



Edukasi Psikososial dan Deteksi *Loneliness* untuk Meningkatkan Pengetahuan Perawat *Intensive Care Unit*

Deris Riandi Setiawan¹, Fitri Sesilia², Adinda Triani Nur Hasanah³, Novita Desyanti³

¹*Department of Emergency and Critical Care Nursing, Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada, Bandung, Indonesia.*

²*Nursing Department, Intensive Care Unit, RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung, Bandung, Indonesia.*

³*Nurse Professional Program, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada, Bandung, Indonesia.*

Correspondence author: Deris Riandi Setiawan

Email: derisriandis@stikesdhhb.ac.id

Address: Jl. Ters. Jakarta No.75, Antapani, Bandung, Indonesia

DOI: <https://doi.org/10.56359/kolaborasi.v6i4.1032>



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Abstract

Introduction: Critically ill patients are vulnerable to psychosocial distress, including loneliness, because of severe illness, environmental stressors, limited social interaction, and communication barriers. Nurses are in a strategic position to recognize these needs, but psychosocial assessment may receive less attention than physiological stabilization in intensive care practice.

Objective: This community service program aimed to improve intensive care nurses' knowledge of psychosocial aspects and the early detection of loneliness in critically ill patients.

Method: A structured educational program was delivered to 15 intensive care nurses at a tertiary referral hospital in Bandung. The main session was conducted on 23 July 2026 and included interactive education, case discussion, sharing of clinical experiences, and simple simulation. Knowledge was evaluated descriptively using pre-test and post-test scores, with categories of good (76–100), moderate (56–75), and poor (<56).

Result: The mean knowledge score increased from 68.4 before the program to 86.7 after the program, representing an 18.3-point absolute increase or 26.7% relative improvement. The proportion of participants in the good-knowledge category increased from 26.7% to 86.7%, while the poor-knowledge category decreased from 20.0% to 0%.

Conclusion: Structured education on psychosocial care and loneliness detection was followed by a meaningful improvement in participating intensive care nurses' knowledge. Continued mentoring and integration of brief psychosocial assessment into routine nursing practice are recommended.

Keywords: critical care nursing, education, intensive care unit, loneliness, psychosocial care

Latar Belakang

Intensive Care Unit (ICU) merupakan lingkungan pelayanan dengan kompleksitas tinggi yang berorientasi pada pemantauan ketat, stabilisasi fungsi organ, dan penanganan kondisi yang mengancam jiwa. Fokus tersebut sangat penting, tetapi kebutuhan pasien kritis tidak berhenti pada aspek fisiologis. Selama menjalani perawatan intensif, pasien juga dapat mengalami tekanan psikologis dan sosial akibat perubahan kondisi kesehatan yang mendadak, ketergantungan pada alat dan tenaga kesehatan, keterbatasan komunikasi, gangguan tidur, hilangnya kendali atas aktivitas sehari-hari, serta berkurangnya interaksi dengan orang terdekat. Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa komunikasi dan perawatan psikososial merupakan komponen penting intervensi keperawatan di ICU, karena kebutuhan emosional pasien dan keluarga menjadi bagian dari kebutuhan dasar yang harus direspons bersama dengan kebutuhan klinis (Larsen et al., 2022). Kajian terbaru juga menegaskan bahwa intervensi keperawatan memiliki peran penting dalam mendukung pemulihan psikologis pasien ICU dan keluarganya sepanjang lintasan perawatan (Sutini et al., 2026). Temuan longitudinal pada penyintas ICU juga menunjukkan bahwa konsekuensi psikologis dapat berlanjut setelah fase akut, termasuk gejala stres pascatrauma, gangguan kualitas hidup, serta pengalaman kesepian pada sebagian penyintas (Neville et al., 2022; Piras et al., 2022).

Salah satu masalah psikososial yang perlu mendapat perhatian adalah *loneliness* atau kesepian. Pada pasien ICU yang sadar dan mampu berkomunikasi, *loneliness* dapat muncul ketika kebutuhan akan hubungan sosial yang bermakna tidak terpenuhi selama perawatan. Kondisi kritis, lingkungan yang asing, pembatasan interaksi, keterbatasan waktu kunjungan, serta hambatan komunikasi dapat membuat pasien merasa terisolasi meskipun berada dalam lingkungan dengan intensitas pelayanan yang tinggi. Scoping review mengenai komunikasi berbasis video pada pasien ICU yang responsif secara verbal menunjukkan bahwa keterhubungan dengan keluarga menjadi isu penting ketika interaksi langsung terbatas, dan teknologi komunikasi dapat berperan sebagai salah satu jembatan untuk mengurangi isolasi sosial (Setiawan et al., 2025a). Pengalaman pasien pasca-ICU juga memperlihatkan adanya emosi negatif berupa ketakutan, kecemasan, kesedihan, helplessness, dan *loneliness* selama menjalani perawatan intensif (Torun et al., 2023).

Loneliness bukan sekadar pengalaman tidak nyaman, tetapi dapat berhubungan dengan kondisi psikologis lain yang relevan bagi proses perawatan. Pada pasien di unit perawatan intensif jantung, Yildirim et al. (2024) menemukan tingkat *loneliness* sedang dan menunjukkan bahwa semakin tinggi *loneliness* berkaitan dengan meningkatnya death anxiety serta menurunnya hope. Temuan kualitatif lain pada pasien yang menjalani perawatan intensif selama pandemi menggambarkan kebutuhan yang kuat untuk menyampaikan perasaan, mempertahankan hubungan dengan keluarga, dan mendapatkan dukungan psikososial ketika kontak langsung terbatas (Özdemir et al., 2023). Bukti-bukti tersebut memperkuat bahwa asesmen terhadap pengalaman emosional dan sosial pasien perlu diposisikan sebagai bagian dari perawatan holistik, terutama pada pasien sadar yang dapat mengekspresikan kebutuhan dan persepsinya. Bukti intervensi menunjukkan bahwa dukungan psikososial yang terarah dapat memberikan manfaat; pada pasien ICU, intervensi spiritual care dilaporkan memperbaiki spiritual well-being dan hope sekaligus menurunkan *loneliness* (Bulut et al., 2023).

Perawat memiliki posisi strategis untuk mengenali perubahan psikososial karena berada paling dekat dengan pasien dan melakukan interaksi berulang selama proses perawatan.

Kemampuan perawat untuk melakukan komunikasi terapeutik, mengobservasi respons emosional, menggali kebutuhan dukungan sosial, serta melibatkan keluarga secara tepat dapat membantu menciptakan pelayanan yang lebih berpusat pada pasien. Dees et al. (2022) menekankan bahwa komunikasi antara perawat ICU dan keluarga mendukung relationship-centered care dan membantu perawat merespons kebutuhan pasien serta keluarga. Namun, kemampuan tersebut memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang terarah. Systematic review terbaru mengenai program pendidikan patient- and family-centered care pada perawat ICU menunjukkan bahwa pendidikan dapat memperkuat kompetensi pengetahuan dan keterampilan interpersonal, termasuk komunikasi, meskipun pengembangan program masih perlu memperhatikan aspek kolaborasi dan self-awareness (Joo et al., 2025). Studi pada perawat ICU juga menunjukkan adanya kebutuhan pembelajaran yang spesifik terkait komunikasi dengan pasien dan keluarga, sedangkan intervensi komunikasi multikomponen dinilai dapat diterapkan apabila disertai strategi implementasi yang sesuai dengan alur kerja ICU (Jin et al., 2022; Holm et al., 2022).

Perhatian terhadap *loneliness* juga berkaitan dengan keterlibatan keluarga sebagai sumber dukungan emosional dan sosial. Ketika kondisi klinis memungkinkan, kehadiran atau keterhubungan dengan keluarga dapat membantu pasien mempertahankan orientasi, rasa aman, dan hubungan yang bermakna selama berada di lingkungan ICU. Meta-synthesis mengenai pengalaman keluarga di ICU merekomendasikan agar perawat secara proaktif memberi ruang bagi keterlibatan keluarga dan membahas kebutuhan emosional sebagai bagian dari perawatan (Gunnlaugsdóttir et al., 2024). Dalam konteks ini, deteksi *loneliness* dapat membantu perawat menentukan apakah pasien membutuhkan komunikasi terapeutik yang lebih intens, fasilitasi kontak dengan keluarga, atau dukungan psikososial lain. Tinjauan sistematis mengenai dampak kesepian pada pasien ICU juga menempatkan *loneliness* sebagai pengalaman yang perlu dipertimbangkan dalam pendekatan keperawatan holistik (Setiawan et al., 2025b). Literatur terbaru menekankan bahwa dukungan keluarga perlu didesain secara aktif melalui komunikasi yang terstruktur, keterlibatan keluarga, dan pemanfaatan teknologi ketika kontak langsung terbatas (Kiwanka et al., 2022; Reifarth et al., 2023; Digby et al., 2023; Chen et al., 2023; Shin et al., 2023; Wang et al., 2023).

Berdasarkan observasi awal dan diskusi dengan tenaga kesehatan pada mitra kegiatan, pelayanan keperawatan masih lebih banyak berfokus pada kebutuhan klinis dan stabilisasi kondisi fisik. Aspek psikososial seperti kecemasan, ketakutan, perasaan terisolasi, dan *loneliness* belum selalu diidentifikasi secara sistematis. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh beban kerja, keterbatasan waktu, serta belum tersedianya pelatihan khusus dan panduan praktis yang secara spesifik membahas deteksi *loneliness* dalam konteks ICU. Kesenjangan ini menjadi penting karena kebutuhan psikososial pasien dapat terlewat apabila perawat tidak memiliki kerangka sederhana untuk mengenali tanda, menggali pengalaman pasien, dan menentukan respons komunikasi yang sesuai. Oleh karena itu, peningkatan kapasitas perawat melalui edukasi merupakan langkah awal yang realistis sebelum pengembangan asesmen atau intervensi yang lebih kompleks.

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini dirancang sebagai bentuk hilirisasi pengetahuan mengenai pengalaman psikososial pasien ICU ke dalam praktik pelayanan. Program memadukan penyampaian materi, diskusi kasus, dan simulasi sederhana agar peserta tidak hanya mengenali konsep *loneliness*, tetapi juga mampu menghubungkannya dengan situasi klinis yang dijumpai sehari-hari. Materi mencakup aspek psikososial pasien kritis, konsep serta tanda dan gejala *loneliness*, prinsip deteksi dini, dan komunikasi terapeutik sebagai respons awal.

Pendekatan ini diharapkan menjadi fondasi untuk memperkuat perhatian terhadap kebutuhan psikososial dalam perawatan kritis dan mendorong pelayanan yang lebih holistik, manusiawi, serta berpusat pada pasien.

Tujuan

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini bertujuan meningkatkan pengetahuan perawat ICU mengenai aspek psikososial pasien kritis, khususnya konsep, tanda dan gejala, serta deteksi awal *loneliness*, sekaligus memperkuat pemahaman mengenai komunikasi terapeutik sebagai respons keperawatan dasar terhadap kebutuhan psikososial pasien.

Metode

Desain dan Lokasi Kegiatan

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat menggunakan pendekatan pendidikan kesehatan dan pelatihan berbasis praktik dengan evaluasi *one-group pre-test–post-test*. Rangkaian program berlangsung pada bulan Juli 2026, di unit perawatan intensif pada rumah sakit rujukan tersier di Bandung.

Sasaran dan Kriteria Peserta

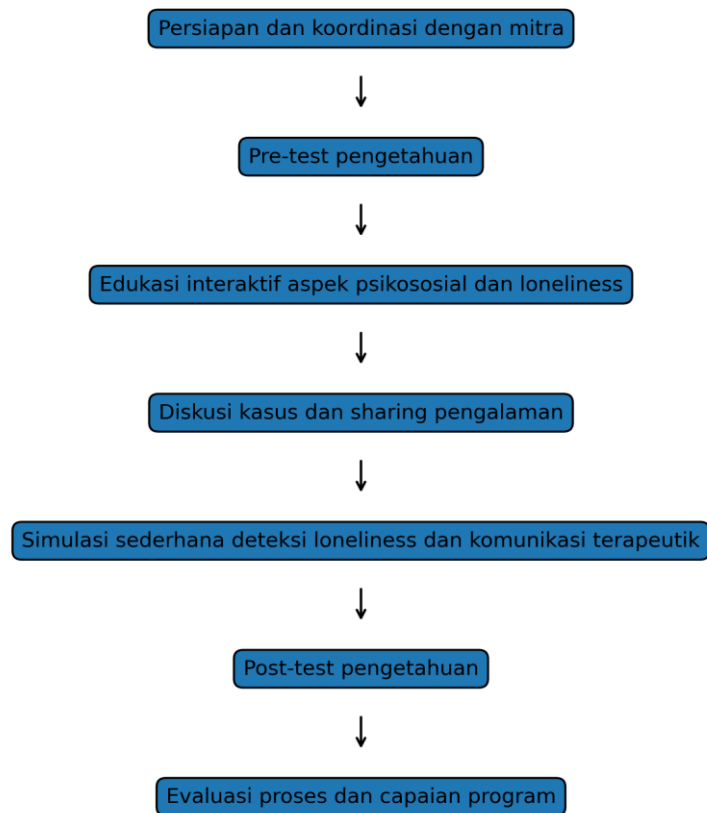
Sasaran kegiatan adalah perawat yang bertugas di ICU. Peserta yang dimasukkan dalam evaluasi adalah perawat yang hadir pada sesi edukasi dan memiliki hasil *pre-test* serta *post-test*. Sebanyak 15 perawat memenuhi kriteria tersebut. Data usia, jenis kelamin, lama bekerja, dan lama pengalaman di ICU tidak dikumpulkan dalam dokumentasi evaluasi program, sehingga karakteristik tersebut tidak dilaporkan.

Program Edukasi, Media, dan Fasilitator

Materi edukasi mencakup aspek psikososial pasien kritis, konsep dan faktor pemicu *loneliness*, tanda dan gejala yang perlu dikenali, prinsip deteksi awal, komunikasi terapeutik, serta dukungan emosional. Pembelajaran menggunakan ceramah interaktif, diskusi kasus, sharing pengalaman, dan simulasi sederhana. Media yang digunakan berupa materi edukasi cetak/digital, *booklet* pendukung, skenario kasus, dan instrumen evaluasi. Kegiatan difasilitasi oleh tim pengabdian dengan dukungan narasumber (Lihat Tabel 1).

Tabel 1. Rincian tahapan program edukasi

Tahap	Isi kegiatan	Metode/media	Evaluasi
Persiapan	Koordinasi mitra, identifikasi kebutuhan, penyusunan materi, skenario kasus, dan instrumen	Koordinasi tim dan mitra	Kesiapan pelaksanaan
Pre-test	Pengukuran pengetahuan awal	Tes pengetahuan	Skor awal 0–100
Edukasi inti	Aspek psikososial, <i>loneliness</i> , deteksi awal, komunikasi terapeutik, dukungan emosional	Ceramah interaktif dan materi edukasi	Partisipasi peserta
Diskusi dan simulasi	Analisis skenario klinis, sharing pengalaman, latihan pertanyaan pemantik dan validasi perasaan	Diskusi kasus dan simulasi sederhana	Observasi proses
Post-test	Pengukuran pengetahuan setelah edukasi	Tes dengan ruang lingkup materi yang sama	Skor akhir 0–100



Gambar 1. Alur pelaksanaan kegiatan PkM

Instrumen Evaluasi

Outcome utama kegiatan diukur menggunakan kuesioner pengetahuan yang diadaptasi dari instrumen yang digunakan oleh Nasrun (2022), dengan mengacu pada konsep loneliness dalam De Jong Gierveld Loneliness Scale. Instrumen versi Bahasa Indonesia pada penelitian Nasrun (2022) telah dilaporkan memiliki validitas item yang memadai, dengan koefisien korelasi berkisar antara 0,403–0,720 dan seluruh nilai tersebut lebih besar dari r tabel 0,279. Reliabilitas instrumen juga menunjukkan konsistensi internal yang baik dengan nilai Cronbach's alpha sebesar 0,805.

Untuk penggunaan dalam kegiatan ini, instrumen selanjutnya diadaptasi sesuai konteks pasien dan pelayanan di Intensive Care Unit (ICU). Proses adaptasi mencakup penyesuaian bahasa dan back-translation untuk mempertahankan kesetaraan makna. Validitas isi selanjutnya dinilai melalui expert judgement yang melibatkan ahli Keperawatan Kritis dan ahli Keperawatan Jiwa/Psikososial untuk menilai relevansi, kejelasan, dan kesesuaian item dengan konteks psikososial pasien ICU. Domain yang dievaluasi meliputi pemahaman aspek psikososial pasien kritis, konsep dan faktor pemicu loneliness, tanda dan gejala, deteksi awal, serta komunikasi terapeutik dan dukungan emosional. Skor jawaban dikonversi ke rentang 0–100 dan dikategorikan menjadi baik (76–100), cukup (56–75), dan kurang (<56).

Analisis Data

Data dianalisis secara deskriptif dengan membandingkan rerata skor pre-test dan post-test serta distribusi kategori pengetahuan. Selisih absolut dihitung dari skor post-test dikurangi skor pre-test, sedangkan peningkatan relatif dihitung dengan rumus $[(\text{skor post-test} - \text{skor pre-test}) / \text{skor pre-test}] \times 100\%$. Karena berkas evaluasi yang tersedia hanya memuat data agregat dan tidak menyediakan pasangan skor individual, uji statistik berpasangan tidak dilakukan.

Etika Kegiatan

Kegiatan dilaksanakan setelah koordinasi dan perizinan institusi serta mitra. Evaluasi pengetahuan merupakan bagian dari evaluasi program dan hasil dilaporkan secara agregat tanpa identitas personal peserta; tidak ada data klinis pasien yang dikumpulkan atau dianalisis. Dokumentasi program yang tersedia tidak memuat nomor persetujuan etik penelitian maupun lembar informed consent penelitian terpisah, sehingga manuskrip ini tidak mengklaim keduanya.

Hasil

Karakteristik peserta yang dapat ditelusuri dari daftar hadir terbatas pada kualifikasi pendidikan/profesi yang dicantumkan. Delapan peserta (53,3%) mencantumkan kualifikasi S.Kep., Ners., empat peserta (26,7%) A.Md.Kep., dan tiga peserta (20,0%) M.Kep. Karakteristik demografis dan pengalaman kerja tidak tersedia dalam dokumentasi program.

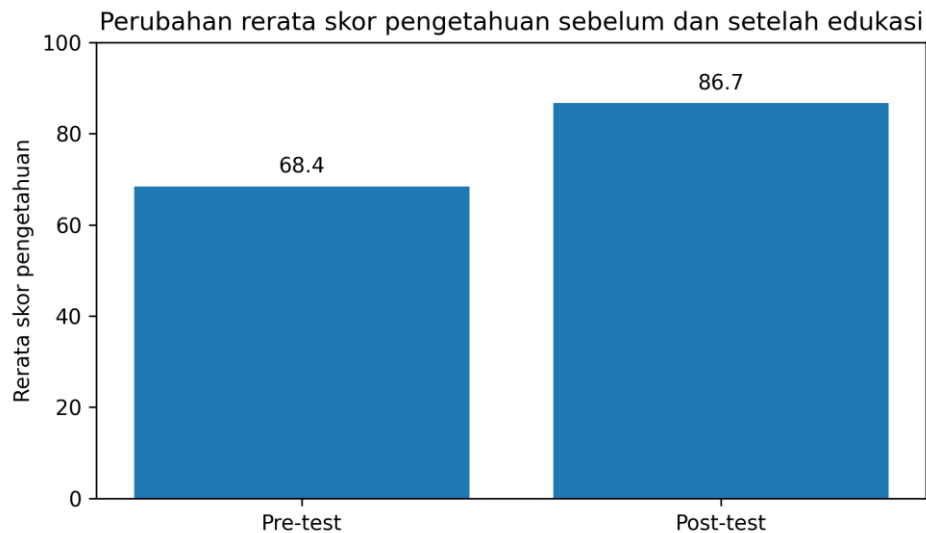
Tabel 2. Kualifikasi pendidikan/profesi peserta berdasarkan daftar hadir

Kualifikasi	n	%
A.Md.Kep.	4	26,7
S.Kep., Ners.	8	53,3
M.Kep.	3	20,0
Total	15	100,0

Kegiatan edukasi diikuti oleh 15 perawat ICU. Secara deskriptif, terjadi peningkatan pengetahuan setelah peserta mengikuti edukasi mengenai aspek psikososial dan deteksi *loneliness*. Rerata skor pengetahuan meningkat dari 68,4 pada pre-test menjadi 86,7 pada post-test. Selisih absolut sebesar 18,3 poin tersebut setara dengan peningkatan relatif 26,7% dibandingkan nilai awal. Dengan demikian, capaian peningkatan pengetahuan melampaui indikator program yang menetapkan peningkatan minimal 20%.

Tabel 3. Perubahan rerata skor pengetahuan peserta

Pre-test	Post-test	Selisih absolut	Peningkatan relatif
68,4	86,7	18,3 poin	26,7%



Gambar 1. Perubahan rerata skor pengetahuan pre-test dan post-test

Perubahan juga terlihat pada distribusi kategori pengetahuan. Sebelum edukasi, hanya 4 peserta (26,7%) berada pada kategori baik, sedangkan 8 peserta (53,3%) berada pada kategori cukup dan 3 peserta (20,0%) pada kategori kurang. Setelah edukasi, sebanyak 13 peserta (86,7%) berada pada kategori baik, 2 peserta (13,3%) pada kategori cukup, dan tidak ada peserta yang berada pada kategori kurang. Perubahan ini menunjukkan pergeseran distribusi pengetahuan ke kategori yang lebih tinggi setelah kegiatan.

Tabel 4. Distribusi kategori pengetahuan sebelum dan setelah edukasi

Kategori pengetahuan	Pre-test n (%)	Post-test n (%)
Baik (76–100)	4 (26,7%)	13 (86,7%)
Cukup (56–75)	8 (53,3%)	2 (13,3%)
Kurang (<56)	3 (20,0%)	0 (0%)
Total	15 (100%)	15 (100%)

Secara proses, seluruh 15 peserta mengikuti rangkaian utama kegiatan dan evaluasi pre-test–post-test. Koordinasi antara tim pengabdian dan mitra berjalan baik, termasuk pengaturan waktu peserta, sehingga edukasi, diskusi kasus, simulasi sederhana, dan evaluasi dapat dilaksanakan sesuai rencana. Umpan balik peserta tidak dikumpulkan dengan instrumen terstruktur dan perubahan praktik komunikasi terapeutik belum diukur; karena itu luaran implementasi pada tahap ini dibatasi pada keterlaksanaan program, partisipasi, dan perubahan pengetahuan.

Diskusi

Capaian utama program adalah pergeseran pengetahuan peserta ke kategori yang lebih tinggi dan tercapainya target peningkatan pengetahuan minimal 20%. Dalam konteks pengabdian kepada masyarakat pada satu unit ICU, hasil tersebut lebih tepat dipahami sebagai indikator keberhasilan capacity building lokal daripada estimasi efek yang dapat digeneralisasi. Relevansi program terletak pada upaya menyediakan kerangka yang ringkas dan aplikatif untuk mengenali

kebutuhan psikososial di tengah lingkungan ICU yang berorientasi pada stabilisasi fisiologis, keterbatasan waktu, dan beban kerja klinis.

Peningkatan pengetahuan tersebut sejalan dengan bukti bahwa program pendidikan pada perawat ICU dapat memperkuat kompetensi terkait patient- and family-centered care. Joo et al. (2025) menunjukkan bahwa program pendidikan untuk perawat ICU umumnya mencakup peningkatan pengetahuan berbasis bukti serta kemampuan komunikasi dengan pasien dan keluarga. Pada kegiatan ini, kombinasi ceramah interaktif, diskusi kasus, sharing pengalaman, dan simulasi sederhana dipilih agar peserta tidak hanya menerima informasi konseptual, tetapi juga mengaitkan materi dengan pengalaman klinis. Pendekatan berbasis kasus memiliki nilai praktis karena konsep psikososial seperti *loneliness* sering kali tidak muncul sebagai masalah yang mudah dikenali melalui parameter fisiologis, sehingga membutuhkan sensitivitas terhadap komunikasi verbal, perilaku, dan konteks sosial pasien. Kebutuhan pelatihan komunikasi yang dilaporkan oleh perawat ICU serta temuan bahwa intervensi komunikasi multikomponen memerlukan adaptasi terhadap alur kerja klinis mendukung penggunaan metode edukasi yang interaktif, bertahap, dan dekat dengan kasus sehari-hari (Jin et al., 2022; Holm et al., 2022).

Fokus pada *loneliness* relevan karena pengalaman kesepian dapat berinteraksi dengan berbagai respons psikologis pada pasien kritis. Yildirim et al. (2024) melaporkan hubungan positif antara *loneliness* dan death anxiety serta hubungan negatif antara *loneliness* dan hope pada pasien yang dirawat di unit perawatan intensif jantung. Temuan kualitatif Torun et al. (2023) juga menunjukkan bahwa pasien yang pernah menjalani perawatan intensif dapat mengalami ketakutan, kesedihan, *loneliness*, dan helplessness. Pada situasi ketika interaksi langsung dengan keluarga terbatas, pasien dapat kehilangan salah satu sumber dukungan emosional yang paling bermakna. Karena itu, kemampuan perawat mengenali tanda-tanda isolasi emosional dan sosial merupakan langkah awal untuk menentukan kebutuhan komunikasi, keterlibatan keluarga, atau dukungan lanjutan yang sesuai. Temuan Bulut et al. (2023) bahwa intervensi spiritual care dapat menurunkan *loneliness* sekaligus meningkatkan hope memperlihatkan bahwa deteksi dini perlu diikuti pemetaan kebutuhan pasien, sehingga respons keperawatan tidak berhenti pada identifikasi masalah tetapi diarahkan pada dukungan yang sesuai.

Perawat menjadi aktor penting dalam penguatan perawatan psikososial karena interaksi perawat-pasien berlangsung secara kontinu. Larsen et al. (2022) menempatkan komunikasi dan psychosocial care sebagai komponen penting intervensi keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien ICU. Dees et al. (2022) juga menegaskan bahwa komunikasi yang lebih baik antara perawat ICU dan keluarga mendukung relationship-centered care. Dalam konteks *loneliness*, komunikasi terapeutik dapat berfungsi sebagai respons awal untuk membangun rasa aman, memvalidasi pengalaman pasien, dan mengidentifikasi sumber dukungan sosial yang masih dapat diakses. Edukasi pada perawat karena itu tidak berhenti pada kemampuan mendefinisikan *loneliness*, tetapi perlu diarahkan pada kemampuan menghubungkan temuan psikososial dengan tindakan keperawatan yang realistis. Bukti mengenai komunikasi keluarga menunjukkan manfaat pendekatan yang terstruktur, empatik, dan konsisten, sementara intervensi yang dipimpin perawat dapat memperkuat dukungan keluarga pada perawatan kritis (Reifarth et al., 2023; Kiwanuka et al., 2022; Wang et al., 2023).

Kebutuhan untuk menjaga keterhubungan pasien dengan keluarga juga didukung oleh perkembangan evidence mengenai komunikasi jarak jauh dan keterlibatan keluarga. Scoping review Setiawan et al. (2025a) menunjukkan bahwa komunikasi berbasis video berpotensi menjadi jembatan interaksi sosial bagi pasien ICU yang mengalami keterbatasan kontak langsung.

Temuan tersebut tidak berarti bahwa teknologi selalu menjadi pilihan utama, tetapi menunjukkan bahwa respons terhadap *loneliness* dapat memerlukan strategi yang fleksibel sesuai kondisi pasien, kebijakan unit, dan ketersediaan keluarga. Edukasi dasar mengenai deteksi *loneliness* dapat menjadi fondasi sebelum unit mengembangkan pendekatan yang lebih terstruktur, misalnya panduan asesmen singkat, protokol komunikasi keluarga, atau media pendukung berbasis teknologi.

Dari sisi implementasi, berbagai pendekatan yang relatif sederhana dapat dipertimbangkan setelah kebutuhan pasien teridentifikasi. Teknologi komunikasi dapat memfasilitasi keterhubungan pasien yang sulit berkomunikasi atau terpisah dari keluarga (Poursadeghi et al., 2024; Shin et al., 2023), sedangkan intervensi komunikasi multikomponen dan keterlibatan keluarga menunjukkan potensi untuk memperkuat orientasi, dukungan emosional, dan pengalaman perawatan (Prats-Armon et al., 2026; Johnson et al., 2025; Digby et al., 2023; Chen et al., 2023). Selain itu, program humanistic care berbasis narrative nursing pada pasien ICU sadar menunjukkan perbaikan pada rasa dipedulikan serta beberapa luaran psikologis, sehingga memperkuat pentingnya komunikasi yang personal dan bermakna (Liu et al., 2025). Temuan tersebut mendukung arah tindak lanjut program ini berupa asesmen psikososial singkat yang dihubungkan dengan pilihan respons komunikasi yang realistis.

Program ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu dipertimbangkan. Pertama, desain one-group pre-test–post-test tanpa kelompok pembanding tidak dapat menyingkirkan pengaruh testing effect, yaitu kemungkinan skor post-test meningkat sebagian karena peserta telah terpapar pertanyaan pada pre-test. Kedua, keterlibatan peserta dalam program edukasi dapat memunculkan Hawthorne effect, sehingga perhatian dan motivasi selama kegiatan mungkin berkontribusi terhadap hasil. Ketiga, jumlah peserta hanya 15 orang dari satu unit sehingga hasil tidak dimaksudkan untuk generalisasi statistik. Keempat, data yang tersedia berupa skor agregat sehingga perubahan individual dan uji statistik berpasangan tidak dapat dilakukan. Kelima, dokumentasi instrumen tidak memuat jumlah item serta bukti validitas dan reliabilitas, sehingga interpretasi skor perlu dibatasi sebagai evaluasi internal program. Keenam, data usia, jenis kelamin, lama bekerja, dan pengalaman ICU tidak tersedia. Ketujuh, evaluasi dilakukan segera setelah edukasi dan belum mencakup retensi pengetahuan, perubahan perilaku klinis, maupun outcome pasien. Keterbatasan tersebut menjadi dasar untuk merancang evaluasi lanjutan dengan instrumen yang terdokumentasi lebih baik, data individual berpasangan, karakteristik peserta yang lengkap, serta pengukuran tindak lanjut.

Keberlanjutan program sebaiknya diarahkan pada pendampingan berkala dan integrasi asesmen psikososial singkat ke dalam praktik keperawatan. Tim dan mitra dapat mengembangkan lembar panduan sederhana mengenai tanda *loneliness*, pertanyaan pemantik komunikasi, serta opsi tindak lanjut sesuai kondisi pasien. Evaluasi lanjutan dapat dilakukan setelah beberapa minggu atau bulan untuk menilai retensi pengetahuan dan penerapan dalam praktik. Sejalan dengan rekomendasi Sutini et al. (2026), intervensi keperawatan untuk pemulihan psikologis membutuhkan pendekatan yang terintegrasi dan sesuai fase perawatan. Dengan demikian, edukasi ini dapat diposisikan sebagai tahap awal menuju penguatan praktik keperawatan kritis yang lebih holistik dan berpusat pada kebutuhan fisik sekaligus psikososial pasien. Integrasi ke praktik sebaiknya dimulai melalui uji coba panduan singkat pada pasien yang sadar dan mampu berkomunikasi, disertai audit sederhana mengenai penggunaan asesmen, respons komunikasi yang diberikan, dan kebutuhan rujukan atau keterlibatan keluarga.

Kesimpulan

Edukasi psikososial dan deteksi *loneliness* pada 15 perawat ICU diikuti oleh peningkatan rerata skor pengetahuan dari 68,4 menjadi 86,7 serta pergeseran mayoritas peserta ke kategori pengetahuan baik. Dalam konteks PkM, hasil ini menunjukkan ketercapaian tujuan capacity building pada kelompok sasaran, dengan tetap memperhatikan keterbatasan desain *one-group pre-test–post-test* dan instrumen evaluasi internal. Secara praktis, program ini dapat menjadi tahap awal untuk mengintegrasikan asesmen psikososial singkat dan respons komunikasi terapeutik ke dalam praktik keperawatan kritis. Tindak lanjut yang disarankan adalah pendampingan berkala, evaluasi retensi pengetahuan, penyempurnaan serta validasi instrumen evaluasi, dan uji penerapan panduan asesmen psikososial dalam alur kerja ICU.

Ucapan Terima Kasih

Tim pengabdian menyampaikan terima kasih kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada, mitra klinik, pengelola unit, serta seluruh perawat yang telah berpartisipasi dan mendukung pelaksanaan kegiatan.

Pendanaan

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini didanai oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dharma Husada Tahun Akademik 2025–2026.

Daftar Pustaka

1. Bulut, T. Y., Çekiç, Y., & Altay, B. (2023). The effects of spiritual care intervention on spiritual well-being, loneliness, hope and life satisfaction of intensive care unit patients. *Intensive & Critical Care Nursing*, 77, 103438. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103438>
2. Chen, R. T., Truong, M., Watterson, J. R., Burrell, A., & Wong, P. (2023). The impact of the intensive care unit family liaison nurse role on communication during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study of healthcare professionals' perspectives. *Australian Critical Care*, 36(1), 127–132. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.09.004>
3. Dees, M. L., Carpenter, J. S., & Longtin, K. (2022). Communication between registered nurses and family members of intensive care unit patients. *Critical Care Nurse*, 42(6), 25–34. <https://doi.org/10.4037/ccn2022913>
4. Digby, R., Manias, E., Haines, K. J., Orosz, J., Ihle, J., & Bucknall, T. K. (2023). Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Australian Critical Care*, 36(3), 350–360. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.003>
5. Gunnlaugsdóttir, T., Jónasdóttir, R. J., Björnsdóttir, K., & Klinké, M. E. (2024). How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100251. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100251>
6. Holm, A., Nikolajsen, L., & Dreyer, P. (2022). A multicomponent intervention to optimise nurse–patient communication in the intensive care unit: A mixed-methods acceptability and feasibility study. *Australian Critical Care*, 35(6), 616–622. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.09.008>

7. Jin, J., Son, Y.-J., Tate, J. A., & Choi, J. (2022). Challenges and learning needs of nurse-patients' family communication: Focus group interviews with intensive care unit nurses in South Korea. *Evaluation & the Health Professions*, 45(4), 411–419. <https://doi.org/10.1177/01632787221076911>
8. Johnson, G. U., Towell-Barnard, A., McLean, C., & Ewens, B. (2025). The implementation and evaluation of a family-led novel intervention for delirium prevention and management in adult critically ill patients: A mixed-methods pilot study. *Nursing in Critical Care*, 30(4), e13210. <https://doi.org/10.1111/nicc.13210>
9. Joo, Y., Han, E., & Jang, Y. (2025). Educational programs to improve nursing competency of patient- and family-centered care in intensive care units: A systematic review. *Nurse Education Today*, 151, 106699. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106699>
10. Kiwanuka, F., Sak-Dankosky, N., Alemayehu, Y. H., Nanyonga, R. C., & Kvist, T. (2022). The evidence base of nurse-led family interventions for improving family outcomes in adult critical care settings: A mixed method systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 125, 104100. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104100>
11. Larsen, M. H., Johannessen, G. I., & Heggdal, K. (2022). Nursing interventions to cover patients' basic needs in the intensive care context: A systematic review. *Nursing Open*, 9(1), 122–139. <https://doi.org/10.1002/nop2.1110>
12. Liu, H.-M., Jin, J.-Y., Zhang, Y., Gao, J.-Y., & Ji, J.-H. (2025). Effects of a narrative nursing-based humanistic care program on psychological well-being in conscious patients in the ICU. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 4809–4818. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S530638>
13. Nasrun, M. W., Kusumaningrum, P., & Mardhiyah, F. S. (2022). De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS) Versi Indonesia. (Patent No. EC00202208286).
14. Neville, T. H., Hays, R. D., Tseng, C.-H., Gonzalez, C. A., Chen, L., Hong, A., Yamamoto, M., Santoso, L., Kung, A., Schwab, K., Chang, S. Y., Qadir, N., Wang, T., & Wenger, N. S. (2022). Survival after severe COVID-19: Long-term outcomes of patients admitted to an intensive care unit. *Journal of Intensive Care Medicine*, 37(8), 1019–1028. <https://doi.org/10.1177/08850666221092687>
15. Özdemir, Ö., Yaman, Z., & Yilmaz, M. (2023). Last utterances of patients in Covid intensive care units: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 42, 106–112. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.12.005>
16. Piras, I., Piazza, M. F., Piccolo, C., Azara, A., Piana, A., Finco, G., & Galletta, M. (2022). Experiences, emotions, and health consequences among COVID-19 survivors after intensive care unit hospitalization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 6263. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106263>
17. Poursadeghi, Z., Miri, K., Hajiabadi, F., Mazloum, S. R., Malekzadeh, J., & Niazi, F. (2024). The impact of patient communication software app on facilitating communication with mechanically ventilated patients: A randomized clinical trial. *Digital Health*, 10, 20552076241299639. <https://doi.org/10.1177/20552076241299639>
18. Prats-Armon, M., Puig-Llobet, M., Eseverri-Rovira, M., Gallart, E., Téllez-Velasco, D., Sanchez-Balcells, S., Agüera, Z., El Abidi-El Ghazouani, K., Lluch-Canut, T., Hidalgo-Blanco, M. A., & Moreno-Arroyo, M. C. (2026). A multicomponent communication intervention to reduce the psycho-emotional effects of critical illness in ICU patients related to their level

- of consciousness: CONECTEM. *Journal of Clinical Medicine*, 15(3), 1154. <https://doi.org/10.3390/jcm15031154>
19. Reifarh, E., Garcia Borrega, J., & Kochanek, M. (2023). How to communicate with family members of the critically ill in the intensive care unit: A scoping review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 74, 103328. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103328>
 20. Setiawan, D. R., Kosasih, C. E., & Mirwanti, R. (2025a). Video-based communication on loneliness among verbally responsive ICU patients: A scoping review. *International Journal of Advancement in Life Sciences Research*, 8(1), 1–15. <https://doi.org/10.31632/ijalsr.2025.v08i01.001>
 21. Setiawan, D. R., Kosasih, C. E., & Mirwanti, R. (2025b). Eksplorasi dampak kesepian pada pasien di intensive care unit (ICU): Tinjauan sistematik. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 19(2), 245–253.
 22. Shin, J. W., Choi, J., & Tate, J. (2023). Interventions using digital technology to promote family engagement in the adult intensive care unit: An integrative review. *Heart & Lung*, 58, 166–178. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.12.004>
 23. Sutini, T., Emaliyawati, E., Sugiharto, F., & Abdullah, K. L. (2026). Nursing intervention to support psychological recovery among intensive care patients and their families: A systematic review with narrative synthesis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 19, Article 612598. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S612598>
 24. Torun, S., Bulmuş, E., & Bilgin, O. (2023). Evaluation of experiences of the patients discharged from the COVID-19 intensive care unit: A qualitative research. *Scientific Reports*, 13, 19577. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46818-1>
 25. Wang, G., Antel, R., & Goldfarb, M. (2023). The impact of randomized family-centered interventions on family-centered outcomes in the adult intensive care unit: A systematic review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 38(8), 690–701. <https://doi.org/10.1177/08850666231173868>
 26. Yildirim, D., Akman, O., Ozturk, S., & Yakin, O. (2024). The correlation between death anxiety, loneliness and hope levels in patients treated in the cardiac intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 29(3), 486–492. <https://doi.org/10.1111/nicc.13007>