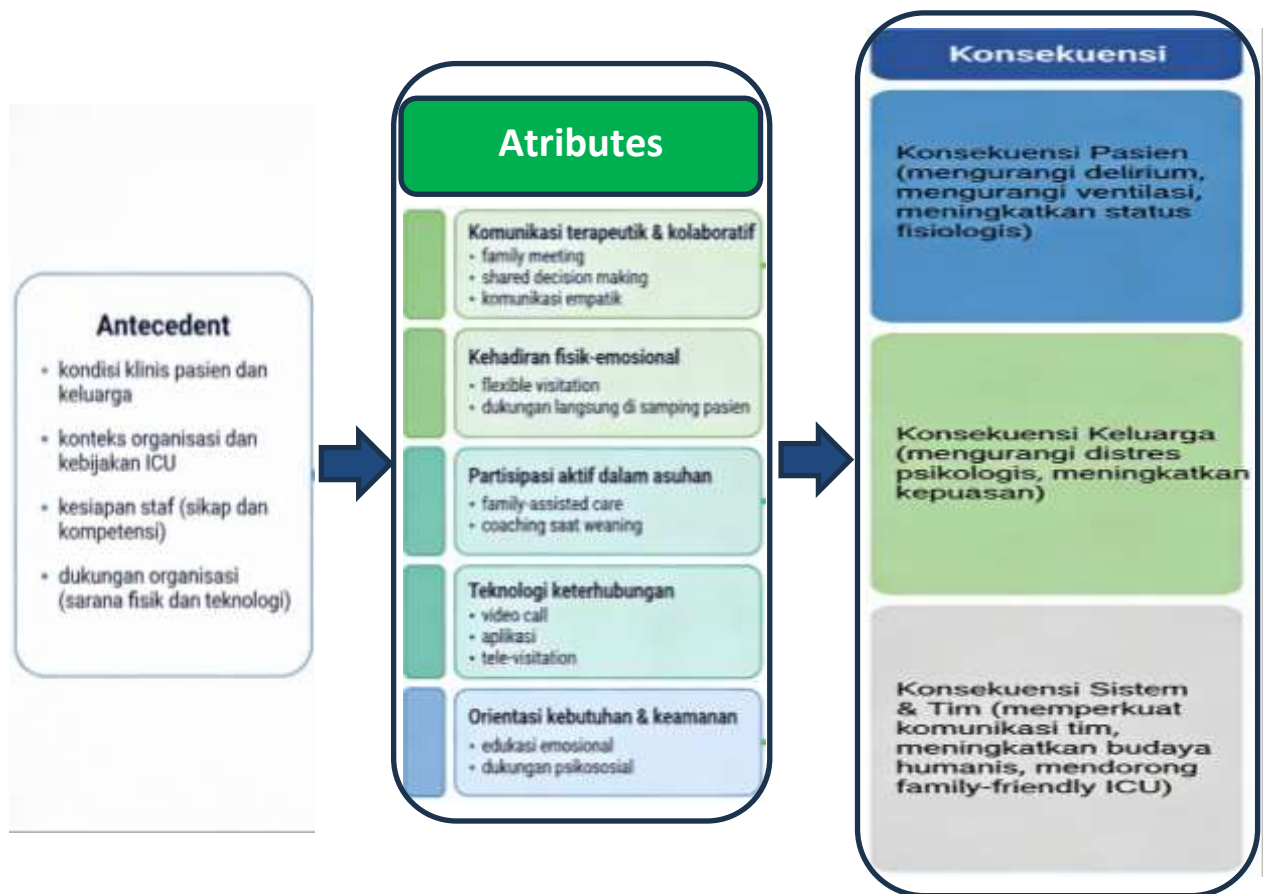
Konsekuensi

Dukungan keluarga di ICU menghasilkan konsekuensi positif yang konsisten pada tiga tingkat:

- 1. Tingkat pasien: menurunkan insiden delirium hingga 40–50%, memperpendek durasi ventilasi mekanik, dan memperbaiki indikator fisiologis seperti frekuensi nadi dan saturasi oksigen [(Li et al., 2025; Yangjin et al., 2024)].
- 2. Tingkat keluarga: menurunkan tingkat kecemasan, depresi, dan gejala stres pascatrauma, serta meningkatkan kepuasan dan persepsi dukungan emosional [(Fiest et al., 2025; ChecaCheca et al., 2025)].
- 3. Tingkat sistem dan tim kesehatan: meningkatkan efektivitas komunikasi interprofesional, memperkuat kepatuhan terhadap *ABCDEF bundle* (elemen “F – Family Engagement”), dan berkontribusi pada budaya kerja yang lebih humanis dan kolaboratif [(Naef et al., 2025; SCCM, 2025)].

Tabel 1. Ringkasan Atribut, Antecedent, dan Konsekuensi

Komponen	Deskripsi Utama	Dampak / Temuan Empiris
<i>Antecedent</i>	a. Kondisi klinis pasien dan keluarga , b. Konteks organisasi dan kebijakan ICU, c. Kesiapan staf (Sikap dan kompetensi tenaga kesehatan), d. Dukungan organisasi (sarana fisik dan teknologi)	Menentukan keberhasilan implementasi PFCC
Atribut 1: Komunikasi terapeutik & kolaboratif	<i>Family meetings, shared decision-making</i> , komunikasi empatik	Meningkatkan kepuasan, Menurunkan stres keluarga, Mengoptimalkan kejelasan keputusan
Atribut 2: Kehadiran fisik–emosional	<i>Flexible visitation</i> , dukungan langsung di samping pasien	Menurunkan delirium, Meningkatkan kenyamanan pasien, Meningkatkan hubungan emosional
Atribut 3: Partisipasi aktif dalam asuhan	<i>Family assisted care, coaching</i> saat weaning	Mengurangi durasi ventilasi, Mengurangi lama rawat ICU
Atribut 4: Teknologi keterhubungan	<i>Video call</i> , aplikasi, <i>tele-visitation</i>	Meningkatkan komunikasi, dan <i>engagement</i> keluarga
Atribut 5: Orientasi kebutuhan & keamanan	Edukasi emosional, dukungan psikososial	Mengurangi kecemasan keluarga, Meningkatkan rasa aman dan kepercayaan
Konsekuensi pasien	Mengurangi delirium, Mengurangi durasi ventilator, dan memberikan efek positif secara fisiologis	Bukti kuat konsisten di berbagai studi
Konsekuensi keluarga	Mengurangi <i>distress</i> psikologis, meningkatkan kepuasan	Efek kecil-sedang, tetapi stabil
Konsekuensi sistem dan tim kesehatan	Memperkuat komunikasi tim, meningkatkan budaya humanis	Mendorong <i>family friendly</i> ICU



Model analisis konsep dukungan keluarga di Unit Perawatan Intensif (ICU) Rumah Sakit berdasarkan *patient family-centered care*

Model Kasus

1. *Model case*: dukungan keluarga optimal

Seorang laki-laki 58 tahun dirawat di ICU pasca operasi katup jantung dengan ventilator mekanik dan risiko tinggi delirium, dengan keluarga dilibatkan sejak awal melalui pendekatan PFCC terstruktur. Perawat mengedukasi dan melatih keluarga melakukan orientasi, stimulasi sensoris, serta *family-assisted care* dalam konteks kunjungan fleksibel dengan pengawasan keperawatan. Hasilnya, delirium tidak muncul, durasi ventilasi dan lama rawat ICU lebih singkat, sementara kecemasan keluarga menurun dan kepuasan terhadap komunikasi serta kedekatan meningkat, konsisten dengan uji acak *family partnered delirium care* dan meta-analisis intervensi *family participation* di ICU (Li et al., 2025; Yangjin et al., 2024)

2. *Borderline case*: dukungan keluarga sebagian

Seorang perempuan 65 tahun dengan pneumonia berat dirawat di ICU dengan ventilator pada unit dengan kunjungan terbatas dan tanpa protokol PFCC eksplisit. Putranya hadir rutin dan memberi dukungan emosional spontan, tetapi tidak mendapat edukasi atau pelibatan terstruktur dalam ronde maupun pengambilan keputusan. Kehadiran keluarga memberi kenyamanan parsial, namun atribut *family assisted care* dan *shared decision making* tidak terwujud optimal, sehingga

potensi dampak terhadap delirium, durasi ventilasi, dan luaran psikologis keluarga tidak sekuat intervensi PFCC terstandar yang dilaporkan dalam uji klinis dan telaah sistematis (Yangjin et al., 2024; Checa-Checa et al., 2025).

3. *Related case*: intervensi terkait tanpa dukungan keluarga aktif

Seorang pria 50 tahun dengan sepsis dirawat di ICU yang menerapkan *ABCDEF bundle* komprehensif untuk pencegahan delirium, berfokus pada intervensi tim profesional. Keluarga menerima edukasi dan pembaruan singkat, namun tidak dilatih atau dilibatkan aktif dalam reorientasi, stimulasi sensoris, atau pengambilan keputusan. Program efektif menurunkan delirium dan lama rawat, tetapi keluarga lebih berperan sebagai penerima informasi sehingga belum memenuhi atribut utama dukungan keluarga aktif dalam PFCC (Fiest et al., 2022; Checa-Checa et al., 2025).

4. *Contrary case*: ketiadaan dukungan keluarga

Seorang laki-laki 72 tahun dirawat di ICU selama pandemi dengan kebijakan tanpa kunjungan, sehingga keluarga hanya menerima ringkasan singkat melalui telepon dan tidak difasilitasi alternatif seperti *video call* atau *virtual visiting*. Tidak ada edukasi, *family meeting*, maupun pelibatan dalam keputusan, sehingga keluarga merasa terpinggirkan dan sangat cemas,

berlawanan dengan prinsip PFCC dan bukti manfaat kehadiran serta partisipasi keluarga sebagai dukungan keluarga aktif di ICU (Checa-Checa et al., 2025; Yangjin et al., 2024)

Referensi Empiris

Untuk mengukur efektivitas dukungan keluarga, digunakan beberapa indikator empiris yang terbukti valid dalam konteks ICU, antara lain:

1. Delirium: *Confusion Assessment Method for ICU* (CAM-ICU), *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC).
2. Kepuasan keluarga: *Family Satisfaction in ICU* (FS-ICU), *Consumer Quality Index-ICU*.
3. Kesehatan psikologis keluarga: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Impact of Event Scale- Revised* (IES-R).
4. Parameter klinis pasien: durasi ventilasi mekanik, lama rawat ICU, dan penggunaan sedasi.

Pembahasan

Hasil analisis konsep menunjukkan bahwa *dukungan keluarga* dalam konteks *patient and family centered care* (PFCC) di ICU merupakan kemitraan aktif antara keluarga dan tenaga kesehatan yang terwujud melalui komunikasi terapeutik, kehadiran fisik-emosional, partisipasi dalam asuhan, keterhubungan berbasis teknologi, dan orientasi terhadap kebutuhan emosional serta informasi. Konsep ini menegaskan peran keluarga bukan sekadar pengunjung, melainkan *co-caregiver* yang berkontribusi terhadap proses penyembuhan dan kesejahteraan pasien.

Konseptualisasi Dukungan Keluarga dalam Kerangka PFCC

Konsep dukungan keluarga dalam kerangka PFCC merepresentasikan pergeseran keperawatan kritis menuju paradigma yang lebih humanistik dan kolaboratif, dengan keluarga diposisikan sebagai *co-partner in care*, bukan sekadar penerima informasi pasif. PFCC memandang penyembuhan tidak hanya sebagai proses biomedis, tetapi juga mencakup dimensi emosional, sosial, dan spiritual pasien serta keluarga melalui hubungan triadik perawat-pasien-keluarga. Dalam konteks ICU yang sarat teknologi, PFCC membantu menyeimbangkan tuntutan teknis dengan pemeliharaan martabat dan nilai individu. Temuan ini selaras dengan studi yang menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga secara bermakna dapat menurunkan risiko delirium, meningkatkan kepuasan, dan memperkuat pengambilan keputusan bersama, sehingga dukungan keluarga menjadi komponen inti sistem perawatan kritis modern (Checa-Checa et al., 2025; Rosa et al., 2019).

Integrasi Atribut Konseptual

Integrasi hasil analisis menunjukkan kesesuaian kuat dengan *Human Caring Theory*

(Watson) dan *Family Systems Nursing Theory* (Wright & Leahey). Dalam perspektif Watson, atribut komunikasi terapeutik dan kehadiran emosional mencerminkan proses *caritas* yang menekankan empati, kehadiran autentik, dan penghormatan terhadap martabat keluarga dan pasien. *Caring* di sini memosisikan perawat bukan hanya sebagai pelaksana tindakan teknis, tetapi juga fasilitator pemulihan makna dan keseimbangan batin. Sementara itu, *Family Systems Nursing Theory* memandang pasien-keluarga sebagai satu sistem, sehingga partisipasi aktif keluarga di ICU dipahami sebagai mekanisme adaptasi yang memperkuat fungsi sistem keluarga di bawah tekanan kondisi kritis, menjadikan dukungan keluarga wujud konkret sinergi *caring* dan perspektif sistem dalam praktik keperawatan kritis berbasis PFCC.

Dinamika Antecedent dan Konsekuensi

Setiap atribut yang teridentifikasi berfungsi saling melengkapi dalam menciptakan sistem dukungan yang utuh. Komunikasi terapeutik menjadi fondasi awal dari keterlibatan keluarga, karena melalui komunikasi yang terbuka, keluarga memperoleh pemahaman, rasa percaya, dan ruang partisipasi. Kehadiran fisik-emosional berperan sebagai medium pemulihan, sementara partisipasi aktif dan keterhubungan teknologi memperluas makna kehadiran tersebut dalam bentuk kolaborasi nyata.

Di sisi lain, orientasi terhadap kebutuhan emosional dan informasional memastikan bahwa intervensi PFCC tetap personal, relevan, dan bermakna. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian [(Fiest et al., 2025)] yang menegaskan pentingnya *information sharing* dan *emotional validation* dalam meningkatkan kepuasan keluarga ICU.

Kebijakan dan budaya organisasi rumah sakit menjadi faktor penentu keberhasilan PFCC. Rumah sakit dengan kebijakan kunjungan terbuka, pelatihan komunikasi empatik, dan dukungan manajerial lebih efektif menerapkan PFCC [(Kiwanuka et al., 2019; Lloyd et al., 2021)]. Sebaliknya, sistem hierarkis dan fokus teknologis menjadi hambatan utama. Di Indonesia, keterbatasan sumber daya dan kebijakan yang belum sepenuhnya mendukung keterlibatan keluarga masih menjadi tantangan, meski prinsip PFCC telah sejalan dengan arah kebijakan *Kementerian Kesehatan RI (2023)* dan *SNARS Edisi 2.1* tentang kemitraan pasien-keluarga sebagai indikator mutu layanan.

Implikasi terhadap Praktik Keperawatan ICU

Temuan ini menegaskan perlunya transformasi peran perawat dari *task-oriented caregiver* menjadi *relationship-oriented facilitator*. Perawat ICU diharapkan tidak hanya mahir secara teknis, tetapi juga memiliki kompetensi komunikasi terapeutik, kepekaan budaya, dan kemampuan reflektif dalam

menjembatani kebutuhan keluarga dan pasien. Beberapa strategi yang dapat diterapkan di lapangan meliputi:

1. Program *family coaching*: memberikan edukasi singkat kepada keluarga tentang cara berinteraksi terapeutik dengan pasien (misalnya memberikan sentuhan, orientasi waktu, atau berbicara menenangkan).
2. *Family conference* terstruktur: sesi komunikasi rutin antara tim ICU dan keluarga untuk berbagi perkembangan kondisi pasien, menjelaskan prosedur, serta mendukung pengambilan keputusan bersama.
3. Integrasi teknologi: penggunaan video call atau *tele-visitation* sebagai sarana keterhubungan ketika kunjungan fisik tidak memungkinkan.
4. Pelatihan PFCC lintas profesi: melibatkan dokter, perawat, dan staf pendukung untuk membangun budaya kerja kolaboratif berbasis kemanusiaan.

Intervensi ini tidak hanya meningkatkan kepuasan keluarga, tetapi juga berdampak positif terhadap efisiensi pelayanan dan budaya keselamatan pasien di ICU.

Implikasi Teoritis dan Pengembangan Model

Secara teoretis, hasil penelitian ini memperluas konsep *caring* menjadi hubungan triadik antara perawat, pasien, dan keluarga, yang menekankan dimensi kolektif dan sistemik dalam meningkatkan kesejahteraan seluruh unit keluarga.

Model konseptual dukungan keluarga yang dihasilkan menggambarkan alur kausal antara antecedent (kondisi pasien, kebijakan, sikap staf) → atribut utama (komunikasi, kehadiran, partisipasi, teknologi, kebutuhan emosional) → konsekuensi (pasien, keluarga, sistem). Model ini dapat menjadi kerangka kerja konseptual untuk:

1. Mengembangkan instrumen pengukuran dukungan keluarga di ICU,
2. Mengevaluasi mutu implementasi PFCC, dan
3. Menjadi dasar kebijakan *family friendly ICU* di Indonesia.

Analisis ini juga membuka arah penelitian lanjutan mencakup:

1. Validasi instrumen lokal berbasis atribut konseptual,
2. Uji efektivitas intervensi PFCC terhadap luaran klinis dan psikososial, serta
3. Kajian fenomenologis pengalaman keluarga Indonesia dalam konteks budaya dan spiritualitas.

Penelitian lanjutan diperlukan untuk menguji validitas eksternal model dan menyesuaikannya dengan keragaman budaya pelayanan kesehatan di Indonesia.

Sintesis Akhir

Dukungan keluarga di ICU merupakan fondasi pelayanan keperawatan humanis yang mengintegrasikan nilai *caring*, kolaborasi, dan kehadiran. Penerapan PFCC membantu menyeimbangkan teknologi tinggi dengan sentuhan kemanusiaan serta memperkuat peran perawat sebagai fasilitator hubungan terapeutik. Dengan dukungan kebijakan inklusif, pelatihan empati, dan komunikasi efektif, konsep ini dapat diimplementasikan luas di Indonesia sebagai langkah menuju sistem keperawatan kritis yang berkelanjutan dan berorientasi keluarga.

SIMPULAN

Analisis konsep ini menegaskan bahwa dukungan keluarga dalam konteks *patient and family centered care* (PFCC) di unit perawatan intensif (ICU) merupakan suatu kemitraan terstruktur antara keluarga dan tenaga kesehatan yang berlandaskan komunikasi terapeutik, kehadiran fisik-emosional, partisipasi aktif, keterhubungan berbasis teknologi, serta orientasi terhadap kebutuhan emosional dan informasi pasien & keluarga. Dukungan keluarga bukan sekadar aktivitas kunjungan atau empati spontan, melainkan bagian integral dari sistem asuhan keperawatan yang dirancang untuk memperkuat kesejahteraan pasien, ketahanan emosional keluarga, dan efektivitas kolaborasi tim kesehatan. Hasil sintesis menunjukkan bahwa dukungan keluarga berkontribusi terhadap:

1. Pasien: menurunkan risiko delirium, memperpendek durasi ventilasi mekanik, serta meningkatkan stabilitas fisiologis dan kenyamanan.
2. Keluarga: menurunkan kecemasan, depresi, dan stres pascatrauma, serta meningkatkan kepuasan terhadap pelayanan.
3. Sistem pelayanan: memperkuat komunikasi tim, meningkatkan kepatuhan terhadap *ABCDEF bundle* (khususnya elemen “F – *Family Engagement*”), dan membangun budaya ICU yang lebih humanis.

Secara teoretis, konsep ini memperluas pemahaman tentang *caring* dari hubungan dua arah (perawat-pasien) menjadi hubungan triadik (perawat-pasien-keluarga) yang dinamis. Hal ini memperkuat pandangan *Human Caring Theory* (Watson) dan *Family Systems Nursing* (Wright & Leahey) bahwa perawatan efektif memerlukan keseimbangan emosional, relasional, dan spiritual antara pasien, keluarga, dan perawat.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Mutair, A. S., Plummer, V., O'Brien, A., & Clerehan, R. (2014). Family needs and involvement in the intensive care unit: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 2744–2753.

Akgün, K. M., et al. (2023). Tele-ICU and virtual family visiting interventions in critical care:

- Impact on family experience and communication. *Critical Care Medicine*, 51(Suppl.), SXXX–SXXX.
- Balas, M. C., et al. (2022). Revisiting the ABCDEF bundle: Advancing family engagement and empowerment in adult ICUs. *Intensive Care Medicine*, 48(X), 1–12.
- Brauchle, A., et al. (2022). Patient- and family-centered care in the ICU: Associations with family outcomes. *Intensive Care Medicine*, 48(X), 1–12.
- Brieflands. (2023). Concept analysis in nursing research: An overview of methods and applications. *Nursing Reports*, 13(X), 1–10.
- Checa-Checa, J., et al. (2025). Family-centered interventions in adult intensive care units: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 51(X), 1–20.
- Fiest, K. M., et al. (2022). Family engagement in the ICU: A scoping review of interventions, outcomes, and implementation barriers. *Chest*, 162(X), 1–15.
- Fiest, K. M., et al. (2025). Structured family meetings and communication interventions in the ICU: Effects on family psychological outcomes. *Critical Care Medicine*, 53(X), 1–12.
- Hart, J. L., Turnbull, A. E., Oppenheim, I. M., & Courtright, K. R. (2021). Family-centered care in the ICU: Current practices and future directions. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(5), family-page range.
- Heyland, D. K., Rocker, G. M., O’Callaghan, C. J., Dodek, P. M., & Cook, D. J. (2007). Dying in the ICU: Perspectives of family members. *Chest*, 132(5), 1435–1443.
- Joo, H., et al. (2024). Patient- and family-centred care interventions in adult ICUs: A systematic review of concepts, components, and outcomes. *Intensive and Critical Care Nursing*, 79, 103421.
- Khan, B. A., et al. (2022). Delirium prevention strategies in critically ill adults: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care Clinics*, 38(X), 1–18.
- Kiwanuka, F., et al. (2019). Barriers and facilitators to patient and family engagement in adult ICU care: An integrative review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 52, 15–25.
- Li, X., et al. (2025). Family participation for delirium prevention in adult ICU patients: A randomized controlled trial. *Journal of Critical Care*, 76, 154217.
- Lloyd, C. B., et al. (2021). Visiting policies and family engagement in the ICU: An international survey. *Intensive Care Medicine*, 47(6), 1–10.
- Mitchell, M. L., et al. (2017). A family intervention to reduce delirium in critically ill patients: A randomized controlled trial. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 1–12.
- Naef, R., et al. (2025). The FICUS trial: Nurse-led family support in the ICU and its impact on family outcomes. *Intensive Care Medicine*, 51(X), 1–14.
- Provost, V., et al. (2024). Applying Walker and Avant concept analysis method in contemporary nursing research. *Nurse Researcher*, 31(X), 1–9.
- Pun, B. T., et al. (2019). Caring for critically ill patients with the ABCDEF bundle: Results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. *Critical Care Medicine*, 47(1), 3–14.
- Rosa, R. G., et al. (2019). Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: The ICU Visits randomized clinical trial. *JAMA*, 322(3), 216–228.
- Scheer, T., et al. (2025). Development of a “family-friendly ICU” certification program and standards. *Intensive Care Medicine*, 51(X), 1–9.
- SCCM (Society of Critical Care Medicine). (2025). Guidelines for family-centred care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 53(X), 1–20.
- Secunda, K., et al. (2022). Family presence and family-centred care practices in ICUs: A systematic review. *Journal of Intensive Care*, 10(X), 1–12.
- Shahid, Z., et al. (2023). Feasibility of family-led coaching during awakening and breathing trials in adult ICU patients: A pilot study. *American Journal of Critical Care*, 32(X), 1–10.
- Shahid, Z., et al. (2025). Family-led coaching during ventilator weaning and its effect on family anxiety: A randomized trial. *Critical Care Medicine*, 53(X), 1–11.
- Society of Critical Care Medicine. (2025). ICU liberation and family engagement: Policy statement and recommendations. *Critical Care Medicine*, 53(X), 1–8.
- Thelan, M., et al. (2023). Family presence and ICU outcomes: A multicenter observational study. *Journal of Critical Care*, 74, 154198.
- Vázquez, M., et al. (2024). Virtual visitation and web-based communication with families in the ICU: A randomized trial. *Intensive Care Medicine*, 50(X), 1–10.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2014). *Strategies for theory construction in nursing* (5th ed.). Pearson.
- Wall, R. J., Engelberg, R. A., Gries, C. J., Glavan, B., & Curtis, J. R. (2019). Validation of a measure of family-centered care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 35(1), 1–9.

Yangjin, Y., et al. (2024). Patient- and family-centred care and family participation in adult ICUs: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 28, 1–18.