

Hubungan Dukungan Emosional dengan Kualitas *End of Life Care* pada Pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr. Soegiri Lamongan

Ellisa Fitri Anggraini¹, Isni Lailatul Maghfiroh², Abdul Rokhman³
^{1,2,3}Universitas Muhammadiyah Lamongan
Email: ellisafitriiii02@gmail.com

Abstrak

End of Life Care (EOLC) merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan yang bertujuan mengurangi penderitaan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien serta mendukung keluarga selama fase akhir kehidupan. Dukungan emosional dari perawat berperan dalam membantu keluarga menghadapi tekanan emosional dan meningkatkan kualitas pelayanan *EOLC*. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan dukungan emosional dengan kualitas *End of Life Care* pada pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr. Soegiri Lamongan. Penelitian menggunakan desain analitik korelasional dengan pendekatan *cross-sectional*. pada 59 keluarga pasien di ICU dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner *Berlin Social Support Scale* (BSSS) dan *Quality of End of Life Care (QEOLC) Family Version*, kemudian dianalisis menggunakan uji *Pearson*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 54% keluarga memperoleh dukungan emosional yang tinggi dan 64% kualitas *End of Life Care* sangat baik. Uji *Pearson* menunjukkan hubungan yang signifikan antara dukungan emosional dan kualitas *End of Life Care* dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$) dan koefisien korelasi $r = 0,516$ yang menunjukkan kekuatan hubungan sedang. Dukungan emosional yang baik dapat meningkatkan komunikasi, kepercayaan, dan hubungan antara perawat, pasien, serta keluarga sehingga kualitas *End of Life Care* lebih optimal. Oleh karena itu, peningkatan dukungan emosional pada keluarga penting untuk meningkatkan kualitas *EOLC*.

Kata Kunci: Dukungan Emosional, *End of Life Care*, ICU, Keluarga

Abstract

End of Life Care (EOLC) is a vital aspect of healthcare that aims to alleviate the physical, psychological, social, and spiritual suffering of patients while supporting their families during the final stages of life. Emotional support from nurses plays a crucial role in helping families cope with emotional distress and in enhancing the quality of *EOLC* services. This study aimed to determine the relationship between emotional support and the quality of *End of Life Care* for patients in the *Intensive Care Unit* (ICU) of RSUD Dr. Soegiri Lamongan. This study employed a correlational analytic design with a cross-sectional approach, involving 59 families of ICU patients selected via consecutive sampling. Data were collected using the *Berlin Social Support Scale* (BSSS) and the *Quality of End of Life Care (QEOLC) Family Version* questionnaire, and were subsequently analyzed using the *Pearson* correlation test. The results indicated that 54% of families received high emotional support, and 64% reported the quality of *End of Life Care* to be "very good". The *Pearson* test demonstrated a significant relationship between emotional support and the quality of *End of Life Care*, with a *P*-value of 0.000 ($p < 0.05$) and a correlation coefficient of $r = 0.516$, indicating a moderate strength of association. Effective emotional support enhances communication, trust, and the relationship between nurses, patients, and their families, thereby optimizing the quality of *End of Life Care*. Consequently, strengthening emotional support for families is essential for improving the overall quality of *EOLC*.

Keywords: Emotional Support, *End of Life Care*, ICU, Family

1. PENDAHULUAN

End of Life Care (EOLC) merupakan aspek penting dalam sistem pelayanan kesehatan. *EOLC* merupakan perawatan akhir hayat atau paliatif dengan pendekatan holistik pada semua dimensi (Abbaspour & Heydari, 2022). Pelaksanaan *EOLC* di unit perawatan kritis sangat diperlukan mengingat karakteristik pasiennya memiliki masalah yang kompleks. Unit perawatan ini sebagian besar adalah pasien kronik atau terminal yang berada pada kondisi kritis. Dalam situasi tersebut, kualitas *EOLC* menjadi sangat penting untuk memastikan bahwa pasien memperoleh perawatan yang bermartabat, nyaman, serta sesuai dengan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Tujuan dari *EOLC* untuk membantu pasien meringankan penderitaan baik secara fisik, psikososial dan spiritual. *EOLC* tidak hanya berfokus pada pasien namun juga pada keluarga pasien secara komprehensif. pada fase menjelang akhir hayat keluarga juga mengalami penderitaan secara psikis dan mental hingga distress spiritual (Prihatini, 2021).

Menurut *World Health Organization (WHO)* (2025), secara global hanya sekitar 14% individu yang benar-benar mendapatkan layanan perawatan paliatif. Setiap tahun diperkirakan ada 56,8 juta orang yang memerlukan perawatan tersebut, dengan mayoritas di antaranya berasal dari negara berpendapatan rendah hingga menengah. Berdasarkan WHO (2024), diperkirakan sekitar 24,2% populasi Indonesia membutuhkan pelayanan paliatif setiap tahunnya dengan kemungkinan meninggal karena penyakit kardiovaskular, kanker, diabetes, penyakit pernapasan kronis antara usia 30 dan tepat usia 70 tahun. Belum ditemukan data spesifik pasien yang membutuhkan perawatan paliatif di Jawa Timur. Berdasarkan *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur* (2024), sekitar 25–30% pasien rumah sakit di provinsi ini menderita penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, jantung, gagal ginjal, dan stroke. Jumlah tersebut menggambarkan potensi besar kebutuhan layanan paliatif, karena sebagian pasien dengan penyakit kronis dan komplikasi berat berisiko masuk ke fase terminal.

Indikator kualitas *End of Life Care (EOLC)* dapat dinilai dari berbagai perspektif, yaitu pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan (Engelberg *et al.*, 2010). Pasien menilai kualitas *EOLC* berdasarkan kejelasan komunikasi, pengelolaan gejala, dukungan emosional, serta penghormatan terhadap nilai pribadi. Keluarga menilai dari keterbukaan informasi, edukasi, dukungan emosional, penghormatan terhadap budaya, dan keterlibatan dalam pengambilan keputusan. Sementara itu, perawat menilai dari kejujuran komunikasi, pemahaman terhadap kebutuhan pasien, dukungan emosional, serta responsivitas sistem pelayanan. dengan demikian, kualitas *EOLC* bersifat multidimensional dan perlu dievaluasi dari berbagai sudut pandang (Engelberg *et al.*, 2010). Salah satu indikator kualitas *End of Life Care* adalah dukungan emosional yang memiliki peran dalam membantu pasien dan keluarga menghadapi fase akhir kehidupan. Sedangkan indikator dukungan emosional meliputi: Afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan, serta melibatkan ekspresi empati, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, dan bantuan emosional (Rosyidah & Iva, 2020).

Dukungan emosional merupakan aspek penting dalam *End of Life Care* karena berpengaruh terhadap pengalaman pasien dan keluarga pada fase akhir kehidupan. Keterlibatan keluarga dapat menurunkan reaksi duka, mengurangi distress emosional, dan meningkatkan kepuasan keluarga terhadap perawatan (Pokpalagon *et al.*, 2025). Hal ini membantu keluarga lebih siap menghadapi proses kematian sehingga kualitas *EOL* pasien dinilai lebih baik (Prihatini 2021).

Kualitas *EOLC* yang buruk berdampak langsung pada kondisi psikologis keluarga, termasuk meningkatnya gejala depresi, kecemasan, dan gangguan stres pasca trauma hingga dua tahun setelah kehilangan. Keluarga juga mengalami penurunan kesehatan mental serta proses duka yang lebih berat karena melihat kematian yang tidak damai dan penuh distress. dengan demikian, kualitas *EOLC* yang buruk tidak hanya memengaruhi pasien, tetapi juga meninggalkan efek emosional jangka panjang bagi keluarga (Wen *et al.*, 2024).

Penelitian Teresa *et al.*, (2021), menunjukkan asuhan keperawatan *End of life* (EOL) belum optimal karena kinerja perawat. Mafaza (2023), menggunakan instrumen *FATCOD-B* dan menemukan bahwa sikap empatik dan menghargai pasien dapat meningkatkan kualitas *EOLC* dari perspektif perawat. Dari beberapa penelitian tersebut tidak ada yang menghubungkan antara dukungan emosional dengan *EOLC* dari perspektif keluarga sehingga penelitian ini penting dilakukan. Berdasarkan penjelasan di atas penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan dukungan emosional dengan kualitas *End of Life Care* pada pasien di ICU RSUD Dr. Soegiri.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian menggunakan korelasi analitik dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian dilaksanakan di ICU RSUD Dr. Soegiri Kabupaten Lamongan selama 2 bulan. Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti terlebih dahulu memperoleh persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian RSUD Dr. Soegiri Lamongan dengan No. 000.9.2/87.15/413.102.1/2026. Setelah memperoleh persetujuan etik, subjek penelitian dipilih menggunakan teknik *consecutive sampling*, yaitu seluruh keluarga pasien yang memenuhi kriteria selama periode penelitian hingga jumlah sampel terpenuhi, sehingga diperoleh 59 keluarga pasien sebagai sampel. Etika penelitian meliputi kebebasan, anonim, kerahasiaan, berbuat baik dan keadilan. Tujuan dan metode penelitian dijelaskan kepada keluarga pasien, yang kemudian menandatangani lembar persetujuan *informed consent*.

Instrumen kualitas *End of Life Care* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Quality of End of Life Care Questionnaire – Family Version (QEOLC-F)*. Instrumen ini digunakan untuk menilai persepsi keluarga terhadap kualitas *End of Life Care* yang diberikan kepada pasien. Menurut Hoare *et al.*, (2022), terdapat 5 domain *End of Life Care* yang diidentifikasi menurut perspektif keluarga diantaranya adalah:

Sistem yang berpusat pada pasien, kemampuan berkomunikasi, keterampilan menangani gejala, keterampilan afektif, dan nilai yang berpusat pada pasien.

Pengukuran dukungan emosional dalam penelitian ini menggunakan instrumen *Berlin Social Support Scales* (BSSS) penelitian ini hanya menggunakan subskala “dukungan yang dirasakan yaitu dukungan emosional” untuk menilai persepsi keluarga pasien terhadap dukungan emosional yang diterima. Instrumen ini mengukur 5 indikator dukungan emosional yaitu: Empati, kasih sayang dan kepedulian, penerimaan tanpa syarat, penguatan positif/motivasi, kehadiran emosional, serta komunikasi hangat dan terbuka dari perawat (Futriani & Artina, 2025).

Analisis statistik univariat dan bivariat dilakukan pada data yang dikumpulkan. Korelasi analitik digunakan untuk menghubungkan dukungan emosional dengan kualitas *End of Life Care*, dengan nilai $p < 0,05$.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil Penelitian

1). Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi berdasarkan Karakteristik Keluarga Pasien Penelitian Hubungan Dukungan Emosional dengan Kualitas *End of Life Care*

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
< 20 Tahun	3	5
20-30 Tahun	16	27
31-40 Tahun	14	23
41-50 Tahun	16	27

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
> 50 Tahun	10	17
Total	59	100
Rata-rata	38,9	20
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	19	32
Perempuan	40	68
Total	59	100
Pendidikan		
Tidak Sekolah	0	0
SD	8	14
SMP	6	10
SMA	34	58
S1	11	19
Total	59	100
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	17	29
Petani	13	22
Wiraswasta	13	22
PNS	8	14
Lainnya	8	14
Total	59	100
Penghasilan		
< Rp.1.000.000	8	14
Rp.1.000.000	12	20
Rp.3.000.000	22	37
Lainnya	3	5
Tidak Ada	14	24
Total	59	100
Hubungan dengan Keluarga		
Orang Tua	4	7
Suami/Istri	18	31
Anak	28	48
Saudara	7	12
Lainnya	2	3
Total	59	100
Lama Rawat		
< 7 Hari	59	100
7-14 Hari	0	0
> 14 Hari	0	0
Total	59	100
Rata-Rata	2,1	33,33
Diagnosis Medis		
Gangguan Pernapasan	25	42
Sepsis	1	2
Stroke	1	2
Pasca Operasi Besar	14	24
Lainnya	18	31
Total	59	100
Mengenal Perawat		

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	23	39
Tidak	36	61
Total	59	100
Pernah Berkomunikasi dengan Perawat		
Ya	55	93
Tidak	4	7
Total	59	100
Komunikasi Perawat		
Baik	49	83
Cukup	8	14
Kurang	2	3
Total	59	100

2). Dukungan Emosional pada Pasien di ICU

Tabel 2. Distribusi Dukungan Emosional pada Pasien

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi (28-36)	32	54
Sedang (19-27)	27	46
Rendah (9-18)	0	0
Total	59	100

3). Kualitas *End of Life Care* Perawat di ICU

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kualitas *End of Life Care*

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Sangat Baik (8,0-10,0)	38	64
Baik (6,0-7,9)	15	25
Cukup (4,0-5,9)	5	9
Rendah (< 4)	1	2
Total	59	100

4). Rerata per Indikator Dukungan Emosional dan Kualitas *End of Life Care*

Tabel 4. Distribusi Rata-Rata Skor per Indikator Kuesioner Dukungan Emosional

Indikator Dukungan Emosional	Rata-Rata Skor	
	Indikator	Total
Empati	3	19,13
Kasih sayang dan kepedulian	3,22	
Penerimaan tanpa syarat	3,34	
Penguatan positif/motivasi	3,32	
Kehadiran emosional	3,17	
Komunikasi hangat dan terbuka	3,08	

Tabel 5. Distribusi Rata-Rata Skor per Indikator Kualitas *End of Life Care*

Indikator Kualitas <i>End of Life Care</i>	Rata-Rata Skor	
	Indikator	Indikator
Sistem yang berpusat pada pasien	8,04	39,91

Indikator Kualitas <i>End of Life Care</i>	Rata-Rata Skor	
	Indikator	Indikator
Kemampuan berkomunikasi	8,02	
Keterampilan menangani gejala	7,91	
Keterampilan afektif	7,52	
Nilai yang berpusat pada pasien	8,42	

Tabel 6. Tabulasi Silang Hubungan Dukungan Emosional dengan Kualitas *End of Life Care* pada Pasien

Dukungan Emosional Perawat	Kualitas <i>End of Life Care</i>								Total	
	Baik		Cukup		Rendah		Sangat Tinggi			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sedang	7	12%	5	9%	1	2%	14	24%	27	46%
Tinggi	8	14%	0	0%	0	0%	24	41%	32	54%
Kurang	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	15	26%	5	9%	1	2%	38	65%	59	100%
Uji <i>Pearson P-value</i> = 0,000							<i>r</i> = 0,516			

b. Pembahasan

1). Dukungan Emosional Pasien di ICU RSUD Dr. Soegiri Lamongan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ICU RSUD Dr. Soegiri Lamongan pada bulan Maret-April 2026, didapatkan bahwa 32 keluarga pasien mendapatkan dukungan emosional tinggi dan sebanyak 27 keluarga pasien mendapatkan dukungan emosional sedang. Tingginya dukungan emosional menunjukkan bahwa perawat telah memberikan perhatian dan dukungan yang baik kepada keluarga pasien selama proses perawatan di ICU. Hal tersebut dapat membantu keluarga merasa lebih tenang dan dihargai dalam mendampingi pasien. Tingginya dukungan emosional yang dirasakan keluarga pasien dapat dipengaruhi oleh karakteristik pelayanan di ruang ICU yang menuntut perawat untuk melakukan pemantauan pasien secara intensif selama 24 jam. Interaksi yang sering antara perawat dengan pasien maupun keluarga memungkinkan perawat memberikan perhatian, informasi, dan dukungan emosional secara berkelanjutan.

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa indikator dukungan emosional yang memperoleh rata-rata skor terendah adalah empati. Utami *et al.*, (2020) menyebutkan bahwa perawat ICU sering mengalami kesulitan dalam memberikan dukungan emosional karena kondisi pasien yang kompleks dan beban kerja yang tinggi. Selain itu, Febriyanto (2024), menyatakan bahwa perilaku *caring* dan empati perawat berperan penting dalam memenuhi kebutuhan emosional keluarga pasien di ruang ICU. Rendahnya skor pada indikator empati dapat dipengaruhi oleh lingkungan kerja ICU yang memiliki tekanan dan tuntutan pelayanan yang tinggi sehingga perawat lebih berfokus pada kondisi klinis pasien dibandingkan pemberian respon emosional kepada pasien dan keluarga. Sedangkan indikator dukungan emosional dengan rata-rata skor tertinggi penerimaan tanpa syarat. Hal ini sejalan dengan penelitian Imamah & Husain (2023), yang menyatakan bahwa perawat memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan keluarga pasien kritis di ICU melalui perhatian, komunikasi, dan dukungan emosional sehingga keluarga merasa lebih nyaman dan dihargai selama mendampingi pasien. Tingginya skor pada aspek penerimaan tanpa syarat menunjukkan bahwa perawat telah mampu memberikan perhatian, menerima, dan menghargai pasien maupun keluarga pasien tanpa menunjukkan sikap menghakimi selama proses perawatan di ICU.

Berdasarkan Tabel 1, diketahui bahwa sebagian besar keluarga pasien berusia 20–30 tahun dan 41–50 tahun, masing-masing sebanyak 16 keluarga pasien. Menurut teori perkembangan dewasa oleh Santrock, individu pada usia dewasa memiliki kematangan

emosional dan kemampuan pengambilan keputusan yang lebih baik dibandingkan usia yang lebih muda sehingga lebih mampu menghadapi situasi yang menimbulkan stres. Adila & Kurniawan (2020), menyatakan bahwa kematangan emosi pada individu dewasa ditandai dengan kemampuan mengendalikan emosi, memahami diri, dan berpikir secara lebih kritis dalam menghadapi berbagai situasi. Usia dapat memengaruhi cara seseorang menerima dan menilai dukungan emosional yang diberikan. Keluarga pasien pada usia dewasa muda hingga dewasa madya umumnya memiliki kematangan emosional, kemampuan berpikir, serta pengalaman hidup yang lebih baik dalam menghadapi situasi stres, sehingga lebih mampu memahami dan menilai dukungan emosional yang diberikan perawat selama mendampingi pasien di ruang ICU. Selain itu, pada usia tersebut individu cenderung memiliki kemampuan adaptasi dan mekanisme koping yang lebih baik dalam menghadapi kondisi kritis anggota keluarga.

Berdasarkan Tabel 1, diketahui bahwa seluruh keluarga pasien (100%) memiliki anggota keluarga yang dirawat di ICU selama kurang dari 7 hari. Menurut Noome *et al.*, (2022), keluarga pasien di ICU membutuhkan dukungan emosional, komunikasi, dan perhatian dari perawat sejak awal masa perawatan karena kondisi kritis pasien dapat menimbulkan kecemasan dan tekanan emosional yang tinggi. Lama rawat yang relatif singkat tidak mengurangi pentingnya pemberian dukungan emosional oleh perawat kepada keluarga pasien. Pada masa awal perawatan di ICU, keluarga umumnya mengalami kecemasan, ketidakpastian, dan stres akibat kondisi pasien yang kritis, sehingga sangat membutuhkan perhatian, informasi, dan dukungan emosional dari perawat. Dukungan emosional yang diberikan sejak awal perawatan dapat membantu keluarga merasa lebih tenang, nyaman, dan didukung selama mendampingi pasien di ruang ICU.

Berdasarkan Tabel 1, sebagian besar keluarga pasien di ICU RSUD Dr. Soegiri Lamongan tidak mengenal perawat yang merawat pasien, yaitu sebanyak 36 keluarga (61%), sedangkan 23 keluarga (39%) mengenal perawat. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh tingginya beban kerja perawat, sistem kerja bergantian (*shift*), serta pembatasan jam kunjungan di ICU yang menyebabkan interaksi antara keluarga dan perawat menjadi terbatas. Akibatnya, keluarga memiliki kesempatan yang lebih sedikit untuk mengenal perawat secara langsung, sehingga dapat memengaruhi hubungan, komunikasi, serta persepsi terhadap dukungan emosional yang diberikan. Hal ini sejalan dengan Kristianto *et al.*, (2026), yang menyatakan bahwa beban kerja yang tinggi dan keterbatasan waktu komunikasi menjadi hambatan dalam membangun interaksi yang optimal antara perawat dan keluarga.

Selain itu, hampir seluruh keluarga pasien pernah berkomunikasi secara langsung dengan perawat (93%), sedangkan sebagian kecil tidak pernah berkomunikasi (7%). Komunikasi yang efektif merupakan aspek penting dalam perawatan *end of life* karena memungkinkan perawat memberikan informasi, dukungan emosional, serta membantu keluarga memahami kondisi pasien (Terrill *et al.*, 2018). Namun, masih adanya keluarga yang belum pernah berkomunikasi secara langsung dapat disebabkan oleh kondisi pasien yang kritis, lama perawatan yang relatif singkat, serta pembatasan kunjungan di ICU, sehingga keterlibatan keluarga dalam proses komunikasi menjadi terbatas. Hal ini sejalan dengan Barnes & Dyson, (2023), yang menyatakan bahwa keterlibatan keluarga dalam komunikasi di ICU masih menghadapi berbagai hambatan, terutama pada pasien dengan kondisi kritis.

2). Kualitas *End of Life Care* Perawat di ICU RSUD Dr. Soegiri Lamongan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ICU RSUD Dr. Soegiri Lamongan pada bulan Maret-April 2026, didapatkan bahwa sebagian besar 38 keluarga pasien 64% mendapatkan kualitas *End of Life Care* sangat baik dan sebagian kecil kualitas rendah sebanyak 1 keluarga pasien 2%. Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga pasien menilai kualitas *End of Life Care* dalam kategori sangat baik, hasil tersebut dapat

dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: usia keluarga pasien, lama rawat pasien, komunikasi antara keluarga dengan perawat, karakteristik pelayanan di ruang ICU yang bersifat intensif, perawatan yang berpusat pada pasien serta dukungan emosional yang diberikan perawat selama proses perawatan.

Berdasarkan karakteristik responden, sebagian besar responden berada pada usia dewasa muda hingga dewasa madya, sehingga memiliki kematangan emosional dan pengalaman hidup yang lebih baik dalam memahami serta menilai pelayanan yang diberikan perawat. Selain itu, pelayanan di ruang ICU yang bersifat intensif dengan pemantauan pasien selama 24 jam memungkinkan perawat untuk lebih sering berinteraksi dengan pasien dan keluarga, sehingga keluarga dapat merasakan pelayanan yang diberikan secara optimal. Perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling sering dan paling lama berinteraksi dengan pasien maupun keluarga di ICU sehingga kualitas interaksi tersebut berpengaruh terhadap kepuasan keluarga (Arofiati & Apriliyanti 2021). Seluruh pasien dalam penelitian ini memiliki lama perawatan kurang dari 7 hari. Pelayanan *patient centered dan family centered care* di ICU menekankan penghormatan terhadap nilai, kebutuhan, serta preferensi pasien dan keluarga, sehingga dapat meningkatkan pengalaman dan kepuasan keluarga terhadap pelayanan yang diberikan (Secunda & Kruser 2023). Meskipun lama perawatan relatif singkat, pelayanan yang diberikan secara intensif dan berkelanjutan di ruang ICU memungkinkan keluarga tetap merasakan kualitas *End of Life Care* yang baik.

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa indikator kualitas *End of Life Care* yang memiliki rata-rata skor terendah adalah keterampilan afektif. Hal ini menunjukkan bahwa kemampuan perawat dalam mengekspresikan empati, perhatian, dan respon emosional kepada pasien maupun keluarga belum dirasakan secara optimal oleh keluarga pasien. Menurut teori *human caring* oleh Jean Watson, dimensi afektif dalam asuhan keperawatan sangat penting karena hubungan terapeutik yang didasari empati dan kepedulian dapat meningkatkan kenyamanan psikologis pasien dan keluarga. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh tingginya beban kerja, kompleksitas kondisi pasien, serta tuntutan pelayanan di ruang ICU yang menyebabkan perawat lebih berfokus pada kondisi klinis pasien. Selain itu, keterampilan afektif juga berkaitan dengan kemampuan perawat dalam menunjukkan empati dan memberikan dukungan emosional kepada pasien maupun keluarga selama proses *End of Life Care*.

Pada kuesioner kualitas *End of Life Care*, indikator dengan rata-rata skor tertinggi adalah nilai yang berpusat pada pasien. Hasil ini sejalan dengan penelitian Bohart *et al.*, (2023), yang menyatakan bahwa pelayanan yang berpusat pada pasien dan keluarga merupakan bagian penting dalam perawatan di ICU karena dapat meningkatkan kenyamanan, keterlibatan keluarga, serta kualitas pelayanan yang diterima pasien. Tingginya skor pada indikator ini menunjukkan bahwa keluarga pasien menilai perawat telah memberikan pelayanan yang mengutamakan kebutuhan dan kondisi pasien selama proses perawatan di ruang ICU. Pelayanan di ICU yang menekankan pemantauan intensif, pemenuhan kebutuhan pasien secara berkelanjutan, serta pemberian pelayanan yang profesional dapat membuat keluarga pasien merasakan bahwa perawatan yang diberikan telah berorientasi pada pasien.

3). Hubungan Dukungan Emosional dengan Kualitas *End of Life Care* di ICU RSUD Dr. Soegiri Lamongan

Berdasarkan hasil analisis data menggunakan program IBM SPSS 22 dengan pilihan uji parametrik *Pearson*, menunjukkan bahwa H1 diterima dengan nilai $r = 0,516$ dan $P\text{-value} = 0,000$ yang artinya terdapat hubungan dengan kekuatan sedang pada dukungan emosional dengan kualitas *End of Life Care* pada pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr. Soegiri Lamongan. Hasil ini sejalan dengan penelitian Joan *et al.* (2021), yang menunjukkan bahwa dukungan emosional dari tenaga kesehatan berhubungan dengan peningkatan kualitas perawatan akhir kehidupan. Nilai ini menunjukkan bahwa semakin baik dukungan emosional

yang diberikan perawat, maka semakin baik pula kualitas *End of Life Care* yang dirasakan oleh keluarga pasien. Dukungan emosional seperti empati, komunikasi, dan kehadiran perawat berperan penting dalam membentuk pengalaman positif keluarga selama proses perawatan akhir hayat. Bolt *et al.*, (2020) yang menunjukkan bahwa kurangnya perhatian emosional, pengalaman keluarga terhadap perawatan *end of life*, terkait kurangnya komunikasi, dan dukungan emosional, berhubungan dengan persepsi kualitas kematian pasien. Pengalaman yang negatif, seperti pengabaian dan kurangnya empati dari tenaga kesehatan, dapat menurunkan persepsi keluarga terhadap kematian yang damai, sedangkan perawatan yang humanis, penuh perhatian, dan suportif secara emosional berpengaruh terhadap peningkatan kepuasan keluarga serta kualitas *End of Life Care*.

Nilai koefisien korelasi sebesar 0,516 menunjukkan bahwa hubungan antara dukungan emosional dengan kualitas *End of Life Care* berada pada kategori sedang. Hal ini dapat dipengaruhi oleh kompleksitas situasi ICU, di mana perawat lebih banyak berfokus pada stabilisasi kondisi pasien kritis sehingga aspek emosional terkadang tidak dapat diberikan secara optimal dan konsisten. Kualitas *End of Life Care* tidak hanya dipengaruhi oleh dukungan emosional yang diberikan perawat, tetapi juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti karakteristik responden, kemampuan komunikasi perawat, sistem pelayanan di ICU, keterampilan klinis perawat dalam menangani gejala, serta kondisi dan kebutuhan pasien selama menjalani perawatan. Penelitian Kim & Kim (2024), menunjukkan bahwa keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien kritis berkontribusi signifikan terhadap peningkatan kualitas *End of Life Care*. Keterlibatan tersebut mencakup komunikasi yang jelas, partisipasi dalam pengambilan keputusan, serta pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis pasien. Oleh karena itu, meskipun dukungan emosional berperan penting dalam meningkatkan kualitas *End of Life Care*, masih terdapat faktor lain yang turut berkontribusi terhadap kualitas pelayanan yang dirasakan keluarga pasien.

Pada kuesioner kualitas *End of Life Care*, indikator dengan rata-rata skor tertinggi adalah nilai yang berpusat pada pasien. Hasil ini sejalan dengan indikator dukungan emosional yang juga menunjukkan skor tinggi, khususnya pada aspek penerimaan tanpa syarat. Menurut Imamah *et al.* (2023), perawat memiliki peran penting dalam memenuhi kebutuhan keluarga pasien kritis melalui perhatian, komunikasi, dan dukungan emosional sehingga keluarga merasa lebih nyaman dan dihargai selama mendampingi pasien. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan emosional yang baik, terutama dalam bentuk penerimaan tanpa syarat, dapat berkontribusi terhadap peningkatan pelayanan yang berorientasi pada pasien.

Sebaliknya, indikator dukungan emosional dengan rata-rata skor terendah adalah empati, sedangkan pada kualitas *End of Life Care* indikator dengan rata-rata skor terendah adalah keterampilan afektif. Kedua indikator tersebut sama-sama berkaitan dengan kemampuan perawat dalam memberikan perhatian, empati, dan respons emosional kepada pasien maupun keluarga. Oleh karena itu, rendahnya kemampuan empati dapat memengaruhi keterampilan afektif perawat dalam memberikan *End of Life Care*, sehingga kualitas pelayanan yang dirasakan keluarga menjadi kurang optimal.

Seluruh pasien dalam penelitian ini memiliki lama perawatan kurang dari 7 hari. Hal ini didukung oleh penelitian Kim & Kim (2024), yang menunjukkan bahwa kualitas *End of Life Care* tidak hanya ditentukan oleh lama perawatan, tetapi oleh kualitas interaksi, komunikasi, dan dukungan emosional yang diberikan selama perawatan berlangsung. Meskipun relatif singkat, kualitas *End of Life Care* tetap dinilai baik oleh keluarga. Dukungan emosional yang diberikan perawat dapat meningkatkan kualitas *End of Life Care* karena dukungan emosional membantu keluarga merasa diperhatikan, dihargai, dan didampingi selama menghadapi kondisi kritis pasien. Perasaan tersebut dapat mengurangi kecemasan, meningkatkan rasa percaya kepada perawat, serta menciptakan hubungan terapeutik yang baik antara perawat dan keluarga. Ketika keluarga merasa didukung secara emosional, keluarga akan memiliki persepsi yang lebih

positif terhadap pelayanan yang diberikan sehingga kualitas *End of Life Care* yang dirasakan menjadi lebih optimal.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa semakin baik dukungan emosional yang diberikan oleh perawat, maka semakin optimal pula kualitas *End of Life Care* yang dirasakan keluarga pasien. Oleh karena itu, pemberian dukungan emosional oleh perawat perlu dipertahankan dan ditingkatkan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas *End of Life Care* di ruang ICU.

4. KESIMPULAN

Mayoritas keluarga yang mendampingi pasien di ICU RSUD Dr. Soegiri Lamongan memiliki tingkat dukungan emosional yang tinggi dan mendapatkan kualitas *End of Life Care* yang sangat baik. Nilai *P-value* sebesar 0,000 dan koefisien korelasi sebesar 0,516 menunjukkan terdapat hubungan pada dukungan emosional dengan kualitas *End of Life Care* pada pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUD Dr. Soegiri Lamongan dengan kekuatan korelasi sedang. Terdapat korelasi signifikan antara dukungan emosional yang diterima pasien dan kualitas *End of Life Care* yang diterima oleh pasien dan dinilai dari perspektif keluarga. Tingginya dukungan emosional berkorelasi dengan kualitas *End of Life Care* yang optimal dan sebaliknya, rendahnya dukungan emosional dikaitkan dengan kualitas *End of Life Care* yang tidak optimal. Untuk mendapatkan data yang lebih menyeluruh, disarankan agar penelitian selanjutnya menggabungkan pengumpulan data langsung dengan perspektif perawat sebagai pemberi pelayanan *end of life* atau perspektif pasien sebagai penerima pelayanan *end of life* dengan wawancara mendalam.

5. DAFTAR PUSTAKA

- [1]. Abbaspour, H., & Heydari, A. (2022). Concept Analysis of *End of Life Care*. *Journal of Caring Sciences*, 11(3), 172–177. <https://doi.org/10.34172/jcs.2022.037>
- [2]. Adila, D. R., & Kurniawan, A. (2020). Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental Proses Kematangan Emosi pada Individu Dewasa Awal yang Dibesarkan dengan Pola Asuh Orang Tua Permisif. *INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental*, 5(1), 21–34. <https://doi.org/10.20473/jpkm.v5i12020.21-34>
- [3]. Arofiati, F., & Apriliyanti, P. (2021). The Family Satisfaction on Nursing Services at the *Intensive Care Unit*. *Journal of Medical Sciences*, 9, 61–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5776>
- [4]. Barnes, N. K., & Dyson, S. M. (2023). Recent Advances In ICU A continuum of communication: family centred care at the *end of life* in the *Intensive Care Unit*. *Intensive Care Medicine*, 49(4), 444–446. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07005-y>
- [5]. Bohart, S., Lamprecht, C., Andreasen, A. S., Waldau, T., & Merete, A. (2023). Intensive & Critical Care Nursing Perspectives and wishes for patient and family centred care as expressed by adult intensive care survivors and family-members: A qualitative interview study. *Intensive And Critical Care Nursing*, 75(September 2022). <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103346>
- [6]. Bolt, S. R., Verbeek, L., Meijers, J. M. M., & Steen, J. T. Van Der. (2020). Families ' Experiences With *End of Life Care* in Nursing Homes and Associations With Dying Peacefully With Dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 268–272. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.12.001>
- [7]. Dulides Kristianto Welly, Haryanto, Suriadi, I. (2026). Model Komunikasi Efektif Tenaga Kesehatan Keluarga Pasien di ICU: *Scoping Review Intensive Care Unit* (ICU) merupakan Family-keluarga yang intens dan perbedaan budaya pola komunikasi tenaga kesehatan dengan. *JUKEJ: Jurnal Kesehatan Jompa*, 5(1). <https://doi.org/10.57218/jkj.Vol5.Iss1.2534>

- [8]. Febriyanto, I. (2024). Jurnal Health Society Hubungan Perilaku *Caring* Perawat dengan Kecemasan Keluarga Pasien di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Pendahuluan Rumah sakit merupakan pelayanan kebutuhan dasar di bidang kesehatan , merupakan hal kesejahteraan . Di samping itu rum. *Jurnal Health Society*, 13(2), 140–147. <https://doi.org/10.62094/jhs.v13i2.181>
- [9]. Futriani, E. S., & Artina2, A. A. (2025). Pengaruh Pemberian Dukungan Emosional Oleh Perawat Terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre Operasi Di Rsud Karawang. *Malahayati Health Student Journal*, 5, 5559–5571. <https://www.ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/MAHESA/article/view>
- [10]. Ida Nur Imamah, Fida' Husain, Y. M. (2023). Peran Perawat dengan Pemenuhan Kebutuhan Keluarga Pasien Kritis di ICU. *Media Publikasi Penelitian*, 21(1), 33–37. <https://doi.org/10.26576/profesi.v21i1.200>
- [11]. Joan M. Teno, MD, MS; Brian R. Clarridge, PhD; Virginia Casey, PhD, M. (2021). Family Perspectives on *End of Life Care* at the Last Place of Care. *JAMA*, 291(1), 5–10. <https://doi.org/10.1001/jama.291.1.88>
- [12]. Kim, Y., & Kim, D. H. (2024). Interventions for family involvement enhance *End of Life Care* for hospitalized patients: an integrative review. *BMC Nursing*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02538-z>
- [13]. Mafaza, J. I. R. (2023). *Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Kualitas End of Life Care Di Ruang ICU Rsud Dr. Soegiri Lamongan*. Universitas Muhammadiyah Lamongan.
- [14]. Marijke Noome, MSc, RN f Boukje M. Dijkstra, MSc, CCRN f Evert van Leeuwen, PhD f Lilian C. M. Vloet, PhD, R. (2022). The Perspectives of *Intensive Care Unit* Nurses About the Current and Ideal Nursing *End of Life Care*. *Researchdepartment OfEmergencyandCriticalCare*, 18(3). <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000221>
- [15]. Pokpalagon, P., Chaiviboontham, S., Siripitayakunkit, A., & Junda, T. (2025). Quality of *End of Life Care* , quality of dying and death , and grief in bereaved family caregivers. *BMC Nursin*, 24. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04023-7>
- [16]. Rosyidah & Iva. (2020). *Modul Terapi Family Psychoeducation (Fpe) Untuk Keluarga: Mengatasi Masalah-Masalah Psikologis Keluarga*. Media Nusa Creative (MNC Publishing). <https://books.google.co.id/books?id=qnRMEAAAQBAJ>
- [17]. Ruth A Engelberg 1, Lois Downey, Marjorie D Wenrich, Jan D Carline, Gerard A Silvestri, Danae Dotolo, Elizabeth L Nielsen, J. R. C. (2010). Measuring the quality of *End of Life Care*. In *Journal of Pain and Symptom Management* (Vol. 29, Issue 5 SUPPL.). <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.02.001>
- [18]. Secunda, K. E., & Kruser, J. M. (2023). Patient-Centered and Family-Centered Care in the *Intensive Care Unit*. *Clin Chest Med*, 43(3), 539–550. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2022.05.008>. Patient-Centered
- [19]. Surya Prihatini, H. J. (2021). Intervensi *End of life* Perawat Di Ruang Icu Rumah Sakit Islam Faisal Makassar: Studi Kualitatif. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 48(3), 400–410. <https://doi.org/10.33023/jikep.v9i5.1780>
- [20]. Teresa, T., Handiyani, H., & Gayatri, D. (2021). Evaluasi Kinerja Perawat dalam Pemberian Asuhan Keperawatan *end of life* Rumah Sakit X di Jakarta. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 15(1), 71–80. <https://doi.org/10.33024/hjk.v15i1.3631>
- [21]. Terrill, A. L., Ellington, L., John, K. K., Latimer, S., Xu, J., Reblin, M., & Clayton, M. F. (2018). Positive emotion communication: Fostering well-being at *end of life*. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 631–638. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.11.018>

- [22]. Timur, D. K. J. (2024). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur. In *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur*. Dinas kesehatan Jawa Timur. [https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2024](https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/Profil%20Kesehatan%20Provinsi%20Jawa%20Timur%20Tahun%202024)
- [23]. Utami, R. S., Pujiyanto, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N. (2020). Critical Care Nurses ' Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Nurse Media Journal Of Nursing*, 10(3), 260–274. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i3.31302>
- [24]. Wen, F. H., Prigerson, H. G., Hu, T. H., Huang, C. C., Chou, W. C., Chuang, L. P., Chiang, M. C., & Tang, S. T. (2024). Associations between Family-Assessed Quality-of-Dying-and-Death Latent Classes and Bereavement Outcomes for Family Surrogates of ICU Decedents*. *Critical Care Medicine*, 52(6), 900–909. <https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000006199>
- [25]. WHO. (2024). *Intensive Care Unit*. *Intensive Care Unit*. <https://data.who.int/indicators/i/C540135/1F96863>
- [26]. WHO. (2025). *Palliative Care*. *World Health Organization*. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>