

MENGINTEGRASIKAN TERAPI MUROTTAL KE DALAM PERAWATAN ICU: PENGALAMAN PERAWAT DALAM MENINGKATKAN KUALITAS TIDUR PASCA OPERASI

Nunung Nurhayati^a, Sinta Bela^b, Nyayu Nina Putri Calisanie^c, Ramdani Ramdani^d, Masdum Ibrahim^e

^{a,b,c,d,e}, STIKep PPNI Jawa Barat, Bandung, Indonesia

*e-mail korespondensi: nung.nunung.nurhayati.2007@gmail.com

ABSTRACT

Background: Sleep disturbance is a common problem among postoperative patients in intensive care units (ICUs), often resulting from anxiety, stress, and continuous clinical monitoring. These conditions may hinder both physical recovery and psychological well-being. Non-pharmacological approaches, such as murottal therapy (Qur'anic recitation), have the potential to promote relaxation through auditory and spiritual mechanisms. However, the implementation of this intervention in nursing practice, particularly from the nurses' perspective, remains underexplored. **Methods:** This study employed a qualitative approach with a single case study design. Data were collected through in-depth interviews with ICU nurses who had experience in administering murottal therapy and were analyzed using thematic analysis. **Results:** Three main themes were identified: (1) therapeutic intervention, (2) self-awareness, and (3) the role of nurses. Murottal therapy was applied situationally, particularly in patients experiencing anxiety, pain, and sleep disturbances. Nurses played a key role in creating a comfortable environment through holistic care and continuous monitoring. Patients' responses to the therapy were influenced by their spiritual condition and the empathy demonstrated by nurses. Despite limitations such as inadequate facilities and the absence of standardized protocols, nurses showed initiative in implementing the therapy. **Conclusion:** Murottal therapy is a promising complementary intervention for improving sleep quality among postoperative ICU patients. The integration of spiritually oriented care into critical care nursing practice requires institutional support and evidence-based guidelines to ensure consistent and effective implementation.

Keywords; Sleep Quality; Intensive Care Units; Postoperative Care; Qualitative Research; Spiritual Therapy

ABSTRAK

Latar Belakang: Gangguan tidur merupakan masalah umum pada pasien pascaoperasi di unit perawatan intensif (ICU) akibat kecemasan, stres, dan pemantauan klinis yang berkelanjutan, yang dapat menghambat pemulihan fisik dan kesejahteraan psikologis. Pendekatan non-farmakologis seperti terapi murottal (lantunan ayat suci Al-Qur'an) berpotensi memberikan efek relaksasi melalui mekanisme auditori dan spiritual. Namun, implementasi terapi ini dalam praktik keperawatan, khususnya dari perspektif perawat, masih belum banyak dikaji. **Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus tunggal. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan perawat ICU yang memiliki pengalaman dalam memberikan terapi murottal, kemudian dianalisis menggunakan analisis tematik. **Hasil:** Tiga tema utama teridentifikasi, yaitu intervensi terapeutik, kesadaran diri, dan peran perawat. Terapi murottal diterapkan secara situasional, terutama pada pasien yang mengalami kecemasan, nyeri, dan gangguan tidur. Perawat berperan dalam menciptakan lingkungan yang nyaman melalui pendekatan holistik dan pemantauan berkelanjutan. Respons pasien terhadap terapi dipengaruhi oleh kondisi spiritual serta empati perawat. Meskipun terdapat keterbatasan fasilitas dan belum adanya pedoman baku, perawat tetap menunjukkan inisiatif dalam pelaksanaannya. **Kesimpulan:** Terapi murottal merupakan intervensi komplementer yang berpotensi meningkatkan kualitas tidur pada pasien pascaoperasi di ICU. Integrasi pendekatan spiritual dalam praktik keperawatan kritis perlu didukung oleh kebijakan institusi dan pedoman berbasis bukti untuk memastikan penerapan yang konsisten dan efektif.

Kata Kunci : Kualitas Tidur, Unit Perawatan Intensif, Perawatan Pascaoperasi, Penelitian Kualitatif, Terapi spiritual



PENDAHULUAN

Gangguan tidur pada pasien yang dirawat di unit perawatan intensif (ICU) merupakan permasalahan klinis yang signifikan, namun sering kali belum menjadi prioritas utama dalam praktik perawatan kritis (Marchasson et al., 2024). Kondisi ini tidak hanya menimbulkan ketidaknyamanan, tetapi juga berdampak serius terhadap proses penyembuhan dan luaran klinis pasien pascaoperasi (Wang, 2023). Bukti ilmiah menunjukkan bahwa gangguan tidur di ICU berhubungan dengan disfungsi imun, peningkatan respons inflamasi, gangguan regulasi metabolik, penurunan fungsi kognitif, meningkatnya risiko delirium, perpanjangan durasi penggunaan ventilasi mekanik, serta peningkatan lama rawat dan biaya perawatan. Dalam jangka panjang, gangguan tidur yang persisten juga dapat menurunkan kualitas hidup pasien setelah keluar dari ICU (Fukamachi et al., 2025).

Meskipun kemajuan dalam bidang perawatan kritis terus berkembang, upaya untuk memastikan kualitas tidur pasien masih menjadi tantangan yang belum sepenuhnya teratasi (Marchasson et al., 2024). Lingkungan ICU yang kompleks, ditandai oleh paparan kebisingan, pencahayaan buatan, tindakan keperawatan yang berulang, penggunaan alat medis, serta ketidakselarasan ritme sirkadian, berkontribusi terhadap tingginya prevalensi gangguan tidur pada pasien kritis (Wang, 2023).

Urgensi permasalahan ini semakin meningkat mengingat angka kematian di ICU secara global masih tergolong tinggi, yaitu sekitar 20–25%, dan dilaporkan lebih tinggi di beberapa negara, termasuk Indonesia yang mencapai 36,5% (Nelson et al., 2025). Selain itu, pasien ICU sering mengalami tekanan psikologis berupa kecemasan, ketidakpastian, dan stres akibat kondisi penyakit yang serius serta pemantauan intensif yang berlangsung secara terus-menerus. Kondisi tersebut berkontribusi terhadap gangguan tidur dan memperburuk proses pemulihan fisik maupun psikologis (Fukamachi et al., 2025). Oleh karena itu, optimalisasi kualitas tidur perlu dipandang sebagai komponen esensial dalam

perawatan pasien kritis, bukan sekadar aspek pendukung, melainkan sebagai intervensi yang berpotensi meningkatkan keselamatan pasien, mempercepat pemulihan, dan memperbaiki luaran klinis (Matsuura et al., 2026).

Sebagai unit dengan tingkat kompleksitas tinggi ICU dirancang untuk menangani pasien dalam kondisi kritis yang memerlukan pengawasan intensif, dukungan teknologi medis canggih, serta intervensi yang berkelanjutan (Marshall et al., 2017; Marchasson et al., 2024). Dalam lingkungan seperti ini, tekanan psikologis yang dialami pasien terutama yang berkaitan dengan ketidakpastian kondisi kesehatan dan hilangnya kontrol diri dapat memperparah respons fisiologis, termasuk peningkatan tekanan darah, stres, dan gangguan tidur (Zhang et al., 2025; Marchasson et al., 2024). Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa kualitas tidur yang buruk berkaitan erat dengan lambatnya pemulihan, ketidakstabilan hemodinamik, serta peningkatan risiko mortalitas, sehingga tidur menjadi komponen penting yang belum sepenuhnya diintegrasikan dalam perawatan ICU (Wang, 2023; Marchasson et al., 2024).

Selama ini pendekatan farmakologis seperti penggunaan benzodiazepin sering digunakan untuk mengatasi gangguan tidur. Namun demikian, terapi ini tidak lepas dari risiko efek samping, seperti delirium dan ketergantungan, khususnya pada pasien kritis (Hoeven et al., 2024; Jaiswal et al., 2024).

Oleh karena itu, pendekatan non-farmakologis semakin banyak dikembangkan sebagai alternatif yang lebih aman, seperti teknik relaksasi pernapasan, imajinasi terpandu, relaksasi otot progresif, hingga terapi musik (Carrera et al., 2025; Matsuura et al., 2026). Salah satu bentuk terapi yang mulai mendapat perhatian adalah terapi murottal, yaitu mendengarkan lantunan ayat suci Al-Qur'an yang menggabungkan aspek suara dan spiritualitas. Terapi ini diyakini mampu memicu respons relaksasi melalui aktivasi hipotalamus yang merangsang pelepasan endorfin serta pengaruh terhadap sistem saraf otonom melalui amigdala,



sehingga membantu menurunkan kecemasan dan meningkatkan kenyamanan pasien (Ady et al., 2025).

Tidak hanya dari sisi fisiologis terapi murottal juga memberikan dampak pada aspek spiritual, seperti munculnya rasa tenang, berkurangnya ketakutan, serta perbaikan pola tidur. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa terapi ini berkontribusi terhadap pengendalian emosi, penurunan stres, serta perubahan respons fisiologis seperti aktivitas otot, konduktivitas kulit, dan sirkulasi darah (Ady et al., 2025). Hal ini menunjukkan bahwa terapi murottal memiliki potensi untuk dikembangkan sebagai bagian dari pendekatan komplementer dalam praktik keperawatan yang lebih holistik.

Meskipun demikian sebagian besar penelitian yang ada masih berfokus pada dampak terapi terhadap pasien, sementara proses penerapannya dalam praktik klinis sehari-hari terutama di lingkungan ICU masih belum banyak dieksplorasi. Sepengetahuan kami, kajian yang secara khusus mengangkat pengalaman perawat dalam memberikan terapi murottal masih terbatas, padahal perawat memiliki peran sentral dalam mengintegrasikan intervensi komplementer, termasuk yang berbasis spiritual, ke dalam asuhan keperawatan. Kesenjangan ini penting untuk dikaji lebih lanjut, karena pemahaman terhadap pengalaman perawat dapat membantu menjembatani antara hasil penelitian dan praktik klinis yang kontekstual serta berkelanjutan.

Penelitian ini berlandaskan Role Theory (Biddle & Thomas) yang memandang perawat sebagai pihak yang aktif dalam memberikan intervensi, sementara pasien sebagai penerima dalam suatu interaksi sosial yang terstruktur (Li et al., 2026). Dalam konteks ICU, peran perawat tidak hanya terbatas pada aspek fisik, tetapi juga mencakup dimensi psikologis, sosial, dan spiritual. Selain itu, Model Adaptasi Roy digunakan untuk menjelaskan bahwa pasien merupakan sistem adaptif yang terus merespons berbagai rangsangan dari lingkungan. Dalam hal ini, terapi murottal dapat dipandang sebagai stimulus positif yang

mendukung proses adaptasi pasien melalui mekanisme fisiologis (regulator) dan psikologis (cognator) (Hosseini & Soltanian, 2022).

Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam menerapkan terapi murottal sebagai upaya meningkatkan kualitas tidur pada pasien pascaoperasi di ICU. Dengan menitikberatkan pada perspektif perawat, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi berupa bukti berbasis praktik dalam mendukung integrasi terapi komplementer berbasis spiritual dalam keperawatan kritis.

METODE

Desain dan Pengaturan

Penelitian ini dirancang dengan pendekatan kualitatif melalui studi kasus tunggal untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai pengalaman perawat dalam mengimplementasikan terapi murottal sebagai upaya meningkatkan kualitas tidur pasien pascaoperasi di unit perawatan intensif (ICU). Pendekatan ini dipilih karena mampu menangkap dinamika pengalaman subjektif serta praktik klinis yang berlangsung dalam situasi nyata, khususnya pada lingkungan dengan tingkat kompleksitas dan tekanan tinggi seperti ICU (Hosseini & Soltanian, 2022).

Pelaksanaan penelitian dilakukan di ruang ICU salah satu rumah sakit di Bandung, Indonesia, yang menangani pasien pascaoperasi dengan kondisi kritis melalui pemantauan intensif dan intervensi klinis berkelanjutan (Zhang et al., 2024). Untuk memastikan keteralihan (transferability) temuan, peneliti menyajikan deskripsi yang komprehensif mengenai konteks penelitian, karakteristik lingkungan, serta profil partisipan. Penyajian ini dimaksudkan agar pembaca dapat menilai kesesuaian dan kemungkinan penerapan hasil penelitian pada konteks klinis lain yang sejenis.

Pengambilan sampel dan ukuran sampel

Pemilihan partisipan dalam penelitian ini dilakukan melalui teknik purposive sampling, dengan mempertimbangkan kesesuaian



terhadap kriteria inklusi serta kemampuan individu untuk memberikan informasi yang kaya dan berbasis pengalaman sesuai dengan tujuan penelitian (Etikan et al., 2016). Partisipan yang terlibat adalah seorang perawat ICU yang telah memiliki pengalaman langsung dalam mengaplikasikan terapi murottal pada pasien pascaoperasi. Perawat yang telah menerapkan intervensi tersebut dalam praktik klinis dimasukkan sebagai partisipan, sementara mereka yang belum memiliki pengalaman terkait tidak dilibatkan dalam penelitian ini.

Dalam penelitian kualitatif dengan desain studi kasus, jumlah partisipan umumnya terbatas, karena fokus utama penelitian terletak pada kedalaman pemahaman, konteks pengalaman, serta makna yang dihasilkan dari data, bukan pada generalisasi statistik (Malterud et al., 2016). Oleh karena itu, kecukupan sampel dalam penelitian ini tidak ditentukan oleh jumlah, melainkan oleh sejauh mana partisipan mampu menyampaikan pengalaman secara rinci, reflektif, dan relevan dengan fenomena yang dikaji (Malterud et al., 2016).

Pengukuran (Instrumen Pengumpulan Data)

Data penelitian diperoleh melalui wawancara semi-terstruktur dengan menggunakan panduan yang disusun untuk menelusuri secara komprehensif pengalaman, pandangan, serta praktik perawat dalam pelaksanaan terapi murottal. Metode wawancara ini memberikan keseimbangan antara arah pertanyaan yang terfokus dan fleksibilitas bagi partisipan untuk mengemukakan pengalaman mereka secara lebih luas dan mendalam (Kallio et al., 2016).

Panduan wawancara dirancang untuk mencakup beberapa aspek utama, termasuk pengalaman langsung perawat dalam memberikan terapi murottal, penilaian terhadap manfaat atau efektivitas terapi, hambatan yang muncul selama proses pelaksanaan, serta strategi yang dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut. Selain itu, eksplorasi juga mencakup pertimbangan klinis yang mendasari pemilihan terapi murottal pada pasien pascaoperasi dengan

gangguan tidur. Pendekatan ini banyak digunakan dalam penelitian kualitatif di bidang kesehatan karena mampu menghasilkan data yang kaya, reflektif, dan kontekstual terkait praktik profesional (Kallio et al., 2016).

Untuk menjamin kredibilitas data, penyusunan panduan wawancara diarahkan agar mampu mendorong partisipan melakukan refleksi mendalam terhadap pengalaman yang mereka miliki. Selama proses wawancara, peneliti juga menggunakan teknik probing melalui pertanyaan lanjutan untuk memperjelas dan memperkaya informasi yang diberikan. Dengan cara ini, data yang diperoleh tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga memberikan pemahaman yang lebih utuh terhadap perspektif partisipan (Nowell et al., 2017).

Prosedur / Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara tatap muka dengan pendekatan semi-terstruktur kepada partisipan yang telah ditentukan. Sebelum proses wawancara berlangsung, partisipan terlebih dahulu diberikan penjelasan yang komprehensif mengenai tujuan penelitian, tahapan yang akan dijalani, serta jaminan perlindungan etika, kemudian dilanjutkan dengan penandatanganan lembar persetujuan. Seluruh sesi wawancara direkam dengan persetujuan partisipan, berdurasi sekitar 20 hingga 30 menit, dan selanjutnya ditranskripsikan secara lengkap untuk keperluan analisis. Pendekatan ini memungkinkan data yang diperoleh tetap akurat dan utuh, sehingga dapat meningkatkan kepercayaan terhadap temuan penelitian (Nowell et al., 2017).

Selain itu peneliti juga menyusun catatan lapangan secara sistematis dan mencatat berbagai aspek kontekstual yang muncul selama maupun setelah proses wawancara. Catatan ini berfungsi sebagai bagian dari audit trail yang mendukung transparansi serta konsistensi dalam proses analisis data (Nowell et al., 2017). Untuk menjaga objektivitas, peneliti berupaya mengendalikan potensi bias dengan tetap mengikuti kerangka



panduan wawancara, namun tetap memberikan keleluasaan bagi partisipan untuk menyampaikan pengalaman mereka secara bebas dan reflektif (Elo et al., 2014).

Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini dilakukan dengan mengacu pada metode fenomenologis Colaizzi, yang menyediakan kerangka kerja sistematis untuk mengidentifikasi, mengelompokkan, dan menafsirkan makna dari pengalaman yang disampaikan oleh partisipan (Nowell et al., 2017). Tahapan analisis diawali dengan pembacaan transkrip secara berulang guna memperoleh pemahaman yang utuh terhadap data. Selanjutnya, peneliti menyeleksi pernyataan-pernyataan yang memiliki relevansi dengan fokus penelitian, kemudian mengembangkan makna dari pernyataan tersebut dan mengorganisasikannya ke dalam tema-tema yang mencerminkan pola pengalaman partisipan. Setelah itu, hasil tematik disusun dalam bentuk deskripsi yang komprehensif, yang kemudian dibandingkan kembali dengan data asli untuk memastikan kesesuaian interpretasi. Pendekatan ini banyak digunakan dalam penelitian kualitatif di bidang kesehatan karena mampu menghasilkan analisis yang mendalam sekaligus terstruktur (Elo et al., 2014).

Untuk menjamin konsistensi dan keandalan proses analisis, setiap langkah yang dilakukan didokumentasikan secara sistematis. Hal ini memungkinkan keterlacakan hubungan antara data mentah, proses pengkodean, pembentukan kategori, hingga perumusan tema akhir. Selain itu, untuk memperkuat aspek konfirmabilitas, seluruh interpretasi didasarkan pada data asli partisipan, dan setiap keputusan analitik dicatat secara transparan guna memastikan bahwa temuan yang dihasilkan benar-benar merepresentasikan pengalaman partisipan, bukan dipengaruhi oleh asumsi peneliti (Nowell et al., 2017).

Sebagai bagian dari upaya menjaga ketepatan hasil, peneliti juga melakukan peninjauan ulang terhadap transkrip asli, sehingga interpretasi yang dihasilkan tetap

selaras dengan narasi yang disampaikan oleh partisipan (Elo et al., 2014).

Ketelitian / Kepercayaan

Kualitas keabsahan data dalam penelitian ini dijaga dengan merujuk pada kerangka trustworthiness yang meliputi empat aspek utama, yaitu kredibilitas, dependabilitas, konfirmabilitas, dan transferabilitas sebagaimana dikemukakan oleh Lincoln dan Guba (1985). Kredibilitas diperkuat melalui proses transkripsi data secara verbatim, penelaahan berulang terhadap data, serta upaya menjaga keselarasan antara hasil interpretasi dan makna yang disampaikan langsung oleh partisipan selama proses analisis.

Untuk menjamin dependabilitas, seluruh tahapan penelitian didokumentasikan secara sistematis, mencakup proses pengambilan keputusan metodologis maupun langkah-langkah analisis yang dilakukan. Dokumentasi ini membentuk audit trail yang memungkinkan proses penelitian dapat ditelusuri dan dievaluasi secara transparan. Di sisi lain, konfirmabilitas dijaga dengan memastikan bahwa setiap interpretasi yang dihasilkan benar-benar berakar pada data empiris, disertai refleksi kritis peneliti guna meminimalkan potensi bias subjektif.

Adapun transferabilitas dicapai dengan menyajikan uraian yang komprehensif mengenai konteks penelitian, karakteristik partisipan, serta kondisi lingkungan klinis tempat penelitian dilakukan. Dengan demikian, pembaca memiliki dasar yang cukup untuk menilai relevansi dan kemungkinan penerapan temuan pada konteks ICU yang serupa (Nowell et al., 2017).

Pertimbangan Etis

Pertimbangan etis dalam penelitian ini diterapkan secara komprehensif untuk memastikan bahwa keterlibatan partisipan berlangsung secara sukarela, kerahasiaan informasi tetap terjaga, serta hak-hak partisipan terlindungi sepanjang proses penelitian. Sebelum pelaksanaan wawancara, partisipan diberikan penjelasan yang lengkap terkait tujuan penelitian, bentuk partisipasi yang diharapkan, kebebasan untuk mengundurkan diri kapan pun tanpa



konsekuensi, serta langkah-langkah yang dilakukan untuk menjaga privasi mereka. Setelah memperoleh pemahaman yang memadai, partisipan kemudian menyatakan persetujuan melalui penandatanganan informed consent.

Upaya menjaga kerahasiaan dilakukan dengan menghilangkan seluruh informasi identitas pribadi dalam proses transkripsi maupun pelaporan hasil penelitian, sehingga data yang disajikan tidak dapat dihubungkan kembali dengan individu tertentu. Prinsip ini merupakan bagian penting dalam menjamin integritas penelitian kualitatif sekaligus melindungi partisipan dari potensi risiko.

Lebih lanjut penelitian ini juga menempatkan sensitivitas etis sebagai aspek utama, mengingat data yang dikumpulkan berkaitan dengan pengalaman profesional dalam lingkungan klinis. Oleh karena itu, peneliti berupaya menjaga keseimbangan antara kebutuhan untuk memperoleh data yang mendalam dengan kewajiban untuk menghormati privasi dan otonomi partisipan secara optimal dengan No ETIK : III/099.1/KEPK-SLE/STIKEP/PPNI/JABAR/VIII/2025.

HASIL

Karakteristik Peserta

Studi ini melibatkan satu orang partisipan dalam kerangka penelitian studi kasus kualitatif. Partisipan adalah seorang perawat ICU perempuan (kode P1) berusia 45 tahun yang memiliki pengalaman kerja klinis sekitar dua dekade di lingkungan rumah sakit. Proses wawancara dilakukan pada bulan Mei 2025 di ruang ICU sebuah rumah sakit di Bandung, Indonesia, dengan durasi kurang lebih 20 menit.

Partisipan dipilih karena memiliki pengalaman langsung dalam pelaksanaan terapi murottal pada pasien pascaoperasi, sehingga sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Latar belakang pengalaman klinis yang panjang memungkinkan partisipan memberikan uraian yang kaya, mendalam, dan kontekstual, yang selaras dengan tujuan penelitian.

Tinjauan Temuan (Hasil Utama: Pengalaman Perawat)

Analisis data wawancara menghasilkan tiga tema menyeluruh, sepuluh kategori, dan beberapa unit pengkodean yang mencerminkan pengalaman perawat dalam menerapkan terapi murottal di lingkungan ICU. Ketiga tema tersebut adalah:

1. Intervensi Terapeutik
2. Kesadaran Diri
3. Peran Keperawatan

Ringkasan tema dan kategori disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1 Tema dan Kategori Pengalaman Perawat dalam Menerapkan Terapi Murottal

Tema	Kategori
Intervensi Terapeutik	Implementasi terapi murottal situasional; Persiapan sebelum terapi; Efek terapeutik yang dirasakan
Kesadaran Diri	Respons spiritual pasien; Kesadaran dan keterlibatan perawat
Peran Keperawatan	Kendala sumber daya; Tidak adanya prosedur standar; Perspektif perawat; Strategi adaptif; Ekspektasi untuk SOP

Tema 1: Intervensi Terapeutik

Dalam praktik keperawatan di ICU, terapi murottal dikenali sebagai salah satu bentuk intervensi yang digunakan, meskipun penerapannya belum diatur dalam prosedur baku maupun dijalankan secara terjadwal. Pelaksanaan terapi ini bersifat fleksibel dan biasanya diberikan sesuai kondisi pasien, terutama ketika muncul gejala seperti kecemasan, nyeri, kegelisahan, atau kesulitan tidur, khususnya pada malam hari.

Sebelum intervensi dilakukan, perawat menyiapkan pasien dengan memastikan

kenyamanan fisik terlebih dahulu. Persiapan ini mencakup penyesuaian posisi tubuh serta pemantauan kondisi fisiologis melalui tanda-tanda vital, dengan tujuan mendukung kesiapan pasien dalam menerima terapi secara optimal.

Berdasarkan pengalaman yang disampaikan, terapi murottal menunjukkan efek menenangkan yang dapat diamati selama proses perawatan. Pasien tampak lebih rileks dan mengalami penurunan tingkat kegelisahan, meskipun rasa nyeri tidak sepenuhnya hilang. Dengan demikian, terapi ini dipahami sebagai pendekatan non-farmakologis komplementer yang dapat memberikan manfaat simultan dalam mengatasi kecemasan, nyeri, serta gangguan tidur.

Tema 2: Kesadaran Diri

Respons pasien terhadap terapi murottal tampak tidak seragam dan cenderung dipengaruhi oleh kondisi spiritual serta kedekatan individu dengan praktik keagamaan. Pasien yang memiliki tingkat religiositas lebih tinggi umumnya menunjukkan respons yang lebih positif, ditandai dengan munculnya rasa tenang dan peningkatan kenyamanan. Sebaliknya, pada sebagian pasien lainnya, efek yang dirasakan relatif minimal atau tidak menunjukkan perubahan yang signifikan.

Variasi serupa juga terlihat pada tingkat keterlibatan perawat dalam penerapan terapi ini. Beberapa perawat secara aktif mengintegrasikan terapi murottal dalam asuhan keperawatan, sementara sebagian lainnya belum menjadikannya sebagai prioritas dalam praktik sehari-hari. Selain itu, terapi ini dinilai memerlukan waktu dan perhatian yang cukup besar, termasuk pemantauan secara terus-menerus, sehingga hal tersebut dapat memengaruhi keberlanjutan dan konsistensi penerapannya di lingkungan klinis.

Tema 3: Peran Keperawatan

Dalam praktik pelaksanaannya, beberapa hambatan terkait terapi murottal berhasil diidentifikasi. Keterbatasan fasilitas menjadi salah satu kendala utama, termasuk belum tersedianya perangkat audio yang memadai

serta masalah teknis seperti perangkat yang tidak selalu siap digunakan akibat keterbatasan daya. Di samping itu, belum adanya prosedur operasional standar (SOP) yang jelas turut menyebabkan variasi dalam cara terapi ini diterapkan oleh perawat.

Meskipun menghadapi berbagai keterbatasan, perawat tetap menunjukkan upaya adaptif dengan memanfaatkan sumber daya yang tersedia, termasuk penggunaan perangkat pribadi seperti telepon seluler maupun laptop untuk mendukung pelaksanaan terapi. Partisipan juga berpandangan bahwa terapi murottal seharusnya tidak hanya diberikan ketika pasien mengalami keluhan tertentu, tetapi dapat diterapkan secara lebih luas, terutama pada waktu istirahat, sebagai bagian dari upaya meningkatkan kenyamanan pasien secara preventif.

Selain itu muncul harapan yang kuat terhadap tersusunnya pedoman formal dalam bentuk SOP yang berbasis bukti. Keberadaan panduan tersebut dinilai penting untuk memastikan konsistensi pelaksanaan terapi serta mendukung integrasi terapi murottal secara lebih sistematis dalam praktik asuhan keperawatan di ICU.

Ringkasan Temuan Utama

Secara umum, pengalaman perawat menunjukkan bahwa terapi murottal dipersepsikan sebagai intervensi komplementer yang memiliki potensi manfaat dalam praktik klinis. Meskipun demikian, penerapannya di lapangan masih belum berlangsung secara konsisten maupun terstandarisasi, dan cenderung bergantung pada inisiatif individu serta situasi yang berkembang selama perawatan.

Pelaksanaan terapi ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, di antaranya kondisi spiritual pasien, tingkat keterlibatan perawat, ketersediaan sarana pendukung, serta belum tersedianya pedoman institusional yang jelas. Hal ini mengindikasikan bahwa, meskipun terapi murottal memiliki peluang untuk diintegrasikan ke dalam asuhan keperawatan, implementasinya masih memerlukan dukungan sistem yang lebih terstruktur agar

dapat diterapkan secara lebih optimal dan berkelanjutan.

PEMBAHASAN

Penelitian ini difokuskan pada upaya memahami secara mendalam pengalaman perawat dalam penggunaan terapi murottal untuk meningkatkan kualitas tidur pasien pascaoperasi di ICU. Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi murottal dipersepsikan sebagai salah satu intervensi non-farmakologis yang memiliki potensi manfaat dalam praktik keperawatan. Namun demikian, penerapannya masih belum berlangsung secara konsisten dan cenderung bergantung pada kondisi tertentu, termasuk inisiatif individu perawat, latar belakang spiritual pasien, serta tingkat dukungan dari institusi pelayanan kesehatan.

Tiga tema utama yang saling berkaitan berhasil diidentifikasi, yaitu intervensi terapeutik, kesadaran diri, dan peran keperawatan. Temuan ini mengindikasikan bahwa penggunaan terapi murottal dalam konteks ICU tidak hanya dipahami sebagai tindakan klinis semata, tetapi juga mencerminkan praktik yang melibatkan dimensi relasional, dipengaruhi oleh konteks situasional, serta tidak terlepas dari dinamika organisasi dalam lingkungan kerja (Edmiston et al., 2023).

Interpretasi temuan

Temuan utama penelitian ini menunjukkan bahwa terapi murottal belum menjadi bagian dari intervensi rutin, melainkan lebih sering diterapkan secara responsif sesuai kondisi klinis pasien, seperti ketika muncul kecemasan, nyeri, kegelisahan, atau gangguan tidur. Pola ini dapat dipahami dalam konteks praktik ICU yang bersifat dinamis dan berfokus pada stabilisasi kondisi fisiologis, sehingga intervensi non-farmakologis cenderung diberikan berdasarkan pertimbangan klinis perawat pada saat tertentu. Dalam praktiknya, terapi murottal lebih berfungsi sebagai intervensi suportif yang fleksibel dan berbasis inisiatif perawat, dibandingkan sebagai komponen standar dalam manajemen tidur pascaoperasi. Ketiadaan pedoman formal juga berkontribusi

pada variasi praktik, sehingga keputusan implementasi sangat bergantung pada pengalaman klinis serta penilaian situasional di bedside. Dengan demikian, efektivitas terapi murottal tidak hanya ditentukan oleh intervensi itu sendiri, tetapi juga oleh konteks klinis tempat terapi tersebut diterapkan (Yeghiazarians et al., 2021).

Efek relaksasi yang diamati seperti penurunan kegelisahan dan peningkatan kenyamanan pasien, dapat dijelaskan melalui kombinasi mekanisme fisiologis dan psikososial. Secara fisiologis, stimulus auditori yang bersifat ritmis dan menenangkan berpotensi menurunkan aktivasi sistem saraf otonom, sehingga mendukung kondisi relaksasi dan kesiapan tidur. Sementara itu, dari sisi psikososial dan spiritual, lantunan Al-Qur'an dapat memberikan rasa familiaritas, ketenangan emosional, serta makna spiritual, terutama bagi pasien dengan keterikatan religius yang kuat. Dalam kondisi pascaoperasi yang kompleks, di mana nyeri, kecemasan, dan ketidakpastian sering terjadi bersamaan, intervensi yang mampu menjangkau aspek emosional dan spiritual sekaligus menjadi sangat relevan. Fakta bahwa pasien tetap merasa lebih nyaman meskipun nyeri belum sepenuhnya teratasi menunjukkan bahwa manfaat terapi ini kemungkinan lebih berkaitan dengan kemampuan membantu pasien mengelola stres dan mentoleransi ketidaknyamanan, dibandingkan sebagai analgesik langsung (Seyffert et al., 2022).

Variasi respons pasien terhadap terapi murottal juga menjadi temuan penting. Efektivitas intervensi ini tampaknya tidak bersifat universal, melainkan dipengaruhi oleh latar belakang spiritual dan tingkat familiaritas pasien terhadap praktik keagamaan tersebut. Pasien dengan tingkat religiositas yang lebih tinggi cenderung mengalami manfaat yang lebih besar, karena terapi murottal tidak hanya dipersepsikan sebagai stimulus suara, tetapi juga sebagai pengalaman spiritual yang bermakna. Sebaliknya, pada pasien yang kurang memiliki kedekatan dengan praktik tersebut, efek yang dirasakan relatif lebih terbatas. Hal



ini menegaskan bahwa terapi murottal perlu diposisikan sebagai intervensi yang bersifat individual, dengan mempertimbangkan nilai, preferensi, dan kesiapan masing-masing pasien (Koenig, 2012).

Selain faktor pasien keterlibatan perawat dalam implementasi terapi juga menunjukkan variasi. Perbedaan ini kemungkinan dipengaruhi oleh keyakinan pribadi, orientasi terhadap perawatan holistik, beban kerja, serta persepsi terhadap relevansi intervensi berbasis spiritual dalam lingkungan ICU yang cenderung berfokus pada aspek biomedis. Terapi murottal yang membutuhkan waktu dan perhatian berkelanjutan cenderung lebih mudah diterapkan oleh perawat yang memiliki komitmen terhadap pendekatan holistik, dibandingkan dengan mereka yang bekerja dalam kerangka praktik yang lebih teknis dan berorientasi tugas. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi terapi tidak hanya ditentukan oleh kebutuhan pasien, tetapi juga oleh bagaimana perawat memaknai peran profesional mereka dalam memenuhi kebutuhan emosional dan spiritual pasien (Almenyan et al., 2021).

Di sisi lain hambatan yang ditemukan seperti keterbatasan fasilitas, belum adanya SOP, serta minimnya dukungan institusi menunjukkan bahwa tantangan implementasi tidak hanya bersifat individual, tetapi juga struktural. Penggunaan perangkat pribadi oleh perawat mencerminkan adanya inisiatif yang kuat, namun sekaligus mengindikasikan bahwa praktik yang berlangsung masih bersifat informal dan belum terintegrasi dalam sistem pelayanan. Ketergantungan pada inisiatif individu berpotensi menyebabkan ketidakkonsistenan serta ketimpangan dalam pelayanan. Oleh karena itu, temuan ini menggarisbawahi bahwa terbatasnya penerapan terapi murottal bukan semata-mata disebabkan oleh kurangnya kesadaran, tetapi juga berkaitan dengan kesiapan organisasi dalam mendukung integrasi intervensi berbasis spiritual secara sistematis dan berkelanjutan (Ayoubian et al., 2020).

Perbandingan dengan studi dan teori sebelumnya

Hasil penelitian ini pada dasarnya menguatkan temuan sebelumnya yang menunjukkan bahwa terapi murottal berpotensi meningkatkan rasa nyaman, menurunkan kecemasan, serta mendukung kualitas tidur yang lebih baik. Beberapa studi terdahulu juga menegaskan bahwa penerapan yang konsisten dapat memperbesar manfaat terapeutik, khususnya dalam memfasilitasi relaksasi dan pemulihan tidur. Namun demikian, kontribusi utama penelitian ini terletak pada pergeseran fokus dari sekadar luaran klinis pasien menuju pemahaman yang lebih mendalam mengenai proses implementasi terapi dalam praktik keperawatan ICU. Dengan demikian, penelitian ini tidak hanya menegaskan potensi manfaat terapi murottal, tetapi juga mengungkap alasan mengapa praktik tersebut masih belum diterapkan secara konsisten, meskipun telah dipersepsikan sebagai intervensi yang bermanfaat (Niet et al., 2009).

Dari perspektif teoretis temuan ini dapat dijelaskan melalui Role Theory yang menempatkan perawat sebagai agen aktif dalam praktik klinis. Dalam konteks ini, perawat tidak hanya menjalankan prosedur secara rutin, melainkan melakukan pertimbangan klinis dan relasional untuk menentukan waktu serta pendekatan yang tepat dalam merespons kondisi pasien. Hal ini menunjukkan bahwa peran perawat melampaui fungsi teknis, mencakup kemampuan untuk menciptakan rasa nyaman, menilai kesiapan pasien, serta memfasilitasi intervensi yang memiliki makna emosional dan spiritual (McCance & McCormack, 2025).

Selain itu Model Adaptasi Roy memberikan kerangka yang relevan untuk memahami bagaimana terapi murottal berkontribusi terhadap proses pemulihan. Lingkungan ICU yang sarat dengan stimulus intens seperti nyeri, kecemasan, kebisingan, dan ketidakpastian dapat memicu respons stres yang kompleks. Dalam kondisi tersebut, terapi murottal dapat berperan sebagai stimulus adaptif yang membantu pasien menyeimbangkan respons fisiologis dan emosionalnya. Oleh karena itu, efek menenangkan yang diamati tidak hanya



mencerminkan pengurangan gejala, tetapi juga menunjukkan adanya peningkatan kemampuan adaptasi pasien terhadap stresor yang dihadapi (McEwen, 2026).

Temuan ini juga dapat dipahami melalui perspektif teori caring Watson, khususnya yang menekankan pentingnya kesadaran, empati, dan kehadiran terapeutik perawat. Variasi dalam penerapan terapi murottal menunjukkan bahwa praktik caring tidak hanya bersifat konseptual, tetapi memiliki implikasi langsung terhadap implementasi intervensi berbasis spiritual. Hal ini mengindikasikan bahwa keberhasilan terapi murottal tidak semata ditentukan oleh karakteristik intervensi itu sendiri, tetapi juga oleh kualitas hubungan terapeutik yang terbangun antara perawat dan pasien. Dengan demikian, terapi murottal lebih tepat dipahami sebagai bagian dari praktik keperawatan holistik yang lebih luas, di mana dimensi relasional memainkan peran yang penting dalam mendukung efektivitas intervensi (Wei & Watson, 2019).

Implikasi untuk praktik, pendidikan, kebijakan, dan teori

Dari sudut pandang praktik klinis hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa terapi murottal berpotensi digunakan sebagai intervensi komplementer untuk meningkatkan kenyamanan dan kualitas tidur pasien pascaoperasi di ICU, khususnya pada pasien yang memiliki keterbukaan terhadap pendekatan spiritual. Namun demikian, agar penerapannya tidak bersifat sporadis, terapi ini perlu diintegrasikan ke dalam praktik keperawatan yang lebih sistematis, bukan hanya bergantung pada inisiatif individu. Upaya tersebut dapat meliputi penentuan waktu intervensi yang sesuai, penilaian kelayakan pasien, pencatatan respons terapi, serta integrasi dengan rencana asuhan keperawatan yang berfokus pada manajemen tidur (Tonna et al., 2021).

Dalam ranah pendidikan keperawatan temuan ini menyoroti pentingnya penguatan kompetensi dalam pendekatan perawatan yang holistik dan sensitif terhadap dimensi spiritual. Perawat, terutama yang bekerja di ICU, perlu dibekali tidak hanya dengan

pemahaman mengenai manfaat terapi murottal, tetapi juga keterampilan dalam mengidentifikasi kebutuhan spiritual pasien, memperoleh persetujuan secara etis, serta mengaplikasikan intervensi tersebut dalam kerangka praktik berbasis bukti. Selain itu, pendekatan individual perlu ditekankan, mengingat respons pasien terhadap terapi ini tidak seragam dan dipengaruhi oleh faktor personal (Yuan et al., 2021).

Dari perspektif kebijakan dan manajemen layanan kesehatan, ketiadaan standar operasional serta keterbatasan fasilitas menunjukkan perlunya penguatan dukungan institusional. Fasilitas pelayanan kesehatan yang ingin mengadopsi terapi komplementer berbasis spiritual dalam perawatan ICU perlu menyusun protokol berbasis bukti, menyediakan sarana pendukung yang memadai seperti perangkat audio, serta menetapkan pedoman etis dan prosedural yang jelas. Dukungan pada tingkat organisasi ini menjadi penting agar terapi murottal dapat berkembang dari praktik yang bersifat individual menjadi bagian dari pelayanan yang terstruktur dan berkelanjutan (Damschroder et al., 2009).

Secara konseptual hasil penelitian ini juga memperkuat relevansi Role Theory dan Model Adaptasi Roy dalam memahami peran perawat sebagai mediator dalam menghadirkan stimulus suportif di lingkungan perawatan kritis. Lebih jauh, temuan ini menunjukkan bahwa pengembangan teori ke depan terkait intervensi peningkatan kualitas tidur di ICU perlu mempertimbangkan integrasi antara aspek spiritual, relasional, dan konteks lingkungan, alih-alih memandangnya sebagai komponen yang terpisah dalam praktik keperawatan.

Rekomendasi Penelitian Selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan untuk melibatkan jumlah partisipan yang lebih besar dan dilakukan di berbagai setting ICU guna menguji keberlakuan temuan ini dalam konteks institusi serta karakteristik pasien yang beragam. Selain itu, penelitian yang menggabungkan sudut pandang perawat dan pasien akan memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai bagaimana



terapi murottal dipersepsikan, diimplementasikan, dan dimaknai dalam praktik klinis.

Penggunaan desain metode campuran maupun studi intervensi juga penting untuk mengevaluasi efektivitas penerapan protokol terapi murottal yang terstandar terhadap berbagai luaran klinis yang dapat diukur, seperti kualitas tidur, tingkat kecemasan, intensitas nyeri, serta lama perawatan pasien.

Di samping itu penelitian di masa depan perlu mengkaji lebih dalam terkait tingkat penerimaan, aspek kelayakan, serta pertimbangan etis dalam penerapan terapi murottal sebagai bagian dari standar pelayanan, baik pada pasien ICU pascaoperasi maupun kelompok pasien lainnya. Pendekatan ini diharapkan dapat mendorong pergeseran dari bukti yang bersifat deskriptif berbasis pengalaman menuju bukti yang lebih kuat, sistematis, dan siap diimplementasikan dalam praktik keperawatan klinis.

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa terapi murottal tidak sekadar berperan sebagai intervensi tambahan, tetapi juga sebagai praktik yang bersifat relasional dan sangat dipengaruhi oleh konteks klinis. Penerapannya dipengaruhi oleh pertimbangan klinis perawat, kesiapan serta penerimaan spiritual pasien, dan dukungan dari sistem institusi. Dengan demikian, keberhasilan terapi murottal di lingkungan ICU tidak hanya ditentukan oleh aspek auditori atau spiritualnya, tetapi juga oleh bagaimana intervensi tersebut disampaikan melalui pendekatan keperawatan yang empatik, penuh perhatian, dan berorientasi holistik.

Signifikansi temuan ini terletak pada kemampuannya mengungkap kesenjangan antara manfaat terapi murottal yang telah dirasakan dengan penerapannya yang masih belum konsisten dalam praktik klinis. Hal ini menunjukkan bahwa integrasi terapi murottal dalam perawatan ICU tidak dapat hanya mengandalkan inisiatif individu, tetapi memerlukan dukungan yang terstruktur, legitimasi dalam praktik klinis, serta kesesuaian dengan prinsip keperawatan

holistik. Dalam konteks yang lebih luas, penelitian ini memperkaya pemahaman mengenai bagaimana intervensi berbasis spiritual dapat diintegrasikan secara bermakna dalam lingkungan perawatan kritis yang selama ini lebih menekankan aspek fisiologis.

Ke depan diperlukan pergeseran dari praktik yang bersifat ad hoc menuju pendekatan yang lebih sistematis dan berbasis bukti. Langkah ini mencakup pengembangan protokol standar, penguatan kapasitas tenaga keperawatan dalam aspek perawatan spiritual, serta pengujian efektivitas terapi murottal pada berbagai populasi pasien dan setting klinis yang beragam.

Secara keseluruhan studi ini menegaskan bahwa terapi murottal memiliki potensi sebagai intervensi holistik yang relevan secara budaya dalam mendukung kenyamanan dan kualitas tidur pasien ICU. Temuan ini menjadi landasan bagi pengembangan praktik keperawatan yang lebih terintegrasi, sekaligus membuka peluang bagi penelitian selanjutnya untuk mengevaluasi implementasi yang lebih terstruktur dalam kerangka perawatan kritis berbasis bukti.

Keterbatasan Studi

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam memahami hasil yang diperoleh. Pertama, penggunaan satu partisipan menyebabkan keterbatasan dalam variasi perspektif, sehingga temuan yang dihasilkan mungkin belum mencerminkan pengalaman perawat secara lebih luas di berbagai konteks ICU. Kedua, data yang dikumpulkan berasal dari pengalaman subjektif partisipan, sehingga berpotensi dipengaruhi oleh bias, baik yang berkaitan dengan ingatan maupun interpretasi individu. Ketiga, penelitian ini dilaksanakan dalam konteks institusi dan budaya tertentu, di mana praktik spiritual seperti terapi murottal relatif lebih familiar, sehingga penerapan temuan pada setting dengan latar belakang budaya berbeda perlu dipertimbangkan secara hati-hati. Selain itu, pendekatan studi kasus kualitatif yang digunakan tidak memungkinkan penarikan kesimpulan sebab-akibat terkait efektivitas intervensi.



Meskipun terdapat keterbatasan tersebut, penelitian ini tetap memberikan kontribusi yang bermakna melalui penyajian pemahaman yang mendalam dan kontekstual mengenai penerapan terapi murottal dalam praktik keperawatan ICU. Penelitian selanjutnya yang melibatkan jumlah partisipan yang lebih besar, dilakukan di berbagai setting, serta mengombinasikan pendekatan kualitatif dan kuantitatif diharapkan dapat memperkuat dasar bukti yang ada, sekaligus meningkatkan generalisasi dan relevansi temuan bagi praktik klinis.

Saran

Terapi murottal berpotensi diintegrasikan sebagai intervensi komplementer dalam perawatan pasien pascaoperasi di ICU melalui pengembangan prosedur operasional standar (SOP) berbasis bukti, penyediaan sarana pendukung yang memadai, serta pelatihan perawat mengenai perawatan spiritual yang holistik. Penelitian selanjutnya disarankan melibatkan partisipan yang lebih beragam, dilakukan di berbagai setting ICU, dan menggunakan desain mixed methods atau studi intervensi untuk mengevaluasi efektivitas terapi murottal terhadap kualitas tidur, kecemasan, nyeri, dan luaran klinis lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ady, M., Yosep, I., Pramukti, I., & Surya, A. (2025). International Journal of Africa Nursing Sciences The effectiveness of Quranic audio therapy in reducing occupational stress among ICU and ED nurses , Jember , Indonesia : a multiple case study. International Journal of Africa Nursing Sciences, 23(August), 100903. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2025.100903>
- Almenyan, A. A., Albuduh, A., & Al-abbas, F. (2021). Effect of Nursing Workload in Intensive Care Units. 13(1), 1–5. <https://doi.org/10.7759/cureus.12674>
- Ayoubian, A., Nasiripour, A. A., Tabibi, S. J., & Bahadori, M. (2020). Evaluation of Facilitators and Barriers to Implementing Evidence-Based Practice in the Health Services : A Systematic Review. <https://doi.org/10.31661/gmj.v9i0.1645>
- Carrera, M. P., Alegria, L., Brockmann, P., Repetto, P., Leonard, D., Rodrigo, C., Paredes, F., Rojas, I., Moya, A., Oviedo, V., Bakker, J., García, P., & Henríquez-beltr, M. (2025). Australian Critical Care Nonpharmacological interventions to promote sleep in the adult critical patients unit : A scoping review. 38. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.101159>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : a consolidated framework for advancing implementation science. 15, 1–15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Edmiston, E. A., Hardin, H. K., & Dolansky, M. A. (2023). Sleep Quality in the Advanced Heart Failure ICU. Clinical Nursing Research, 32(4), 691–698. <https://doi.org/10.1177/10547738231159045>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., & Pölkki, T. (2014). Qualitative Content Analysis : A Focus on Trustworthiness. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. 5(1), 1–4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Fukamachi, Y., Sakuramoto, H., Sato, T., Imanaka, R., & Fukushima, A. (2025). Prevalence , Risk Factors , and Intervention of Long-Term Sleep Disturbance After Intensive Care Unit Discharge : A Scoping Review. 17(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.83011>



- Hoeven, A. E. Van Der, Bijlenga, D., Hoeven, E. Van Der, Schinkelshoek, M. S., Hiemstra, F. W., Kervezee, L., Westerloo, D. J. Van, Fronczek, R., & Jan, G. (2024). Intensive & Critical Care Nursing Sleep in the intensive and intermediate care units : Exploring related factors of delirium , benzodiazepine use and mortality. *Intensive & Critical Care Nursing*, 81(July 2023), 103603. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103603>
- Hosseini, M., & Soltanian, M. (2022). Application of Roy ' s Adaptation Model in Clinical Nursing: A Systematic Review. 5(4).
- Jaiswal, S. J., Owens, R. L., & Jolla, L. (2024). Delirium in the ICU It ' s Time to Turn Down the. 659–660. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2024.06.3800>
- Kallio, H., Pietil, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. 1–12. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Koenig, H. G. (2012). Religion , Spirituality , and Health : The Research and Clinical Implications. 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Li, X., Xie, W., Zhang, C., Liu, S., Huang, S., Xiao, W., & Zhang, W. (2026). Environmental constraints and their impact on role conflict and ambiguity among ICU nurses providing oral care : a qualitative study using role theory.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies : Guided by Information Power. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Marchasson, L., Rault, C., Pape, S. Le, Arrivé, F., Coudroy, R., Frat, J. P., Bironneau, V., Jutant, E. M., Heraud, Q., Drouot, X., & Thille, A. W. (2024). Impact of sleep disturbances on outcomes in intensive care units. *Critical Care*. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-05118-4>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S., Pelosi, P., Vincent, J. L., Vollman, K., & Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? a report of the task force of the world federation of societies of intensive and critical care medicine. *Journal of Critical Care*, 37, 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015>
- Matsuura, Y., Kita, E., Taneda, Y., Matsuda, M., & Kataoka, M. (2026). Effects of non-pharmacological interventions on sleep in patients with critical illness : a systematic review and network meta-analysis. 1–12.
- Mccance, T., & McCormack, B. (2025). The Person-centred Nursing Framework : a mid-range theory for nursing practice. <https://doi.org/10.1177/17449871241281428>
- Mcewen, B. S. (2026). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation : Central Role of the Brain. 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- Nelson, M. J., Yu, D. A., Ha, A. V. H., & Wakefield, M. R. (2025). Causes and Effects of Postoperative Sleep Disorders and Treatment Strategies for Preoperative , Intraoperative , and Postoperative Settings — A Narrative Review. 1–24.
- Niet, G. De, Tiemens, B., Lendemeijer, B., & Hutschemaekers, G. (2009). Music-assisted relaxation to improve sleep quality : meta-analysis. 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04982.x>



- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis : Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. 16, 1–13. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Seyffert, S., Moiz, S., Coghlan, M., Balozian, P., Nasser, J., Rached, E. A., Jamil, Y., Naqvi, K., Rawlings, L., Perkins, A. J., Gao, S., Hunter, J. D., Khan, S., Heiderscheit, A., Chlan, L. L., & Khan, B. (2022). Decreasing delirium through music listening (DDM) in critically ill, mechanically ventilated older adults in the intensive care unit: a two-arm, parallel-group, randomized clinical trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06448-w>
- Tonna, J. E., Dalton, A., Presson, A. P., Zhang, C., Colantuoni, E., Lander, K., Howard, S., Beynon, J., & Kamdar, B. B. (2021). The Effect of a Quality Improvement Intervention on Sleep and Delirium in Critically Ill Patients in a Surgical ICU. *Chest*, 160(3), 899–908. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.030>
- Wang, J. (2023). Sleep and critical illness : a review. September. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1199685>
- Wei, H., & Watson, J. (2019). International Journal of Nursing Sciences Healthcare interprofessional team members ' perspectives on human caring: A directed content analysis study. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.001>
- Yeghiazarians, Y., Jneid, H., Tietjens, J. R., Redline, S., Brown, D. L., El-Sherif, N., Mehra, R., Bozkurt, B., Ndumele, C. E., & Somers, V. K. (2021). Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(3), E56–E67. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000988>
- Yuan, C., Timmins, F., & Thompson, D. R. (2021). Post-intensive care syndrome: A concept analysis. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 114). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
- Zhang, R.-, Xu, Y., Tian, Y., He, L., & Chu, Y. (2024). ICU follow- - up services and their impact intensive care syndrome : a on post- - scoping review protocol. 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-089824>