

Eksplorasi Kecemasan Keluarga Penunggu Pasien Kondisi Kritis Di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit

Adinda Jovita Septiawati¹, Endrat Kartiko Utomo², Adi Buyu Prakoso³

^{1,2,3} Universitas Duta Bangsa Surakarta

Email: adindasurakarta1@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan: Kondisi kritis pasien yang dirawat di unit perawatan intensif memicu ketidakstabilan fisiologis dan risiko kematian, sehingga memberikan beban psikologis nyata bagi keluarga penunggu berupa kecemasan. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi secara mendalam pengalaman kecemasan keluarga penunggu pasien kritis di unit perawatan intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Subjek penelitian terdiri dari enam anggota keluarga penunggu pasien kritis yang dipilih menggunakan teknik *Purposive Sampling*. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam semi-terstruktur dan observasi sistematis, lalu dianalisis menggunakan metode analisis data model CoalaiZZi. **Hasil:** Penelitian ini menghasilkan tiga tema utama: manifestasi respon fisik dan fisiologis (kualitas tidur yang buruk, kelelahan fisik ekstrem, dan reaksi otonom akut seperti jantung berdebar dan lemas); manifestasi hambatan kognitif (penurunan konsentrasi mental, pikiran kosong, dan kebingungan dalam pengambilan keputusan medis); serta manifestasi dinamika emosional (ketakutan ekstrem terhadap kehilangan pasien, ketegangan akibat keterbatasan fasilitas ruang tunggu, dan transisi koping spiritual menuju kepasrahan). **Kesimpulan:** Kecemasan keluarga bermanifestasi secara holistik pada ranah fisik, kognitif, dan emosional akibat stresor lingkungan serta ancaman kematian pasien, namun keluarga berhasil membangun resiliensi mental melalui koping spiritual. **Rekomendasi:** Rumah Sakit direkomendasikan mengoptimalkan fasilitas ruang tunggu, menerapkan teknik komunikasi terapeutik berkala sebelum meminta persetujuan tindakan medis, serta menyediakan layanan pendampingan spiritual bagi keluarga penunggu.

Kata kunci: Hospitalisasi, Kecemasan keluarga, Pasien kritis, Unit Keperawatan Intensif

Abstract

Introduction: The critical condition of patients treated in the intensive care unit triggers physiological instability and mortality risk, imposing a real psychological burden of anxiety on waiting family members. This study aims to deeply explore the anxiety experiences of families waiting for critical patients in the intensive care unit of Dr. Moewardi Regional General Hospital. **Methods:** This study used a qualitative design with a descriptive phenomenological approach. Research subjects consisted of six family members waiting for critical patients selected using a purposive sampling technique. Data were collected through semi-structured in depth interviews and systematic observations, then analyzed using the CoalaiZZi model data analysis method. **Result:** the study identified three main themes: physical and physiological response manifestations (poor sleep quality, extreme physical fatigue, and acute autonomic reactions such as palpitations and weakness); cognitive impairment manifestations (decreased mental concentration, blank mind, and confusion in medical decision making); and emotional dynamics manifestations (extreme fear of losing patient, tension due to limited waiting room facilities, and spiritual coping transition toward surrender). **Conclusion:** Family anxiety manifests holistically across physical, cognitive, and emotional domains due to environmental stressor and the threat of patient death, yet families successfully build mental resilience through spiritual coping. **Recommendations:** Hospitals are recommended to optimize waiting room facilities, implement periodic therapeutic communication techniques before requesting consent for medical procedures, and provide spiritual support service for waiting families.

Keywords: Hospitalization, Family anxiety, Critical patients, Intensive Care Unit

1. PENDAHULUAN

Secara global, beban penyakit kritis terus meningkat dan berada pada tingkat yang mengkhawatirkan [1]. Sekitar 9,8% hingga 24,6% pasien rawat inap berada dalam kondisi kritis, dengan 30-45 juta kasus baru per tahun pada kelompok dewasa serta angka kematian mencapai 1,1 – 7,4 juta jiwa. Fenomena serupa juga terjadi di Asia dan Indonesia, yang ditandai

oleh tingginya ketergantungan pasien sepsis pada ventilator serta lonjakan kunjungan unit perawatan intensif [2]. Karakteristik penyakit terbanyak di ICU Indonesia didominasi oleh gangguan neurologi (24,36%), kardiovaskular (18,18%), respirasi (13,05%), sepsis (8,04%), hingga gagal ginjal, endokrin, gastrointestinal, obgyn, dan cedera traumatik [3]. Gambaran urgensi ini terlihat jelas di ruang ICU Mawar RSUD Dr. Moewardi Surakarta melalui fluktuasi angka kunjungan pasien pada November 2025 (83 pasien), Desember 2025 (64 pasien), dan Januari 2026 (71 pasien). Bahkan, data menunjukkan tingkat mortalitas yang sangat tinggi mencapai 98,6% (218 kematian dari 221 pasien keluar; 23,1% meninggal <48 jam dan 75,6% meninggal >48 jam), yang mengindikasikan perlunya evaluasi mendalam terhadap manajemen klinis, ketepatan intervensi, serta optimalisasi penunjang medis.

Tingginya pravelansi penyakit kritis yang mengancam nyawa serta kompleksitas penanganan medis tersebut tidak hanya berdampak pada fisik pasien, tetapi juga memberikan beban psikologis nyata bagi keluarga. Sekitar 68-75% keluarga pasien ICU mengalami gejala kecemasan klinis akibat ketidakpastian kondisi pasien, lamanya masa rawat inap, dan lingkungan perawatan intensif yang asing [4], [5]. Keterpisahan fisik, tingginya biaya perawatan, serta bunyi alarm dan penggunaan alat invasif seperti ventilator menjadi pemicu utama kecemasan tersebut [6]. Dampaknya, respons psikologis keluarga seperti menangis, sedih, bingung, hingga sering bertanya di luar jam besuk dapat mengganggu pelayanan medis serta menyulitkan pembuatan keputusan klinis secara cepat [7]. Secara nasional, mayoritas keluarga pasien di ICU mengalami kecemasan sedang (72,5%) hingga berat (12,5-30%), yang dipicu oleh rasa takut akan kecacatan (63%), rasa takut kehilangan (21,3%), masalah sosio-ekonomi (10,7%), dan kurangnya informasi (5%) [8]. Observasi langsung di area ruang tunggu ICU Mawar RSUD Dr. Moewardi memperkuat fenomena ini melalui ditemukannya suasana ketegangan yang kental, luapan emosi, dan rasa terasing pada keluarga pasien akibat keterbatasan akses informasi dan waktu kunjungan.

serta menyulitkan pembuatan keputusan klinis secara cepat [7]. Secara nasional, mayoritas keluarga pasien di ICU mengalami kecemasan sedang (72,5%) hingga berat (12,5-30%), yang dipicu oleh rasa takut akan kecacatan (63%), rasa takut kehilangan (21,3%), masalah sosio-ekonomi (10,7%), dan kurangnya informasi (5%) [8]. Observasi langsung di area ruang tunggu ICU Mawar RSUD Dr. Moewardi memperkuat fenomena ini melalui ditemukannya suasana ketegangan yang kental, luapan emosi, dan rasa terasing pada keluarga pasien akibat keterbatasan akses informasi dan waktu kunjungan.

Berbeda dari penelitian terdahulu yang mayoritas berfokus pada pendekatan kuantitatif untuk mengukur tingkat kecemasan atau faktor risiko secara teknis [3], [7], [8], penelitian ini menawarkan kebaruan dengan mengeksplorasi secara mendalam sisi kemanusiaan melalui pengalaman subjektif keluarga pasien kritis di tengah tingginya angka mortalitas spesifik (>48 jam perawatan) dan tingginya keterasingan lingkungan ICU Mawar RSUD Dr. Moewardi, guna menjembatani kesenjangan antara kebutuhan psikologis keluarga dengan realitas pelayanan medis yang ada. Berdasarkan uraian latar belakang tersebut, maka pertanyaan penelitian yang perlu dijawab melalui seluruh rangkaian kegiatan penelitian ini adalah: “Bagaimana pengalaman kecemasan yang dirasakan oleh keluarga penunggu pasien kritis selama mendampingi proses perawatan di ruang ICU RSUD Dr. Moewardi?”.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif melalui pendekatan fenomenologi deskriptif dengan menempatkan peneliti sebagai *human instrument* untuk mengeksplorasi pengalaman psikologis keluarga penunggu pasien kritis di ICU RSUD Dr. Moewardi (November 2025 – Juli 2026). Pemilihan subjek dilakukan secara *purposive sampling* hingga

mencapai saturasi data. Pengumpulan data menggunakan triangulasi wawancara mendalam semi-terstruktur, observasi non-verbal, dan *field notes*. Data dianalisis menggunakan Nvivo dan metode Colaizzi. Keabsahan data diuji melalui kredibilitas (*triangulasi & member checking*), transferabilitas, dependabilitas, serta *audit trail*. Riset ini telah memperoleh *Ethical Clearance* dari RSUD Dr. Moewardi dengan menerapkan etika keperawatan meliputi otonomi (*informed consent*), kerahasiaan (*confidentiality*), keadilan (*justice*), kemanfaatan (*beneficence*), tidak merugikan (*non-maleficence*), dan bertanggungjawab (*accountability*).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Secara keseluruhan, 6 orang anggota keluarga pendamping pasien kritis berpartisipasi dalam penelitian ini, terdiri dari dua orang laki-laki dan empat orang perempuan dengan rata-rata usia berkisar antara 26 hingga 52 tahun. Lama pendampingan pasien di ruang ICU bergerak dari 4 hingga 19 hari. Berdasarkan hasil pengukuran kecemasan, mayoritas partisipan berada pada tingkat kecemasan sedang (4 orang) dan tingkat kecemasan berat (2 orang). Karakteristik partisipan disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Partisipan ($n = 6$)

Partisipan	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Usia	45 th	39 th	52 th	26 th	47 th	41 th
Hubungan Dengan Pasien	Suami	Anak	Ibu	Istri	Suami	Istri
Lama Menunggu	4 hari	10 hari	19 hari	4 hari	7 hari	5 hari
Tingkat Kecemasan	Berat	Sedang	Berat	Sedang	Sedang	Sedang

Dari hasil analisis data kualitatif, diekstraksi tiga tema utama yang menggambarkan pengalaman kecemasan keluarga penunggu pasien kritis di ruang ICU RSUD Dr. Moewardi Surakarta, yaitu: manifestasi respon fisik dan fisiologis, manifestasi hambatan kognitif, dan manifestasi dinamika emosional. Dari hasil analisa data ditemukan tiga temuan tema utama:

Manifestasi Respon Fisik dan Fisiologis

Tekanan psikologis dan situasi krisis di ruang ICU termanifestasi secara nyata pada kondisi biologis dan fisik keluarga pasien, yang memicu kelelahan fisik serta reaksi otonom akut pada tubuh partisipan.

Gangguan Pola Istirahat dan Energi

Kondisi kritis pasien memaksa keluarga untuk selalu terjaga dan bersiap siaga. Partisipan mengalami penurunan kualitas tidur dan kelelahan fisik ekstrem akibat posisi istirahat yang tidak ergonomis di area tunggu. Melalui pernyataan partisipan berikut:

“Ya, sedikit gimana ya? Sedikit tidur, sedikit bangun, sedikit tidur.” (P1) “Mmm, saya selama di sini tuh enggak bisa tidur, mbak.” (P4)

“Iya, mungkin pegel-pegel itu ya, Mbak, karena tidurnya kan di kursi sambil ya sedapete lah, Mbak. Sama ya pusing, kepikiran juga... Ya, Cuma lemes aja sama.. eh sikile njarem- njarem, nyeri otot gitu, Mbak, pegel-pegel” (P5)

Dapat diketahui bahwa tekanan psikologis ekstrim dan situasi krisis di ruang ICU bermanifestasi secara nyata pada kondisi biologis dan ketahanan fisik keluarga pasien. Dalam kacamata keperawatan psiko-neuro-imunologi, tubuh dan pikiran merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Ketika penunggu pasien dihadapkan pada ancaman hilangnya orang yang dicintai, stres emosional tersebut dialihkan menjadi distress biologis konkret melalui jalur somatisasi dan aktivitas berlebih pada sistem saraf otonom tubuh.

Kondisi kritis yang menimpa pasien secara tidak langsung menuntut keluarga untuk berada dalam status kedaruratan yang sama. Penurunan kualitas maupun kuantitas tidur menjadi konsekuensi langsung yang tidak dapat dihindari semenjak awal proses hospitalisasi, di mana pola istirahat mereka berubah menjadi sangat rapuh, terputus-putus, dan didominasi oleh ketidakpastian. Anggota keluarga yang menjaga pasien kritis di ICU sering merasa sangat cemas dan waswas berlebihan. Kondisi kesehatan pasien yang tidak pasti membuat pikiran keluarga menjadi sangat tertekan dan stres, sehingga memicu otak mengeluarkan hormon stres seperti adrenalin dan kortisol dalam jumlah banyak yang mengacak-acak tahapan [9], [10], [11]. Kenyataan di lapangan ini sejalan dengan temuan Bialek & Sadowski, (2021) yang mengemukakan bahwa mayoritas keluarga pasien di unit intensif mengalami gangguan tidur berat akibat tekanan lingkungan dan kecemasan klinis yang menetap. Pola ini juga didukung oleh simpulan studi kualitatif Manurung & Hondro, (2024) di mana pengorbanan waktu istirahat harian merupakan fase mutlak yang dialami keluarga demi memastikan mereka selalu siaga di sekitar ruang perawatan.

Minimnya waktu istirahat dan posisi tidur yang buruk seperti duduk di kursi besi atau beralas seadanya di lantai yang dingin secara langsung menciptakan kondisi lingkungan yang tidak ergonomis bagi penunggu pasien [14]. Kondisi fisik dan lingkungan yang tertekan ini memicu terjadinya *General Adaptation Syndrome* (GAS) pada fase resistensi, di mana kecemasan emosional dialihkan oleh tubuh menjadi bentuk keluhan fisik atau somatisasi [9]. Akumulasi beban fisik dan mental tersebut termanifestasi nyata menjadi berbagai keluhan somatik, seperti badan pegal, pusing, lemas, hingga nyeri otot dan kelelahan fisik yang ekstrem. Hal ini sejalan dengan penelitian Wirawati & Aini, (2025) serta diperkuat oleh Samarang et al., (2023) yang membuktikan bahwa durasi menunggu pasien berhubungan lurus dengan tingkat keparahan distress fisik yang diakumulasi oleh keluarga penunggu.

Reaksi Fisiologis Tubuh

Ketika dihadapkan pada situasi akut seperti panggilan dari petugas kesehatan atau kabar kondisi pasien menurun, tubuh partisipan memberikan respon otonom yang tidak terkendali berupa palpitasi dan gelombang tubuh dingin.

"Ada, ada. Badan terasa lemas, pokoknya ya panas dingin lah. Gitu aja." (P1)

"Ada rasa waswas, apalagi kalau ada panggilan dari perawat ICU. Pasti kan rasanya kan berdebar-debar, oh ini ada apa." (P2)

"Saya tuh kalau setiap ada panggilan dari apa, susternya apa dokternya tuh, eh saya tuh mesti berdebar, deg-degan gitu loh, Mbak." (P4)

Selain itu, salah satu pengalaman fisiologis yang paling membekas bagi keluarga adalah munculnya respons otonom mendadak, seperti jantung berdebar keras (palpitasi), badan lemas, hingga sensasi panas dingin, setiap kali mereka mendengar suara alarm monitor medis atau mendapatkan panggilan dari pengeras suara perawat ICU. Suara ataupun panggilan tersebut bertindak sebagai *acoustic stressor* atau stimulus ancaman yang menekan [17]. Sistem saraf simpatis mengaktifkan jalur respons *fight-or-flight* dan sistem *Sympatho-Adreno-Medullar* (SAM) secara instan, memicu aksis HPA melepaskan hormon epinefrin yang memacu kontraksi miokardium hingga menimbulkan takikardia [18], [19]. Respon fisik yang spontan ini mendukung dan memperluas teori klasifikasi kecemasan dari Akbar et al., (2022) serta sejalan dengan riset Pangestu et al., (2024).

Manifestasi Hambatan Kognitif

Kecemasan tingkat berat yang dialami keluarga penunggu mengganggu kapasitas intelektual dan fungsi eksekutif dalam merespon situasi klinis situasional di ICU.

Gangguan Kapasitas Intelektual

Stresor masif yang konstan memicu penurunan konsentrasi mental, membuat pikiran partisipan menjadi kacau hingga mengalami kebuntuan berpikir (*ngeblank*).

"...kalau di sini terus ya penat pikirannya, kadang ya ngeblank. Maksudnya ngeblank itu ya tetap fokus tapi ngeblank itu rasa capek gitu." (P2)

"Ya pas saat ngedrop itu Mbak, pokoknya setiap kali dokter manggil, mengatakan kondisinya sedikit turun, atau apalah itu. Di sanalah kami gak bisa berpikir jernih." (P3)

"Biasanya sih pas ini loh, Mbak, kalau pas dikasih tahu kondisinya lagi menurun, gitu saya... eh, pikirannya kacau, Mbak, kayak nge-drop gitu saya ikutan." (P4)

Tingginya level kecemasan memberikan dampak destruktif terhadap kapasitas intelektual, ketajaman daya tangkap, serta fungsi eksekutif otak keluarga penunggu. Krisis psikologis yang melanda area tunggu ICU terbukti tidak hanya menguras energi emosional, melainkan juga melumpuhkan mekanisme pertahanan kognitif biasa yang dimiliki individu. Hambatan penalaran logis ini bermanifestasi nyata ketika keluarga dihadapkan pada informasi medis yang rumit atau ketika dipaksa memikul tanggung jawab hukum dalam situasi gawat darurat. Pada ranah kognitif, kecemasan tingkat berat yang dialami keluarga berimplikasi pada penurunan konsentrasi yang masif. Partisipan mengaku mengalami pikiran kacau, penat, tidak bisa berpikir jernih, hingga kondisi mental yang kosong atau *ngeblank*, terutama saat menerima informasi dari dokter bahwa kondisi klinis pasien sedang mengalami penurunan. Krisis yang mengancam eksistensi orang tercinta memicu penyempitan lapang persepsi secara drastis [22]. Stres emosional menghambat kinerja korteks prefrontal dalam menjalankan fungsi eksekutif, analisis logis, konsentrasi, dan pemecahan masalah pada otak [9], [18] Hambatan kognitif situasional ini sejalan dengan teori krisis keperawatan dari Hidayat, (2024) serta melengkapi studi Asadi & Salmani, (2024).

Hambatan Respon Kognitif Situasional

Ketidakmampuan memproses informasi medis yang kompleks berujung pada kebingungan dan kegelisahan situasional, khususnya ketika dipaksa mengambil keputusan medis seorang diri.

"Sampai kalau anak kami sampai gak ada, Mbak, terus terang itu... Enggak bisa digambarkan, enggak. Pokoknya waswas, takut, semua menyatu." (P3)

"...terus pas di situ butuh apa... bantuan orang lain di situ cuma saya sendiri, kan mesti juga bingung juga mau misal tiba-tiba ada dari dokter mau minta pertimbangan ini kan juga bingung juga gitu." (P6)

Dampak lanjutan dari kelumpuhan kognitif tersebut yaitu munculnya rasa bingung, waswas, dan disorientasi ketika keluarga diminta memberikan pertimbangan medis penting atau menandatangani dokumen persetujuan tindakan, terutama bagi mereka yang menjaga pasien seorang diri. Kebingungan ini bersumber dari kesenjangan antara urgensi situasi klinis yang menuntut tindakan cepat dengan penurunan daya analisis yang sedang dialami keluarga. Realita ini sejalan dengan hasil studi Mariati et al., (2022) yang mengemukakan bahwa respons kecemasan keluarga di ruang ICU berisiko tinggi mempersulit proses pengambilan keputusan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan keterlambatan pelayanan klinis, serta diperkuat oleh penelitian Prakoso & Dewi, (2025).

Manifestasi Dinamika Emosional

Tema ini menggambarkan gejala afektif negatif akibat ancaman kondisi pasien serta bagaimana keluarga mengaktifkan koping spiritual untuk bertahan.

Gejolak Afektif Negatif

Antisipasi terhadap ancaman kematian melahirkan rasa khawatir yang mendalam, perasaan terpukul, hingga ketakutan ekstrem akan kehilangan anggota keluarga.

"Ya, bener-bener khawatir, terpukul. Ya, enggak bisa di- anu lah katakan dengan kata-kata."

(P1)

"Yang saya takutkan seandainya bapak saya itu sudah dipanggil Yang Kuasa, itu yang saya takutkan seperti itu. Rasa takut, rasa kehilangan, rasa sedih itu yang saya rasakan." (P2)

"Lebih ke takut kehilangan sih, Mbak, saya... Pikirannya tuh cuma takut kalau kehilangan nanti..." (P4)

Fluktuasi emosional afektif yang melanda jiwa penunggu pasien merekam bagaimana mereka mengaktifkan mekanisme pertahanan mental terakhir untuk bertahan hidup. Ruang intensif bertindak sebagai lingkungan yang asing, kaku, dan penuh tekanan isolasi fisik yang mempercepat munculnya kedukaan pradini (*anticipatory grief*). Namun, riset ini menangkap sebuah fase transformasi psikologis internal, di mana ketakutan objektif terhadap stimulus lingkungan pada akhirnya menstimulasi transisi koping ke arah spiritualitas dan kearifan lokal transkultural. Rasa cemas, khawatir, dan ketakutan ekstrem terhadap kematian pasien menjadi bayang-bayang psikologis yang terus menghantui pikiran keluarga di ruang tunggu ICU. Kondisi klinis pasien kritis yang berubah cepat menempatkan keluarga pada kondisi kedukaan pradini. Ketakutan objektif keluarga ini diperkuat oleh tingginya angka kematian di ruang ICU RSUD Dr. Moewardi, di mana data studi pendahuluan mencatat 218 kasus kematian dari total 221 pasien yang dirawat (98,6%). Gambaran distress afektif ini sejalan dengan studi kualitatif Manurung & Hondro, (2024) serta Digby et al., (2023).

Ketegangan Akibat Stimulus Lingkungan

Kondisi fisik area tunggu rumah sakit yang terbatas memicu ketegangan emosional dan ketidaknyamanan fisik penunggu.

"Ya yang di ruang tunggu kapasitasnya kan terbatas. Cuma yang di ruang tunggu, saya suruh yang disediakan dari rumah sakit ibu saya sama buluk saya..." (P2)

"Terus juga ini kan eh ruang tungguanya tuh juga kurang ya saking banyaknya pasien di sini, jadi badan tuh juga capek." (P4)

Kondisi lingkungan fisik area tunggu ICU Dr. Moewardi yang terbatas, padat, riuh oleh aktivitas pengunjung lain, serta minimnya kenyamanan tempat istirahat bertindak sebagai stresor eksternal sekunder yang memperberat kecemasan situasional keluarga [4], [26], [27]. Temuan ini selaras dengan esensi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, Dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit., (2022) dan penelitian Kalolo et al., (2023).

Adaptasi Psikologis Spiritual

Sebagai bentuk pertahanan psikologis terakhir, partisipan mengalihkan koping emosional menuju kepasrahan spiritual melalui doa, keikhlasan, dan penyerahan diri (*sikap ngelenggono*). *"Ya, cukup tenanglah. Yang penting saya berdoa ajalah, minta pertolongan Allah untuk kekuatan pasien dan saya sendiri."* (P1)

"...terserah saya wah... terus saya itu ngelenggono terus ya mungkin apa... jalan hidup saya seperti ini dan jalan kehidupan bapak saya sampai segini, ya saya pasrah saja. Terus saya pasrah sama Yang Kuasa..." (P2)

"Ya kalau awal-awalnya sih terlalu syok, enggak mungkin. Tapi ya ke depannya ya sudah mulai pasrah, insya Allah ikhlas, mungkin itu bisa meringankan sakitnya anak saya ini..." (P3)

Sebagai bentuk pertahanan psikologis terakhir, keluarga terbukti melakukan transisi mekanisme koping dari pendekatan kognitif dan perilaku menuju ranah spiritualitas melalui peningkatan doa, keikhlasan, dan kepasrahan total kepada Tuhan Yang Kuasa yang diistilahkan sebagai sikap *nggelenggono*. Dalam perspektif sosiokultural masyarakat Jawa di Surakarta dan sekitarnya, konstruksi konsep *ngelenggono* bukanlah cerminan dari sikap acuh, keputusan pasif, atau menyerah kalah pada keadaan. Sebaliknya, sikap ini merupakan bentuk penilaian ulang kognitif dan spiritual yang sangat aktif. Dengan mengikhlaskan hasil akhir dan memasrahkan takdir kehidupan pasien, keluarga melepaskan beban psikologis atas keharusan mengontrol situasi yang di luar kendali mereka. Penemuan ini sejalan dengan penelitian Kalolo et al., (2023) serta Widyastuti et al., (2020). Temuan ini berbeda jika dibandingkan dengan literatur barat konvensional seperti Digby et al., (2023) yang kerap menilai respon diam, pasrah, dan penyerahan diri keluarga secara negatif sebagai bentuk keputusan pasif atau koping yang tidak sehat. Di lingkungan RSUD Dr. Moewardi konsep *nglenggono* justru dinilai sebagai kemampuan positif yang sangat valid sebagai pengendali psikologis yang baik.

4. KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pengalaman kecemasan keluarga penunggu pasien kritis di ruang ICU RSUD Dr. Moewardi bermanifestasi secara fisik melalui gangguan pola tidur, kelelahan ekstrem, dan reaksi otonom seperti palpitasi akibat pemicu suara alarm maupun panggilan perawat. Secara kognitif, kecemasan memicu kebuntuan berpikir (*ngeblank*) dan kebingungan situasional yang menghambat proses pengambilan keputusan medis. Secara emosional, keluarga mengalami distress akut dan ketakutan ekstrem akan kematian pasien, namun berhasil membangun resiliensi mental melalui adaptasi spiritual berupa doa, keikhlasan, dan kepasrahan total (*sikap ngelenggono*) kepada Tuhan.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1] WHO, "Trend Penerimaan ICU, dunia," World Health Organization. Accessed: Dec. 24, 2025. [Online]. Available: <https://data.who.int/dashboards/covid19/hospitalizations?n=o>
- [2] Fhirawati, M. Sofyan, and F. Hamunung, "Pengaruh Penerapan Komunikasi Terapeutik Terhadap Tingkat Kesembuhan Pasien Kritis," *J. Ber. Kesehat.*, vol. XV, no. 2, 2022.
- [3] A. Primaputra Lubis, R. Sinta Irina, and A. Septriandra Ginting, "Characteristics of ICU and Operating Room Patients at Satellite Hospitals Study Program Anesthesiology and Intensive Care Faculty of Medicine Universitas Sumatera Utara," *ABDIMAS Talent. J. Pengabd. Kpd. Masy.*, vol. 8, no. 1, pp. 636–647, 2023, doi: 10.32734/abdimastalenta.v8i1.13575.
- [4] N. Asadi and F. Salmani, "The Experiences of The Familiesw of Patients Admitted to The Intensive Care Unit," *BMC Nurs.*, pp. 1–9, 2024, doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02103-8>.
- [5] N. Heriani, Z. Huzaifah, and R. Abdiyanti, "Edukasi Perawat terhadap Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Kritis di Icu," vol. 8, no. 6, pp. 1433–1440, 2025.
- [6] A. R. Gilang, "Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat," Universitas Bhakti Kencana, 2022. [Online]. Available: <https://repository.bku.ac.id/id/eprint/1626/>

- [7] Mariati, S. Hindriyastuti, and B. D. Winarsih, "Gambaran Tingkat Kecemasan Keluarga pasien yang di rawat di ICU Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus," *J. TSCSIKep*, vol. 7, no. 1, 2022.
- [8] E. S. Wulan, Y. A. Sari, S. Hindriyastuti, and S. Hartini, "Tingkat kecemasan keluarga pada pasien di ruang icu rsud raa soewondo pati," vol. 12, no. 2, pp. 115–123, 2025.
- [9] K. Shirasaki *et al.*, "Postintensive care syndrome family : A comprehensive review," *Acute Surg. Wiley*, no. February, pp. 1–12, 2024, doi: 10.1002/ams2.939.
- [10] X. Yu, M. Nollet, N. P. Franks, and W. Wisden, "Sleep and the recovery from stress Perspective," *Neuron*, vol. 113, no. 18, pp. 2910–2926, 2025, doi: 10.1016/j.neuron.2025.04.028.
- [11] A. Montanari, A. L. Wang, M. K. Moser, B. Resch, A. Birenboim, and B. Chaix, "The Impact of Stress On Sleep Architecture: A Seven-day Study Leveraging a Psychophysiological Stress Detection Algorithm And Wearable EEG," *Sleep Heal. J. Natl. Sleep Found.*, vol. 12, no. 3, pp. 440–449, 2026, doi: 10.1016/j.sleh.2026.02.008.
- [12] K. Bialek and M. Sadowski, "Stress, Anxiety, Depression and Basic Hope in Family Members of Patients Hospitalised in Intensive Care Units-Preliminary Report," *Anaesthesiol. Intensive Ther.*, no. 2, pp. 134–140, 2021, doi: 10.5114/ait.2021.105728.
- [13] N. Manurung and O. Hondro, "The Patient ' s Family Experience Accompanying Patients In The Intensive Care Unit (ICU) Of Imelda Pekerja Indonesia General Hospital," *J. Eduhealth*, vol. 15, no. 03, pp. 750–758, 2024, doi: 10.54209/eduhealth.v15i03.
- [14] A. Thomas and M. Suresh, "Ergonomics in Healthcare : A Literature Review," *Indian Int. Conf. Ind. Eng. Oper. Manag.*, vol. 2, pp. 236–247, 2022.
- [15] M. K. Wirawati and D. N. Aini, "Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Keluarga Pasien ICU," vol. 9, no. 1, pp. 10–16, 2025, doi: 10.33655/mak.v.
- [16] S. Samarang, S. B. Syukur, and F. Syamsuddin, "Hubungan Average Length Of Stay (AVLOS) Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di Ruangan Intensive Care Unit (ICU) RSUD Otanaha," *J. Ilmu Kesehat. dan Gizi*, vol. 1, no. 2, pp. 113–126, 2023, [Online]. Available: <https://prin.or.id/index.php/jig/article/view/975>
- [17] W. Trisnaningtyas, N. Indriyawati, and S. Metasari, "Alarm weariness among nurses and its connection to noise sensitivity in critical care units," *J. Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah*, vol. 21, no. 1, pp. 32–40, 2025.
- [18] B. Chu *et al.*, "Physiology , Stress Reaction," *StatPearls: NCBI Bookshelf A service of the National Library of Medicine*. 2025.
- [19] J. Pal, M. Taywade, R. Pal, and D. Sethi, "Noise Pollution in Intensive Care Unit : A Hidden Enemy affecting the Physical and Mental Health of Patients and Caregivers," 2022, doi: 10.4103/nah.nah.
- [20] R. R. Akbar, M. Anissa, I. P. Hariyani, and R. Rafli, "Edukasi Masyarakat Mengenai Gejala Cemas," *J. Pengabd. Kpd. Masy.*, vol. 6, no. 4, pp. 876–881, 2022, doi: 10.31849/dinamisia.v6i4.10008.
- [21] R. Pangestu, M. Hartoyo, S. Metasari, and B. Budiyati, "Hubungan Stresor Lingkungan Terhadap Tingkat Kecemasan Pasien ICU," *MNJ (Mahakam Nurs. Journal)*, vol. 3, no. 3, pp. 116–125, 2024, doi: 10.35963/mnj.v3i3.240.
- [22] T. Amass *et al.*, "Stress-Related Disorders of Family Members of Patients Admitted to the Intensive Care Unit With COVID-19," *JAMA Intern. Med.*, vol. 182, no. 6, pp. 624–633, Jun. 2022, doi: 10.1001/jamainternmed.2022.1118.
- [23] R. R. Hidayat, *Psikologi Keperawatan: Memahami Respon Subjektif Pasien dan*

Keluarga dalam Kondisi Kritis. Jakarta: EGC, 2024.

- [24] E. Prakoso and B. P. Dewi, "Hubungan Pengetahuan dan Kebutuhan Informasi Dengan Tingkat Kecemasan Anggota Keluarga di Ruang ICU RSUD Siti Fatimah Provinsi Sumatra Selatan," *J. Sk. Keperawatan*, vol. 11, no. 2, pp. 53–65, 2025.
- [25] R. Digby, E. Manias, K. J. Haines, J. Orosz, J. Ihle, and T. K. Bucknall, "Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic," *Aust. Crit. Care*, vol. 36, no. 3, pp. 350–360, 2023, doi: 10.1016/j.aucc.2022.03.003.
- [26] H. Ismayadi, P. Tutuko, and E. Winansih, "Affecting Waiting Rooms as Key to Patient Satisfaction in Public Health Centers," in *International Conference of Graduate School on Sustainability*, 2022, pp. 64–72.
- [27] Z. Konstanti *et al.*, "Hostility in the ICU Waiting Room : Extrapunitive and Intropunitive Reactions Among Family Members," *healthcare*, pp. 1–13, 2025.
- [28] Kementerian Kesehatan Indonesia, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, Dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit*. Indonesia, 2022.
- [29] A. M. Kalolo, C. Mula, and R. Gundo, "Family members' perception of their needs in critical care units at a tertiary hospital in Malawi: A qualitative study," *BMC Nurs.*, vol. 22, no. 1, pp. 1–7, 2023, doi: 10.1186/s12912-023-01433-3.
- [30] M. Widyastuti, I. Farida, and N. Febriyanti, "Nurse Social Support To Coping Mechanism of Family Members of Critical Patients in the Intensive Care," *J. Keperawatan dan Kesehat. Masy. Cendekia Utama*, vol. 9, no. 1, p. 57, 2020, doi: 10.31596/jcu.v9i1.515.