

Scoping Review : Pengaruh Intervensi Perawatan Akhir Hayat terhadap Kepuasan Keluarga di Unit Perawatan Intensif

Scoping Review: The Effect of End-of-Life Care Interventions on Family Satisfaction in the Intensive Care Unit

Nurmaharani^{1*}, Kinantika Nur Dewanti¹, Wahyu Ridwan Nugroho²

¹Prodi Sarjana Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Jenderal Soedirman, Jawa Tengah, Indonesia

²Prodi Sarjana Keperawatan, STIKES Dustira Cimahi, Jawa Barat, Indonesia

Kata Kunci :

perawatan akhir hayat; kepuasan keluarga; intensive care unit; scoping review

ABSTRAK

Pendahuluan: Kepuasan keluarga merupakan indikator penting kualitas perawatan di ruang perawatan intensif, khususnya pada pasien yang menerima perawatan akhir hayat (*end of life care/EOLC*). Tujuan scoping review ini mengidentifikasi efek intervensi EOLC terhadap kepuasan keluarga di ICU, meliputi kriteria responden, tipe intervensi, dan pemberi intervensi. **Metode:** Sembilan artikel yang diterbitkan antara 2011–2026, terdiri atas *cohort study* (n=4), *randomized controlled trial* (n=4), dan *quasi experimental study* (n=1), diekstraksi dan dianalisis secara naratif. **Hasil:** Intervensi EOLC yang teridentifikasi meliputi strategi komunikasi terstruktur, dukungan pengambilan keputusan, humanisasi lingkungan serta dukungan spiritual/psikososial, dan teknologi komunikasi audiovisual, dengan sasaran utama pasien berprognosis buruk beserta keluarga sebagai pengambil keputusan pengganti. Intervensi komunikasi terstruktur dan dukungan spiritual yang diberikan oleh staf yang melekat dengan tim ICU menunjukkan efek paling konsisten meningkatkan kepuasan keluarga, sementara intervensi oleh tim eksternal atau perubahan modalitas teknis semata cenderung tidak signifikan. **Kesimpulan:** Intervensi EOLC dapat meningkatkan kepuasan keluarga di ICU, terutama melalui penguatan komunikasi dan keterlibatan staf internal ICU, namun diperlukan penelitian lanjutan dengan desain yang lebih beragam untuk mendefinisikan model intervensi yang optimal.

Keyword:

End of life care; family satisfaction; intensive care unit; scoping review

ABSTRACT

Introduction: Family satisfaction is an important indicator of the quality of care in intensive care units (ICUs), particularly for patients receiving end-of-life care (EOLC). The purpose of this scoping review is to identify the effects of EOLC interventions on family satisfaction in ICUs, including respondent criteria, types of interventions, and providers of the interventions. **Methods:** Nine articles published between 2011 and 2026—comprising cohort studies (n=4), randomized controlled trials (n=4), and a quasi-experimental study (n=1)—were extracted and analyzed narratively. **Results:** The identified EOLC interventions included structured communication strategies, decision-making support, humanization of the environment, spiritual/psychosocial support, and audiovisual communication technology, primarily targeting patients with a poor prognosis and their families as surrogate decision-makers. Structured communication interventions and spiritual support provided by staff attached to the ICU team showed the most consistent effect in improving family satisfaction, while interventions by external teams or changes in technical modalities alone tended to be insignificant. **Conclusion:** EOLC interventions can improve family satisfaction in the ICU, particularly by strengthening communication and the involvement of ICU staff; however, further research with a more standardized design is needed to define the optimal intervention model.

Corresponding Author:**Nurmaharani**

Email: nurmaharani@unsoed.ac.id

Article history

Received date : 28 Juli 2026

Revised date : 30 Juli 2026

Accepted date : 03 Agustus 2026

PENDAHULUAN

Kematian berkualitas di Intensive Care Unit (ICU) merupakan proses dinamis yang berfokus pada pengendalian gejala, penghormatan martabat pasien, serta kesiapan emosional keluarga (Balducci, 2012; Lee & Choi, 2021). Meskipun manajemen perawatan kritis terus berkembang pesat, angka kematian di ICU tetap berada pada tingkat yang tinggi (Abate et al., 2021; Laupland et al., 2020). Pada kondisi terminal ini, tujuan perawatan bergeser secara mendasar dari tindakan kuratif agresif menuju End-of-Life Care (EOLC) atau comfort care untuk meminimalkan penderitaan dan menjaga kualitas sisa hidup pasien (Aslakson et al., 2014; Ganz et al., 2020).

Penerapan EOLC yang suboptimal tidak hanya berdampak pada pasien, tetapi juga berisiko memicu trauma psikologis jangka panjang, kecemasan, serta Duka Cita Terkomplikasi (*complicated grief*) pada anggota keluarga (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014; Scottish Government, 2014). Selain itu, dilema etis saat transisi penghentian terapi bantuan hidup kerap menimbulkan beban emosional yang berat, baik bagi keluarga maupun perawat ICU yang mendampingi pasien di akhir hayatnya (Costa & Moss, 2018; Lief et al., 2018; Oak & Kim, 2020).

Mengingat mayoritas pasien di ICU mengalami penurunan kesadaran atau berada dalam pengaruh sedasi dan intubasi, keluarga memegang peran krusial sebagai pengambil keputusan pengganti (*surrogate decision makers*) sekaligus pihak yang mengevaluasi kualitas perawatan yang diterima pasien (Baker et al., 2000; Gutierrez, 2012). Oleh karena itu, tingkat kepuasan keluarga menjadi indikator konkret dalam menilai efektivitas EOLC dan mutu pelayanan keperawatan secara menyeluruh (DeSanto-Madeya & Safizadeh, 2017; Shinde & Kapurkar, 2014).

Dalam konteks ini, perawat ICU bertindak sebagai pilar utama yang menghubungkan tim medis dengan keluarga

melalui dukungan emosional, informasi klinis, serta komunikasi yang empati (Akhtari-Zavare et al., 2010; Buchanan et al., 2015). Pengalaman dan kepuasan keluarga sangat ditentukan oleh kualitas komunikasi, fasilitas perawatan, keterlibatan dalam proses keputusan, serta bentuk intervensi EOLC yang diberikan (Arofiati & Apriliyanti, 2021; McLennan & Aggar, 2020).

Meskipun berbagai studi telah mengidentifikasi faktor-faktor kepuasan keluarga, sintesis literatur yang secara khusus memetakan ragam bentuk intervensi EOLC di ICU beserta dampaknya terhadap kepuasan keluarga masih terbatas. Oleh sebab itu, scoping review ini bertujuan untuk memetakan dan menganalisis secara komprehensif intervensi EOLC yang memengaruhi kepuasan keluarga di ICU, guna memberikan landasan berbasis bukti bagi pengembangan praktik keperawatan klinis dan kebijakan rumah sakit.

METODE

Rangkuman menyeluruh dalam bentuk scoping review mengenai efektivitas intervensi EOLC terhadap kepuasan keluarga di ruang ICU. Protokol dan evaluasi review akan menggunakan PRISMA (Page et al., 2021).

Penulis menggunakan PICO framework terdiri dari:

Population: Populasi pada penelitian ini adalah keluarga/kerabat yang memiliki anggota keluarganya (pasien) di rawat di ICU

Intervention: Intervensi end of life care dan atau semua pendekatan dalam perawatan paliatif

Comparison: -

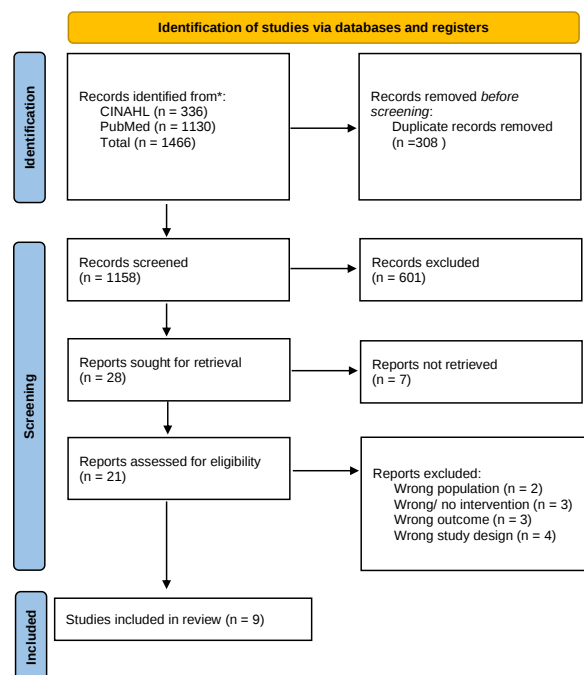
Outcome: Kepuasan keluarga terhadap intervensi yang diberikan

Study design: Study desain yang digunakan adalah penelitian kuantitatif eksperimental (*RCT, quasi experimental, and pre-experimental study*) dan *cohort studies*.

Pencarian akan dibatasi dengan waktu 15 tahun terakhir (2011-2026), Bahasa Inggris, dan full text.

Pencarian literatur dalam literature review ini menggunakan dua database, yaitu Pubmed, dan CINAHL.

Berdasarkan hasil pencarian literature melalui publikasi di dua database dan menggunakan kata kunci yang sudah disesuaikan dengan MeSH, peneliti mendapatkan 1466 artikel yang sesuai dengan kata kunci tersebut. Hasil pencarian yang sudah didapatkan kemudian diperiksa duplikasi, ditemukan terdapat 308 artikel yang sama sehingga dikeluarkan dan tersisa 1158 artikel. Peneliti kemudian melakukan skrining berdasarkan judul, dan abstrak yang disesuaikan, di dapatkan 21 artikel yang diperiksa full text, Kemudian dikeluarkan yang tidak sesuai dengan populasi (n=2), intervensi (n=3) hasil (n=3) dan desain (n=4). Assessment yang dilakukan berdasarkan kelayakan terhadap kriteria inklusi dan eksklusi didapatkan sebanyak 9 artikel yang bisa dipergunakan. Hasil seleksi artikel studi dapat digambarkan dalam Diagram Flow di bawah ini:



Gambar 1. Flowchart PRISMA

HASIL

Sembilan artikel yang memenuhi kriteria inklusi dalam scoping review ini diterbitkan antara tahun 2011 hingga 2026. Karakteristik studi disajikan pada Tabel 1. Berdasarkan desain penelitian, mayoritas studi

menggunakan desain *cohort study* (n = 4), diikuti oleh *Randomized Controlled Trial* (RCT) (n = 4), dan *quasi experimental study* (n = 1). Berdasarkan negara asal penelitian, studi paling banyak berasal dari Amerika Serikat (n = 5), diikuti oleh Kanada (n = 2, salah satunya merupakan studi multinasional yang juga melibatkan Amerika Serikat dan Australia), Australia (n = 1), dan Swiss (n = 1).

Kriteria pasien pada studi yang direview umumnya menyasar populasi dewasa dengan kondisi kritis dan prognosis buruk, meliputi pasien dengan prediksi mortalitas tinggi berdasarkan skor APACHE IV atau kegagalan organ, pasien dengan ventilasi mekanis berkepanjangan (≥ 7 hari), serta pasien lansia (≥ 60 –80 tahun). Sebagian besar studi mensyaratkan lama rawat inap minimal 24–48 jam di ICU sebagai kriteria inklusi. Adapun kriteria keluarga umumnya mencakup anggota keluarga dewasa (≥ 18 tahun) yang berperan sebagai pengambil keputusan pengganti (surrogate decision maker) atau caregiver utama yang aktif berkunjung/terlibat dalam perawatan pasien.

Berdasarkan hasil ekstraksi, jenis intervensi EOLC yang dilakukan di ruang ICU dapat dikategorikan menjadi empat kelompok utama, yaitu strategi komunikasi terstruktur (n = 2), dukungan pengambilan keputusan (n = 3), humanisasi lingkungan serta dukungan spiritual/psikososial (n = 3), dan penggunaan teknologi komunikasi audiovisual (n = 1). Adapun pemberi intervensi bervariasi, meliputi staf ICU rutin (n = 4), perawat sebagai pemimpin intervensi (n = 1), tim multidisiplin (perawat, dokter, ahli gizi) (n = 1), tim spesialis paliatif eksternal (n = 1), pemuka agama/pastor (n = 1), dan peneliti pemandu panduan berbasis web (n = 1). Pola ini menunjukkan bahwa intervensi EOLC di ICU pada dasarnya bersifat multidisiplin, namun proporsi terbesar tetap melibatkan staf ICU yang sudah menjadi bagian dari tim perawatan pasien sehari-hari dibandingkan tim eksternal yang baru diperkenalkan kepada keluarga pada masa krisis.

Dari sembilan studi yang diulas, efek intervensi EOLC terhadap kepuasan keluarga di ICU menunjukkan hasil yang bervariasi, dengan lima studi melaporkan peningkatan signifikan dan empat studi tidak menemukan perbedaan bermakna dibandingkan kelompok kontrol. Intervensi berbasis komunikasi terstruktur menunjukkan hasil paling

konsisten. Bundel komunikasi yang diberikan oleh staf terlatih menghasilkan skor kepuasan yang secara statistik lebih tinggi pada kelompok intervensi dibandingkan kontrol ($p = 0,018$), dengan perbaikan signifikan pada delapan dari sepuluh domain yang diukur (Awdish et al., 2017). Sejalan dengan hal ini, intervensi dukungan keluarga multikomponen berbasis teori sistem keluarga yang dipimpin perawat pada 16 ICU ($n = 1.087$) juga menunjukkan peningkatan signifikan pada kepuasan keseluruhan keluarga, kualitas komunikasi, dan keterlibatan pengambilan keputusan (Naef et al., 2022). Demikian pula, aktivitas perawatan spiritual yang lebih intensif serta diskusi eksplisit tentang keinginan pasien terkait perawatan akhir hayat berasosiasi dengan peningkatan kepuasan keluarga secara keseluruhan ($p < 0,05$) dan kepuasan terhadap pengambilan keputusan ($p < 0,05$) (Johnson et al., 2014).

Sebaliknya, intervensi yang hanya mengubah modalitas teknis komunikasi seperti penggunaan panggilan konferensi atau video call sebelum pertemuan keluarga, tidak menunjukkan perbedaan kepuasan yang signifikan dibandingkan kontrol (de Havenon et al., 2015). Demikian pula, pertemuan keluarga terstruktur yang dipimpin spesialis paliatif eksternal pada empat ICU ($n = 365$) tidak menghasilkan perbedaan signifikan pada skor kepuasan keluarga (Carson et al., 2016), dan intervensi pemberdayaan keluarga untuk

pemantauan nutrisi serta dukungan keputusan berbasis web pada sembilan ICU lintas negara juga menunjukkan tingkat kepuasan yang serupa di seluruh kelompok (Marshall et al., 2023).

Pada level deskriptif, studi kohort besar terhadap keluarga pasien lansia (≥ 80 tahun) menunjukkan bahwa kepuasan keluarga bersifat multidimensi: skor domain kepuasan terhadap perawatan secara konsisten lebih tinggi dibandingkan skor domain kepuasan terhadap keterlibatan dalam pengambilan keputusan, yang mengindikasikan bahwa aspek keterlibatan keluarga dalam keputusan klinis merupakan area yang secara sistematis kurang terpenuhi (Heyland et al., 2015). Pola serupa juga tampak pada intervensi multikomponen berbasis pedoman EOLC yang mengurangi klinisasi lingkungan perawatan, yang menunjukkan tren peningkatan skor kepuasan dan pengalaman keluarga meski belum mencapai signifikansi statistik pada sampel kecil ($n = 20$) (Lovell et al., 2025).

Secara keseluruhan, hasil ini menunjukkan bahwa peningkatan kepuasan keluarga secara konsisten berasosiasi dengan intervensi yang memperkuat kualitas dan keberlanjutan komunikasi serta keterlibatan aktif dalam pengambilan keputusan, dibandingkan intervensi yang semata mengubah sarana atau pemberi layanan tanpa memperkuat dimensi relasional tersebut.

Tabel 1. Hasil Pencarian Literatur

Penelitian	Tujuan	Pengaturan dan Populasi	Intervensi	Temuan
(Awdish et al., 2017) Negara : Amerika Serikat Desain : <i>Cohort study</i>	Menguji kelayakan menggunakan bundel komunikasi di MICU. mengembangkan paket komunikasi untuk memfasilitasi transfer keterampilan dari simulasi ke pertemuan nyata dan meningkatkan kepuasan pasien dan/atau keluarga.	Setting : medical intensive care unit (MICU) Waktu : 2 minggu Sampel : 31 total ($n=15$ intervensi, $n=16$ kontrol) Kriteria pasien : - pasien yang dirawat di MICU dengan APACHE IV - Pasien dengan gagal napas kronis yang bergantung pada ventilator, perkiraan lama rawat inap kurang dari 48 jam	Tipe Intervensi : Bundel komunikasi oleh dokter dan staf khusus Kontrol : komunikasi perawatan biasa oleh dokter dan staf umum Siapa : Staf (dokter dan perawat) yang dilatih sebelumnya di VitalTalk dan bundel komunikasi (terstruktur), telah berpartisipasi dalam lokakarya dalam satu tahun terakhir, menerima pelatihan tentang bundel komunikasi sebelum penelitian dimulai.	- Kelompok intervensi (N 15) mendapat skor kepuasan yang lebih tinggi secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol (N 16) (P 0,018). Peserta pelatihan kelompok intervensi melaporkan peningkatan dalam persiapan komunikasi yang dirasakan sendiri. - Memiliki skor lebih tinggi yang signifikan secara statistik pada 8 dari 10 pertanyaan
(Heyland et al., 2015) Negara: Kanada Desain : <i>Cohort study</i>	Menggambarkan perspektif anggota keluarga tentang perawatan yang diberikan kepada pasien lansia akhir dengan sakit kritis.	Setting : ICU Waktu : diantara September 2009 dan February 2013 Sampel : 353 keluarga Kriteria pasien : - pasien usia 80 tahun atau lebih - menerima perawatn	Tipe Intervensi : Support klinisi terkait pengambilan keputusan Siapa : Staf (dokter dan perawat) di ruang ICU	- Peringkat keseluruhan kepuasan dengan perawatan di ICU dari perspektif keluarga adalah 74,9 (SD = 11,6). - Untuk skor domain, peringkat rata-rata untuk kepuasan perawatan adalah 83,4 (SD = 14,3) dan untuk pengambilan keputusan adalah 63,3 (SD =

		lebih dari 24 jam Kriteria keluarga: - memberikan perawatan paling banyak kepada pasien sebelum masuk rumah sakit dan - tidak dibayar - mengunjungi pasien setidaknya sekali - berusia lebih dari 18 tahun		10,9, $p < 0,0001$). - Keluarga paling puas dengan keterampilan dan kompetensi perawat dan paling tidak puas dengan disertakan dan didukung dalam proses pengambilan keputusan dan dengan rasa kendali mereka atas perawatan pasien.
(de Havenon et al., 2015) Negara : Amerika Serikat Desain : Cohort study	Adanya hipotesis pertemuan keluarga virtual di unit perawatan intensif dengan panggilan konferensi atau konferensi video Skype akan menghasilkan peningkatan kepuasan anggota keluarga dan pengambilan keputusan yang lebih efisien.	Setting : ICU Waktu: 2010-2012 dalam 2 bagian Sampel : 88 total (n=29 intervensi, n=59 kontrol) Kriteria pasien: Tidak dijelaskan rinci	Tipe Intervensi : menggunakan teknologi audiovisual sebelum pertemuan, termasuk panggilan konferensi atau telekonferensi Skype Kontrol : tidak menggunakan teknologi audiovisual Pemberi Intervensi : Staf (dokter dan perawat)	- Tidak menemukan perbedaan kelompok yang signifikan antara kepuasan dengan pertemuan audiovisual vs kontrol. - Tidak ada hubungan antara intervensi audiovisual dan penarikan perawatan ($P = 0,682$) atau lama rawat inap di rumah sakit secara keseluruhan.
(Carson et al., 2016) Negara: Amerika Serikat Desain : RCT	Untuk menentukan apakah pertemuan informasi dan dukungan emosional keluarga yang dipimpin oleh dokter perawatan paliatif mempengaruhi kecemasan dan depresi keluarga.	Setting : 4 ICU Waktu: Oktober 2010 sampai November 2014 Sampel pasien: 256 total (n=130 intervensi, n=126 kontrol) Kriteria pasien: - Pasien berusia 21 tahun atau lebih yang dirawat di ICU medis - 7 hari ventilasi mekanis tanpa gangguan selama 96 jam atau lebih	Tipe Intervensi : setidaknya 2 kali pertemuan keluarga terstruktur yang dipimpin oleh spesialis perawatan paliatif dan pemberian brosur informasi (intervensi) Kontrol : pemberian brosur informasi dan pertemuan keluarga rutin yang dilakukan oleh tim ICU Pemberi Intervensi : terdiri dari dokter perawatan paliatif dan praktisi perawat dan dapat mencakup pekerja sosial, pendeta, atau disiplin ilmu lain sesuai kebutuhan..	- Jumlah rata-rata hari rawat inap untuk pasien dalam intervensi vs kelompok kontrol (19 hari vs 23 hari) - Kelangsungan hidup 90 hari tidak berbeda secara signifikan. - Skor rata-rata pada kepuasan keluarga dalam survei Unit Perawatan Intensif tidak berbeda secara signifikan.
(Johnson et al., 2014) Negara : Amerika Serikat Desain : Cohort study	Untuk mengevaluasi aktivitas yang dilakukan penyedia perawatan spiritual untuk mendukung pasien dan keluarga dan apakah aktivitas tersebut terkait dengan kepuasan keluarga dengan perawatan ICU.	Setting : ICU Waktu: Senin-jumat Sampel: 587 (n= 367 intervensi, n=220 kontrol) Kriteria pasien: 18 tahun memenuhi syarat jika mereka meninggal di ICU atau dalam waktu 30 jam setelah dipindahkan dari ICU ke RS lain Kriteria keluarga : anggota keluarga atau teman yang paling terlibat dalam perawatan pasien	Tipe Intervensi : Kunjungan spiritual care dari pemuka agama Kontrol : Tidak mendapatkan kunjungan Pemberi Intervensi : pekerja magang di tahun pertama Pendidikan Pastoral Klinis, sebuah program pendidikan pelayanan yang terakreditasi secara nasional.	- Diskusi tentang keinginan pasien untuk perawatan akhir hayat dan lebih banyak aktivitas perawatan spiritual yang dilakukan keduanya terkait dengan peningkatan kepuasan keluarga secara keseluruhan dengan perawatan ICU ($p < 0,05$). - Diskusi tentang harapan akhir hidup pasien, persiapan untuk konferensi keluarga, dan jumlah aktivitas yang dilakukan dikaitkan dengan peningkatan kepuasan keluarga dengan pengambilan keputusan di ICU ($p < 0,05$).
(Heyland et al., 2018) Negara : Kanada, US, Australia Desain : RCT	Mengevaluasi dua intervensi yang memungkinkan kemitraan dengan keluarga pasien yang sakit kritis, masing-masing dalam bidang konten yang berbeda, tetapi serupa dalam hal memberdayakan dan mendukung Family Meeting.	Setting : ICU Waktu: 2 minggu Sampel : 150 total (@n=50) Kelompok 1 : The OPTimal nutrition Kelompok 2 : web-based decision-support intervention Kelompok 3 : Usual care Kriteria pasien: - FM pasien ICU yang "berisiko tinggi nutrisi" - mereka yang berisiko meninggal di ICU selama rawat inap.	Tipe Intervensi : Family meeting dalam decision-support Kontrol : usual care yang tidak mendapatkan perlakuan intervensi, hanya dari dokter dan nutrisi secara umum Pemberi intervensi : Peneliti yang akan menjelaskan panduan decision support berdasarkan situs web	- Adanya peningkatan 5,5 poin (ukuran efek sedang) masuk akal dan penting secara klinis. - Dengan 50 subjek yang dapat dievaluasi per kelompok, maka akan mencapai kekuatan 71% pada alpha dua sisi = 0,05 untuk mendeteksi perbedaan 5,5 poin antar kelompok.
(Lovell et al.,	menilai dampak	Setting : ICU	Tipe Intervensi : Intervensi multi-	- Secara keseluruhan, terjadi

2025) Negara : Australia	intervensi multi-komponen terhadap praktik perawatan akhir hayat (EOLC) di ICU serta persepsi anggota keluarga dan klinisi tentang EOLC.	Waktu: Januari 2015 hingga Februari 2016 Sampel: 20 Kriteria pasien: pasien dewasa, yang dirawat di ICU setidaknya selama 48 jam, menerima perawatan akhir hayat (EOLC), dan meninggal di ICU selama periode audit Kriteria keluarga : anggota keluarga dewasa dari pasien yang meninggal dunia yang telah menerima perawatan akhir hayat (EOLC)	komponen. Pedoman EOLC untuk memfasilitasi perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga dengan menyarankan intervensi untuk mengatasi kebutuhan psikososial, mengurangi klinisasi lingkungan, menghilangkan alat invasif, dan menghentikan observasi yang tidak terkait dengan perawatan akhir hayat, serta meningkatkan kenyamanan pasien, termasuk manajemen gejala. Kontrol : kelompok menerima perawatan biasa yang mencakup informasi verbal ad hoc tentang ICU dan kondisi pasien, serta dukungan sosial dan emosional sesuai kebutuhan Pemberi intervensi : Seluruh tenaga klinis ICU, baik staf medis maupun perawat	penurunan jumlah total pengamatan dan penilaian fisiologis yang didokumentasikan pada periode akhir hayat (EOLC) pada kelompok setelah intervensi dibandingkan dengan kelompok sebelum intervensi - terdapat peningkatan meski belum signifikan pada skor kepuasan rata-rata dan skor pengalaman rata-rata setelah intervensi dibandingkan dengan sebelum intervensi, namun, masih ada peluang untuk perbaikan dalam komunikasi terkait proses kematian
(Marshall et al., 2023) Negara : Amerika Serikat	menyelidiki pengaruh dukungan kepada anggota keluarga untuk bermitra dengan tenaga kesehatan profesional terhadap asupan nutrisi dan pengambilan keputusan	Setting : Di sembilan unit perawatan intensif (ICU) di tiga negara: lima di Amerika Serikat, tiga di Kanada, dan satu di Australia Waktu: Mei 2017 dan Maret 2020 Sampel: 135 Kriteria pasien: pasien dewasa yang sakit kritis berusia di atas 60 tahun, atau mereka yang berusia antara 55 dan 59 tahun jika mereka memiliki satu atau lebih diagnosis Kriteria keluarga : Anggota keluarga dewasa memenuhi syarat jika mereka adalah pengambil keputusan pengganti yang dinominasikan atau ditunjuk secara sah, diharapkan untuk berkunjung setidaknya tiga kali seminggu	Tipe Intervensi: 1. Intervensi Nutrisi: Melatih dan membangun kepercayaan diri keluarga untuk memantau serta memastikan pemenuhan nutrisi terbaik bagi pasien. 2. Dukungan Keputusan: Menggunakan panduan berbasis web untuk membantu keluarga terlibat aktif dalam pengambilan keputusan klinis bersama tenaga kesehatan. Kontrol : - Pemberi intervensi : perawat terdaftar, petugas medis, atau ahli gizi yang merupakan bagian dari tim studi di lokasi tersebut	- Nutrisi: Kelompok dukungan pengambilan keputusan menunjukkan kecukupan pemenuhan energi pasien di ICU yang lebih tinggi dibandingkan kelompok lainnya, meski hasil nutrisi secara umum tidak berbeda signifikan. - Kepuasan & Konflik: Tingkat kepuasan keluarga (terhadap ICU dan proses keputusan) serta konflik dalam pengambilan keputusan serupa di semua kelompok. - Hasil Klinis & Lama Rawat: Angka kematian dan lama rawat inap pasien selamat tidak berbeda signifikan, namun pasien meninggal di kelompok dukungan pengambilan keputusan memiliki waktu rawat inap di ICU yang lebih lama.
(Naef et al., 2022) Negara: Swiss	Untuk menguji efektivitas klinis dan mengeksplorasi implementasi intervensi dukungan keluarga multi-komponen yang dipimpin perawat di ICU	Setting : 16 ICU Waktu: September 2020 hingga September 2022 Sampel: 1.087 Kriteria pasien: pasien yang sakit kritis yang menerima perawatan di ICU yang memenuhi syarat selama minimal 48 jam Kriteria keluarga : anggota keluarga dewasa (≥ 18 tahun)	Tipe Intervensi: (Family Systems Intervention / FSI): Pendekatan terstruktur berbasis teori keperawatan sistem keluarga yang memadukan intervensi psikoedukatif dan fokus hubungan untuk mendukung pengelolaan penyakit oleh keluarga, mengurangi penderitaan mereka, serta memastikan komunikasi interprofesional yang terstandar. Kontrol : Pendekatan rutin non-protokol yang memberikan informasi, akses kunjungan, dukungan emosional, dan rujukan kepada keluarga sesuai kebutuhan standar ICU, tanpa adanya jalur dukungan terstruktur yang baru. Pemberi Intervensi : perawat terdaftar	FSI secara signifikan meningkatkan kepuasan keseluruhan keluarga di ICU, kualitas komunikasi, serta keterlibatan dalam pengambilan keputusan, namun tidak memberikan efek jangka panjang yang konsisten terhadap pengurangan gejala kecemasan, depresi, atau trauma psikologis keluarga (PICS-F) pada evaluasi 3–12 bulan pasca-perawatan.

PEMBAHASAN

Kepuasan keluarga terhadap perawatan akhir hayat di ICU dipengaruhi oleh beberapa jalur intervensi yang saling melengkapi, meliputi strategi komunikasi terstruktur, dukungan spiritual/psikososial, serta integrasi konsultasi perawatan paliatif. Ketiga jalur ini dibahas secara berurutan di bawah ini, diikuti dengan sintesis mengenai faktor yang memengaruhi konsistensi efektivitasnya serta implikasinya bagi domain kepuasan keluarga secara keseluruhan.

Efektivitas Strategi Komunikasi Terstruktur

Bundel komunikasi merupakan komunikasi yang terstruktur dan terarah secara signifikan menunjukkan perbedaan tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Menurut You et al., (2014) terdapat bukti kuat tentang manfaat komunikasi perawatan akhir kehidupan dengan pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa dan keluarga mereka. Mendiskusikan lebih banyak topik perawatan akhir kehidupan meningkatkan kemungkinan kesesuaian antara tujuan perawatan yang dilaporkan pasien dan tujuan yang didokumentasikan dalam catatan medis mereka, dan meningkatkan kepuasan pasien dengan perawatan.

Komunikasi tentang masalah perawatan akhir kehidupan, sejalan dengan kesiapan dan preferensi pasien dan kerabat, sangat penting. Kebutuhan dan preferensi seseorang dapat berubah dengan cepat di bulan, minggu, dan hari terakhir mereka. Komunikasi yang baik sangat penting untuk memastikan kebutuhan mereka dipahami dan dapat dipenuhi oleh tim kesehatan (Brighton & Bristowe, 2016). Komunikasi yang baik memungkinkan perawat untuk terhubung dengan pasien dan orang yang penting bagi mereka, memahami prioritas dan keinginan mereka, dan mendukung mereka untuk membuat keputusan yang tepat tentang perawatan mereka.

Temuan ini konsisten dengan pola pada tabel ekstraksi review ini, di mana bundel komunikasi yang diberikan oleh staf terlatih menghasilkan skor kepuasan yang signifikan lebih tinggi dibandingkan kontrol, dengan perbaikan pada delapan dari sepuluh domain yang diukur (Awdish et al., 2017). Pola serupa juga ditemukan pada uji coba acak fasilitator komunikasi terlatih (perawat dan pekerja

sosial) yang mendampingi keluarga pasien dengan prediksi mortalitas tinggi (Curtis et al., 2016), serta uji coba acak fasilitator perawat pada lima ICU di Prancis yang secara khusus dirancang untuk mengurangi beban psikologis keluarga melalui komunikasi dan dukungan berkelanjutan (Kentish-Barnes et al., 2024).

Peran Dukungan Spiritual dan Psikososial

Selain bundel komunikasi, kunjungan dari pemuka agama juga secara signifikan meningkatkan kepuasan keluarga dalam end of life care di ICU. Penyedia perawatan spiritual terlibat dalam berbagai kegiatan dengan keluarga pasien ICU; beberapa terkait dengan peningkatan kepuasan keluarga dengan perawatan ICU secara umum dan pengambilan keputusan di ICU secara khusus. Temuan ini memberikan wawasan tentang aktivitas penyedia perawatan spiritual dan memberikan panduan untuk intervensi untuk meningkatkan perawatan spiritual yang diberikan kepada keluarga pasien yang sakit kritis (Johnson et al., 2014).

Spiritual care adalah domain kunci dari kualitas perawatan paliatif (Wall et al., 2007). Tujuh puluh enam anggota keluarga dan 150 dokter dari 70 pasien ICU yang diperkirakan meninggal selama rawat inap diwawancarai tentang perspektif dan pengalaman mereka dengan spiritualitas dan perawatan spiritual selama penelitian. Mengungkapkan spiritual care berfungsi menghargai kematian pasien, menghormati dan merayakan kehidupan pasien, dan mendorong humanisme dalam praktik (Ernecoff & Cox, 2017).

Temuan di atas memperkuat pola pada review ini, di mana intervensi berbasis dimensi non-medis seperti spiritual maupun humanisasi lingkungan fisik ICU (Lovell et al., 2025) sama-sama berkontribusi terhadap kepuasan keluarga, sejalan dengan tinjauan berbasis metode campuran terhadap 50 studi persepsi keluarga tentang EOLC di ICU yang mengidentifikasi lima tema utama, yaitu emosi yang menekan, pengambilan keputusan bersama, komunikasi proaktif, perawatan akhir hayat yang personal, dan penghargaan terhadap peran keperawatan (Chen et al., 2020). Hal ini menunjukkan bahwa EOLC yang efektif memerlukan pendekatan yang melampaui komunikasi klinis semata dan menyentuh kebutuhan eksistensial keluarga.

Pengaruh Konsultasi dan Integrasi Perawatan Paliatif

Konsultasi paliatif tidak terlalu berpengaruh terhadap kepuasan pasien tetapi berpengaruh terhadap lama rawat di ICU. Seperti literatur yang dilakukan oleh Kyeremanteng et al., (2018) Pasien dengan konsultasi PC di ICU, jika dibandingkan dengan mereka yang tidak, menunjukkan kecenderungan penurunan LOS pada studi dengan kualitas lebih tinggi dan juga mengarah pada pengurangan biaya. Pada perawatan paliatif atau end of life apapun model yang digunakan baik konsultasi tim paliatif maupun integrasi pada tim ICU yang terpenting adalah kesadaran bahwa pedoman perawatan paliatif harus dimasukkan ke dalam rutinitas harian dan standar perawatan oleh staf klinis ICU, dan bahwa setiap orang mendapat manfaat dari mengintegrasikan perawatan paliatif (Anderson-Shaw, 2010; Nelson et al., 2010).

Temuan Kyeremanteng et al., (2018) ini relevan untuk menjelaskan hasil dimana pertemuan keluarga yang dipimpin spesialis paliatif eksternal tidak menghasilkan perbedaan signifikan pada kepuasan keluarga meskipun berhasil memperpendek beberapa aspek perawatan. Hal ini mengindikasikan bahwa manfaat konsultasi paliatif eksternal lebih tampak pada efisiensi sumber daya dibandingkan pada peningkatan kepuasan subjektif keluarga secara langsung, berbeda dengan intervensi yang melekat pada staf ICU internal yang sudah dikenal keluarga (Awdish et al., 2017; Naef et al., 2022), yang justru menunjukkan efek lebih konsisten pada domain kepuasan.

Kepuasan Keluarga sebagai Konstruk Multidimensi

Ketiga jalur intervensi di atas menegaskan bahwa kepuasan keluarga bukan variabel tunggal, melainkan konstruk multidimensi yang mencakup domain kepuasan terhadap perawatan klinis, kepuasan terhadap pengambilan keputusan, dan kepuasan terhadap dukungan psikososial/spiritual (DeSanto-Madeya & Safizadeh, 2017). Sebuah tinjauan sistematis terhadap 23 artikel dari 14 studi menyimpulkan bahwa hanya sedikit intervensi yang berhasil meningkatkan kepuasan keluarga secara konsisten di seluruh domain tersebut (Hinkle et al., 2015), konsisten dengan temuan pada review ini bahwa domain keterlibatan dalam pengambilan

keputusan secara sistematis mendapat skor lebih rendah dibandingkan domain kepuasan terhadap perawatan (Heyland et al., 2015).

Kepuasan Keluarga dengan Hasil Psikologis Jangka Panjang

Perlu ditekankan bahwa peningkatan kepuasan keluarga tidak selalu berimplikasi pada perbaikan hasil psikologis jangka panjang. Uji coba acak pelatihan keterampilan komunikasi bagi dokter residen dan perawat praktisi menunjukkan bahwa peningkatan keterampilan komunikasi klinisi tidak selalu diterjemahkan menjadi perbaikan outcome jangka panjang keluarga (Curtis et al., 2013). Pola ini sejalan dengan temuan Naef et al. (2022) pada review ini, di mana intervensi dukungan keluarga berbasis sistem keluarga meningkatkan kepuasan keseluruhan secara signifikan namun tidak memberikan efek konsisten terhadap kecemasan, depresi, atau gejala trauma psikologis keluarga pada evaluasi 3–12 bulan pasca-perawatan. Bahkan, intervensi psikososial pascakematian seperti pemberian surat berduka pada sebagian kasus justru berasosiasi dengan gejala duka yang lebih berkepanjangan pada anggota keluarga tertentu (Kentish-Barnes et al., 2017), menegaskan bahwa hubungan antara kepuasan jangka pendek dan kesejahteraan psikologis jangka panjang keluarga bersifat kompleks dan tidak selalu linear.

Keterbatasan penelitian ini adalah jumlah artikel yang tidak terlalu banyak dan desain penelitian yang beragam dikarenakan pemberian intervensi pada setiap negara berbeda dan masih dapat untuk dikembangkan. Batasan lainnya adalah kami membatasi pencarian artikel dalam bahasa Inggris saja sehingga mungkin ada artikel lain yang relevan tetapi tidak dapat direview. Meskipun demikian review yang kami lakukan berhasil menggambarkan intervensi end of life yang dapat dikembangkan untuk meningkatkan kepuasan keluarga di ruang perawatan ICU. Penelitian selanjutnya dapat mengeksplorasi lebih lanjut salah satu bentuk intervensi yang spesifik untuk meningkatkan kenyamanan dan martabat pasien dan keluarga. Selain itu, penelitian ini juga dapat digunakan untuk membantu mendefinisikan intervensi end of life care yang selama ini belum jelas.

KESIMPULAN

Penulis menyimpulkan bahwa intervensi EOLC di ICU dapat meningkatkan kepuasan keluarga, terutama melalui strategi komunikasi terstruktur yang diberikan oleh staf ICU terlatih, dukungan spiritual dan psikososial, serta integrasi perawatan paliatif ke dalam rutinitas standar ICU, dengan sasaran utama pasien dewasa berprognosis buruk (risiko mortalitas tinggi, ventilasi mekanis berkepanjangan, atau usia lanjut) beserta keluarga yang berperan sebagai pengambil keputusan pengganti. Namun efektivitas intervensi tersebut tidak konsisten di seluruh studi, cenderung lebih bermakna ketika dilakukan oleh staf yang sudah melekat dengan tim perawatan pasien dibandingkan tim eksternal yang baru, serta lebih menasar domain kepuasan terhadap proses (komunikasi dan pengambilan keputusan) dibandingkan domain klinis atau psikologis jangka panjang keluarga, sehingga diperlukan penelitian lanjutan dengan desain yang lebih beragam dan populasi yang lebih beragam secara geografis untuk mendefinisikan model intervensi EOLC yang optimal bagi peningkatan kepuasan keluarga di ICU.

DAFTAR PUSTAKA

- Abate, S. M., Assen, S., Yinges, M., & Basu, B. (2021). Survival and predictors of mortality among patients admitted to the intensive care units in southern Ethiopia: A multi-center cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*, 65, 102318. <https://doi.org/10.1016/J.AMSU.2021.102318>
- Akhtari-Zavare, M., Abdullah, M. Y., Abdullah, M. Y., Syed Hassan, S. T., Syed Hassan, S. T., Binti Said, S., Binti Said, S., Kamali, M., & Kamali, M. (2010). Patient satisfaction: evaluating nursing care for patients hospitalized with cancer in Tehran teaching hospitals, Iran. *Global Journal of Health Science*, 2(1). <https://doi.org/10.5539/gjhs.v2n1p117>
- Anderson-Shaw, L. (2010). Consultative or integrative, palliative care must be part of intensive care unit care*. *Critical Care Medicine*, 38(9), 1904. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181ee4039>
- Arofiati, F., & Apriliyanti, P. (2021). The Family Satisfaction on Nursing Services at the Intensive Care Unit. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T4), 61–64. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5776>
- Aslakson, R. A., Curtis, J. R., & Nelson, J. E. (2014). The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(11), 2418–2428. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000573>
- Awdish, R. L., Buick, D., Kokas, M., Berlin, H., Jackman, C., Williamson, C., Mendez, M. P., & Chasteen, K. (2017). A Communications Bundle to Improve Satisfaction for Critically Ill Patients and Their Families: A Prospective, Cohort Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 644–649. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.024>
- Baker, R., Hyg, M., Wu, A. W., Teno, J. M., Kreling, B., Damiano, A. M., Rubin, H. R., Roach, M. J., Wenger, N. S., Phillips, R. S., Desbiens, N. A., Connors, A. F., Knaus, W., & Lynn, J. (2000). Family Satisfaction with End-of-Life Care in Seriously Ill Hospitalized Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(S1), S61–S69. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03143.x>
- Balducci, L. (2012). Death and dying: what the patient wants. *Annals of Oncology*, 23, iii56–iii61. <https://doi.org/10.1093/annonc/mds089>
- Brighton, L. J., & Bristowe, K. (2016). Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1090), 466–470. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368>
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A., & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000–1025. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. M. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban

- hospital in the developing world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23(3), 218–224. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.001>
- Carson, S. S., Cox, C. E., Wallenstein, S., Hanson, L. C., Danis, M., Tulskey, J. A., Chai, E., & Nelson, J. E. (2016). Effect of palliative care-led meetings for families of patients with chronic critical illness: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(1), 51–62. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8474>
- Chen, C., Michaels, J., & Meeker, M. A. (2020). Family Outcomes and Perceptions of End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: A Mixed-Methods Review. *Journal of Palliative Care*, 35(3), 143–153. <https://doi.org/10.1177/0825859719874767>
- Costa, D. K., & Moss, M. (2018). The Cost of Caring: Emotion, Burnout, and Psychological Distress in Critical Care Clinicians. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(7), 787–790. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.2018-04-269PS>
- Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z., Kross, E. K., Reinke, L. F., Feemster, L. C., Edlund, B., Arnold, R. W., O'Connor, K., & Engelberg, R. A. (2013). Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication With Patients With Serious Illness. *JAMA*, 310(21), 2271. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282081>
- 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>
- de Havenon, A., Petersen, C., Tanana, M., Wold, J., & Hoesch, R. (2015). A pilot study of audiovisual family meetings in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*, 30(5), 881–883. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.05.027>
- DeSanto-Madeya, S., & Safizadeh, P. (2017). Family Satisfaction With End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(5), 278–283. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000262>
- Ernecoff, N. C., & Cox, C. E. (2017). Spirituality, Palliative Care, and the Intensive Care Unit. A New Approach. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 195(2), 150–152. <https://doi.org/10.1164/rccm.201608-1598ED>
- Ganz, F. D., Nun, M. Ben, & Raanan, O. (2020). Introducing palliative care into the intensive care unit: An interventional study. *Heart & Lung*, 000, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.07.006>
- Gutierrez, K. M. (2012). Experiences and Needs of Families Regarding Prognostic Communication in an Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(3), 299–313. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318255ee0d>
- Heyland, D. K., Dodek, P., Mehta, S., Cook, D., Garland, A., Stelfox, H. T., Bagshaw, S. M., Kutsogiannis, D. J., Burns, K., Muscedere, J., Turgeon, A. F., Fowler, R., Jiang, X., & Day, A. G. (2015). Admission of the very elderly to the intensive care unit: Family members' perspectives on clinical decision-making from a multicenter cohort study. *Palliative Medicine*, 29(4), 324–335. <https://doi.org/10.1177/0269216314566060>
- Hinkle, L. J., Bosslet, G. T., & Torke, A. M. (2015). Factors Associated With Family Satisfaction With End-of-Life Care in the ICU. *Chest*, 147(1), 82–93. <https://doi.org/10.1378/chest.14-1098>
- Johnson, J. R., Engelberg, R. A., Nielsen, E. L., Kross, E. K., Smith, N. L., Hanada, J. C., Doll O'Mahoney, S. K., & Curtis, J. R. (2014). The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death in the ICU. *Critical Care Medicine*, 42(9), 1991–2000. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000000>

- 0000412
Kentish-Barnes, N., Azoulay, E., Reignier, J., Cariou, A., Lafarge, A., Huet, O., Gargadennec, T., Renault, A., Souppart, V., Clavier, P., Dilosquer, F., Leroux, L., Légé, S., Renet, A., Brumback, L. C., Engelberg, R. A., Pochard, F., Resche-Rigon, M., & Curtis, J. R. (2024). A randomised controlled trial of a nurse facilitator to promote communication for family members of critically ill patients. *Intensive Care Medicine*, 50(5), 712–724. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07390-y>
- Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Champigneulle, B., Thirion, M., Souppart, V., Gilbert, M., Lesieur, O., Renault, A., Garrouste-Orgeas, M., Argaud, L., Venot, M., Demoule, A., Guisset, O., Vinatier, I., Troché, G., Massot, J., Jaber, S., Bornstain, C., Gaday, V., ... Azoulay, E. (2017). Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 473–484. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4669-9>
- Kyeremanteng, K., Gagnon, L.-P., Thavorn, K., Heyland, D., & D'Egidio, G. (2018). The Impact of Palliative Care Consultation in the ICU on Length of Stay. *Journal of Intensive Care Medicine*, 33(6), 346–353. <https://doi.org/10.1177/0885066616664329>
- Laupland, K. B., Tabah, A., Holley, A. D., Bellapart, J., & Pilcher, D. V. (2020). Decreasing Case-Fatality But Not Death Following Admission to ICUs in Australia, 2005-2018. *Chest*, 1503–1506. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.11.059>
- Lee, H., & Choi, S. (2021). Factors Associated with Quality of Dying and Death in Korean Intensive Care Units: Perceptions of Nurses. *Healthcare*, February 2018, 1–11.
- Lief, L., Berlin, D. A., Maciejewski, R. C., Westman, L., Su, A., Cooper, Z. R., Ouyang, D. J., Epping, G., Derry, H., Russell, D., Gentzler, E., Maciejewski, P. K., & Prigerson, H. G. (2018). Dying Patient and Family Contributions to Nurse Distress in the ICU. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(12), 1459–1464. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.2018.04-284OC>
- Lovell, T., Mitchell, M., Powell, M., Strube, P., Tonge, A., O'Neill, K., Dunstan, E., Bonnin-Trickett, A., Miller, E., Suliman, A., Ownsworth, T., & Ranse, K. (2025). An interprofessional multicomponent intervention to improve end-of-life care in intensive care: A before-and-after study. *Australian Critical Care*, 38(3), 101147. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.101147>
- Marshall, A. P., Van Scoy, L. J., Chaboyer, W., Chew, M., Davidson, J., Day, A. G., Martinez, A., Patel, J., Roberts, S., Skrobik, Y., Taylor, B., Tobiano, G., & Heyland, D. K. (2023). A randomised controlled trial of a nutrition and a decision support intervention to enable partnerships with families of critically ill patients. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 6723–6742. <https://doi.org/10.1111/jocn.16752>
- McLennan, M., & Aggar, C. (2020). Family satisfaction with care in the intensive care unit: A regional Australian perspective. *Australian Critical Care*, 33(6), 518–525. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.003>
- Naef, R., Filipovic, M., Jeitziner, M.-M., von Felten, S., Safford, J., Riguzzi, M., & Rufer, M. (2022). A multicomponent family support intervention in intensive care units: study protocol for a multicenter cluster-randomized trial (FICUS Trial). *Trials*, 23(1), 533. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06454-y>
- Nelson, J. E., Bassett, R., Boss, R. D., Brasel, K. J., Campbell, M. L., Cortez, T. B., Curtis, J. R., Lustbader, D. R., Mulkerin, C., Puntillo, K. A., Ray, D. E., & Weissman, D. E. (2010). Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU)*. *Critical Care Medicine*, 38(9), 1765–1772. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e8ad23>
- Oak, Y., & Kim, Y.-S. (2020). Attitudes

- towards Death, Perceptions of Hospice Care, and Hospice Care Needs among Family Members of Patients in the Intensive Care Unit. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(4), 172–182.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.4.172>
- Scottish Government. (2014). *Caring for people in the last days and hours of life - Guidance - gov.scot*. Health and Social Care.
<https://www.gov.scot/publications/caring-people-last-days-hours-life-guidance/>
- Shinde, M., & Kapurkar, K. (2014). Patient 's Satisfaction with Nursing Care Provided in Selected Areas of Tertiary Care Hospital. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 3(2), 150–161.
<https://www.ijsr.net/archive/v3i2/MDIwMTM5MzA=.pdf>
- Wall, R. J., Engelberg, R. A., Gries, C. J., Glavan, B., & Curtis, J. R. (2007). Spiritual care of families in the intensive care unit*. *Critical Care Medicine*, 35(4), 1084–1090.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000259382.36414.06>
- You, J. J., Dodek, P., Lamontagne, F., Downar, J., Sinuff, T., Jiang, X., Day, A. G., & Heyland, D. K. (2014). What really matters in end-of-life discussions? Perspectives of patients in hospital with serious illness and their families. *Canadian Medical Association Journal*, 186(18), E679–E687.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.140673>