

*Monograf*  
**TEORI, MODEL, DAN INSTRUMEN  
DALAM PENELITIAN  
GRIEF DAN BEREAVEMENT**

Christina Yeni Kustanti  
Nurlia Ikaningtyas  
Ninik Yunitri



**Buku Monograf**  
**Teori, Model, dan Instrumen**  
**dalam Penelitian**  
**Grief dan Bereavement**

**Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Pall.C., Ph.D.**  
**Nurlia Ikaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB, Ph.D, NS.**  
**Ninik Yunitri, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J, Ph.D.**



**Buku Monograf**  
**Teori, Model, dan Instrumen**  
**dalam Penelitian Grief dan Bereavement**

Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Pall.C., Ph.D.  
Nurlia Ikaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB, Ph.D, NS.  
Ninik Yunitri, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J, Ph.D.

Desain Sampul: Raden Bhoma Wikantioso Indrawan  
Tata Letak: Achmad Faisal

ISBN: 978-623-89965-1-3  
Cetakan Pertama: Mei, 2025

**Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang**  
**Undang-Undang RI Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta**  
*All Right Reserved*

**Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak**  
**sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.**



**PT OPTIMAL UNTUK NEGERI**

Kencana Tower Lt. Mezzanine  
Jl. Raya Meruya Ilir No. 88  
RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan  
Jakarta Barat, DKI Jakarta

Instagram @bimbel.optimal  
Tiktok @maskokooo  
www.optimaluntuknegeri.com  
Anggota IKAPI No. 635/DKI/2025



# Prakata

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku monograf ini yang berjudul "Teori, Model, dan Instrumen dalam Penelitian *Grief* dan *Bereavement*" dapat diselesaikan dengan baik.

Buku ini hadir sebagai bentuk kontribusi ilmiah terhadap pemahaman yang lebih komprehensif mengenai dinamika psikologis dalam pengalaman dukacita dan kehilangan. Dalam proses pendampingan, penelitian, maupun pengembangan intervensi, pemahaman terhadap teori-teori yang mendasari, model-model konseptual, serta instrumen yang dapat diandalkan menjadi kebutuhan yang tidak terelakkan.

Monograf ini disusun berdasarkan kajian pustaka yang mendalam dan refleksi terhadap praktik di lapangan. Buku ini mengulas berbagai teori klasik dan kontemporer mengenai *grief* dan *bereavement*, termasuk di dalamnya perspektif psikodinamik, kognitif, dan sistemik. Selain itu, buku akan membahas berbagai model yang dikembangkan untuk memahami proses berduka secara holistic, baik yang bersifat linier maupun non-linier. Buku ini menyajikan ulasan kritis terhadap sejumlah instrumen yang kerap digunakan dalam asesmen dukacita.

Penulis menyadari bahwa isu kehilangan bukan hanya ranah psikologi atau konseling semata, melainkan juga menyentuh aspek sosial, budaya, dan spiritual seseorang. Oleh karena itu, pendekatan

lintas-disiplin menjadi sangat relevan dalam setiap proyek atau intervensi yang berkaitan dengan dukacita.

Akhir kata, penulis berharap buku ini dapat memberikan manfaat bagi para akademisi, praktisi kesehatan mental, mahasiswa, serta semua pihak yang terlibat dalam upaya mendampingi individu atau kelompok yang sedang mengalami kehilangan. Kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi penyempurnaan karya di masa mendatang.

April 2025

**Penulis**

# Daftar Isi

<b>Prakata</b> .....	iv
<b>Daftar Isi</b> .....	vi
<b>BAB 1 Pendahuluan</b> .....	1
<b>BAB 2 Epidemiologi</b> .....	6
A. Prevalensi <i>Grief Disorder</i> Secara Umum .....	6
B. Prevalensi <i>Grief Disorder</i> Karena Kanker .....	7
C. Prevalensi <i>Grief Disorder</i> Karena Kematian yang Tidak Diantisipasi .....	8
D. Prevalensi <i>Grief Disorder</i> Di Masa Pandemic COVID-19.....	9
E. Prevalensi <i>Grief Disorder</i> untuk Area Pre- Loss (Sebelum Kematian) .....	10
<b>BAB 3 Skrining Proses Berduka</b> .....	12
A. Instrumen untuk Proses Berduka.....	12
B. Skrining Berduka Antisipasi.....	12
C. Instrumen Berduka .....	14
D. Instrumen Berduka Terkomplikasi.....	15
E. Instrumen Berduka Lainnya.....	16
<b>BAB 4 Diagnosis &amp; Intervensi Proses Berduka</b> .....	19
A. Jenis Berduka .....	19
B. Diagnosis <i>Prolonged Grief Disorder</i> .....	21
C. Diagnosis Keperawatan Respon Berduka.....	25
D. Intervensi Respon Berduka.....	29

<b>BAB 5</b>	<b>Komplikasi Gangguan Berduka</b>	40
<b>BAB 6</b>	<b>Proses Penelusuran Literatur</b>	46
	A. Penelusuran Literatur	46
	B. Hasil Penelusuran Literatur	49
<b>BAB 7</b>	<b>Teori dan Model Terkait <i>Grief</i> dan <i>Bereavement</i></b>	64
<b>BAB 8</b>	<b>Penutup</b>	73
	<b>Daftar Pustaka</b>	75
	<b>Glosarium</b>	83
	<b>Profil Penulis</b>	85



# BAB 1

## Pendahuluan

Salah satu cabang ilmu kesehatan yang dikenal sebagai perawatan paliatif berfokus pada perawatan orang yang hidup dengan penyakit yang mengancam jiwa atau penyakit yang mengancam jiwa. Penyakit-penyakit yang mengancam jiwa ini biasanya adalah penyakit kronis atau maju. Berdasarkan *World Health Organization* (WHO), "*an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness*" adalah tujuan utama dari perawatan paliatif (WHO, 2020). Inti dari pengertian tersebut menunjukkan bahwa perawatan paliatif merupakan upaya yang dilakukan untuk dapat meningkatkan kualitas hidup pasien; baik anak-anak maupun dewasa, termasuk keluarganya, yang mengalami penyakit serius. Pengertian tersebut juga menegaskan bahwa fokus perawatan tidak hanya pada pasien, tetapi juga keluarganya.

Pengertian tersebut menunjukkan bahwa perawatan paliatif adalah upaya untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, baik anak-anak maupun dewasa, termasuk keluarga mereka, yang menderita penyakit serius. Pengertian ini juga menegaskan bahwa fokus perawatan paliatif tidak hanya pada pasien tetapi juga pada keluarga mereka.

Perhatian tenaga kesehatan dan seluruh keluarga terfokus pada pasien saat mereka dirawat di rumah sakit atau di rumah. Perawatan anggota keluarga yang sakit biasanya dilakukan secara bersama-sama atau gotong royong karena budaya dan keeratan hubungan di antara anggota keluarga. Pasien yang menderita penyakit kronis inilah yang akan menerima perawatan paliatif, yang akan dibagi secara dinamis dengan perawatan kuratif. Porsi antara perawatan kuratif dan paliatif akan menyesuaikan seiring perkembangan penyakit pasien dan kondisinya. Misalnya, perawatan pasien dengan kanker, demensia, gagal ginjal, atau HIV/AIDS sangat intensif dan biasanya berdampak pada kehidupan pasien dan keluarganya. Intensitas perawatan pasien seolah-olah berhenti saat pasien meninggal. Selain itu, tampaknya hubungan yang terputus dengan rumah sakit atau puskesmas. Sebenarnya, setelah pasien meninggal, keluarga juga memerlukan perawatan kesehatan mental.

Tiga domain utama perawatan paliatif adalah paliatif primer, perawatan akhir kehidupan (*end-of-life care*), dan perawatan masa berduka. Fokus buku ini akan berada di bidang perawatan pasca kematian. Sebagai hasil dari sejumlah penelitian, kehilangan seorang anggota keluarga sebagai akibat dari kematian adalah proses alami yang dikenal sebagai reaksi berduka. Orang merasakan duka atas kehilangan orang yang mereka cintai, vitalitas, peluang, harta benda, dan kemampuan fungsional (Zisook et al., 2018). Duka adalah respons normal atau wajar yang dialami oleh keluarga. Meskipun dinyatakan sebagai respons normal, duka adalah pengalaman unik bagi setiap orang dan setiap jenis kehilangan (Zisook et al., 2018). Kepergian seseorang yang dekat, terutama anggota keluarga, adalah kehilangan yang sangat besar dan bisa menjadi pengalaman yang paling sulit dan menyedihkan dalam hidup seseorang. Sembilan orang yang dekat dengan satu sama lain dapat dipengaruhi oleh satu kematian (Verdery et al., 2020).

Misalnya, PTM menyumbang 74% dari semua kematian di seluruh dunia, atau sekitar 41 juta kematian per tahun (WHO, 2022), yang menyebabkan 360 juta orang berduka. Jumlah orang yang berduka meningkat secara signifikan selama pandemi COVID-19, tidak hanya karena penyakit tidak menular, tetapi juga karena lebih dari 160.000 kematian (WHO, 2022).

Perasaan sedih dan kesepian, yang dapat muncul beberapa saat setelah kehilangan sesuatu yang penting dalam hidup Anda, adalah faktor utama yang menyebabkan duka. Namun, perasaan ini akan hilang dengan waktu. Kebanyakan orang melewati proses ini. Namun, ada beberapa individu yang mengalami reaksi berduka yang cukup parah yang tidak akan hilang meskipun kehilangan mereka sudah berlangsung lama. Inilah yang kemudian disebut sebagai kematian yang kompleks atau kondisi kematian yang lama, yang merupakan reaksi berduka yang terkomplikasi.

Dari seratus orang, sepuluh mengalami reaksi berduka yang terkomplikasi (Lundorff et al., 2017). Bergantung pada penyebab kehilangan, prevalensi ini akan berbeda-beda. Keluarga yang kehilangan pasien dengan kanker dapat mengalami *disorder* pada 14.2% (95% CI, 11.7%-16.7%). Namun, untuk kehilangan karena kematian yang mendadak karena kecelakaan, COVID-19, bencana alam, atau alasan lain yang tidak diantisipasi, prevalensinya meningkat menjadi 45–49% (Djelantik et al., 2020; Kustanti et al., 2023). Sebelum pasien meninggal, keluarganya bahkan dapat berduka. Kejadian reaksi ini, yang juga dikenal sebagai *anticipatory grief*, mencapai 24.78% (interval 95% dari 19.04% hingga 30.99%) (Kustanti et al., 2022). Untuk mendiagnosis *grief disorder* sendiri, *International Classification for Diseases (ICD) Edisi 11* dapat digunakan dengan istilah *Prolonged Grief Disorder*. Untuk mendiagnosis *Persistent Complex Bereavement Disorder*, juga

dapat menggunakan DSM-5 atau *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illnesses*.

Masalah fisik, mental, sosial, dan spiritual dapat muncul dari pengalaman berduka yang terkomplikasi. Masalah mental yang muncul setelah kehilangan biasanya didiagnosis dengan kondisi mental lain, seperti depresi, kecemasan, atau *post-traumatic stress disorder* (PTSD), dan ditangani dengan intervensi-intervensi sebelum terdaftar di ICD maupun DSM. Para ahli dan peneliti *bereavement care* seperti Prigerson, Neimeyer, dan Reitsma berusaha mendapatkan bukti ilmiah bahwa berduka terkomplikasi harus didaftar sebagai diagnosis terpisah. Di antara instrumen yang Prigerson ciptakan adalah *Inventory of Complicated Grief* (ICG) dan *Prolonged Grief Disorder – 13* (PG-13), yang dimaksudkan untuk melakukan skrining atau diagnosis dari *grief*, sebutan untuk reaksi berduka (Kustanti et al., 2021; Prigerson et al., 2021; Prigerson et al., 1995; Sealey et al., 2015).

Risiko masalah psikologis seperti depresi dan gangguan stres pasca-trauma meningkat dengan kedekatan patologis (Shear, 2012). Subjek yang berduka menunjukkan tingkat kortisol rata-rata yang lebih tinggi, kemiringan kortisol diurnal yang datar, dan tingkat kortisol pagi yang lebih tinggi (Hopf et al., 2020). Akibatnya, masalah fisik juga dapat dipengaruhi oleh masalah psikologis. Keduakaaan juga dapat menyebabkan konsumsi tembakau dan alkohol meningkat, serta menyebabkan morbiditas fisik baru dan bunuh diri (Pitman et al., 2020). Dengan mempertimbangkan tantangan kesehatan yang dapat ditimbulkan oleh gangguan kedukaan, sangat penting untuk mengidentifikasi dan merawat individu yang berduka dengan berbagai pendekatan. Untuk memberikan perawatan yang tepat bagi individu yang berduka, penelitian akan sangat penting.

Banyak penelitian tentang perawatan paliatif telah dilakukan di seluruh dunia, termasuk di Indonesia (Rochmawati et al., 2016). Namun, penelitian tentang perawatan berduka dan tindak lanjut kedukaan masih kurang (Guldin, 2014). Dalam kenyataannya, melakukan penelitian tentang kedukaan di Indonesia sangat penting mengingat latar belakang budaya dan sumber daya yang beragam dari negara tersebut. Di Indonesia, orang yang berduka harus memiliki kesempatan untuk mendapatkan perawatan berduka yang mempertimbangkan kebutuhan unik mereka. Oleh karena itu, buku ini akan membahas berbagai teori, model, dan instrumen yang biasa atau pernah digunakan dalam penelitian yang berhubungan dengan grief dan bereavement. Tujuan utama dari buku ini adalah menyediakan informasi bagi akademisi, praktisi, peneliti, dan mahasiswa yang memerlukan landasan dalam melakukan pelayanan, pendampingan, maupun penelitian mereka. Dengan mempelajari buku ini, pembaca dapat dengan mudah mendapatkan inspirasi bagi pelayanan atau penelitian yang akan dilakukan.

# BAB 2

## Epidemiologi

### A. Prevalensi *Grief Disorder* Secara Umum

Dalam ICD-11, gangguan proses berduka yang berkepanjangan (juga dikenal sebagai *prolonged grief disorder* atau PGD) adalah sindrom khusus berduka. Tujuan dari identifikasi PGD adalah untuk mengetahui seberapa umum diagnosis ini akan memiliki konsekuensi klinis dan terapeutik yang signifikan; untuk mengetahui moderator yang mungkin ada; dan untuk mengevaluasi kualitas metodologis dari penelitian yang dilakukan di bidang ini. (Lundorff et al., 2017). PubMed, PsycINFO, Embase, Web of Science, dan CINAHL adalah sumber penelitian yang digunakan. Dengan menggunakan meta-analitik, studi dengan populasi dewasa non-psikiatrik yang terpapar pada berduka non-agresif (seperti kematian akibat pembunuhan, kecelakaan, atau bencana alam) dimasukkan dan dievaluasi. Empat belas studi memenuhi syarat. Meta-analisis menunjukkan prevalensi gabungan PGD sebesar 9,8% (95% CI 6,8–14). Analisis moderasi menunjukkan bahwa ada korelasi antara usia rata-rata yang lebih tinggi dan prevalensi PGD.

Jenis metodologi yang berbeda digunakan dalam studi yang memenuhi kriteria inklusi. Hanya sedikit studi yang menganalisis non-responden (14.3%) dan hanya sebagian dari studi yang

menggunakan metode pengambilan sampel probabilitas berbasis registri adalah beberapa keterbatasan. Studi ini, yang merupakan tinjauan sistematis dan meta-analisis pertama tentang prevalensi PGD, menemukan bahwa satu dari sepuluh orang dewasa yang berduka berisiko mengalaminya. Studi ini menekankan pentingnya menemukan dan memberikan perawatan kepada orang yang paling membutuhkan untuk mengalokasikan sumber daya ekonomi dan profesional secara lebih efektif. Temuan ini harus diinterpretasikan dengan hati-hati karena sangat heterogen dan tidak representatif. Penelitian epidemiologi berkualitas tinggi dengan desain berbasis populasi diperlukan.

## **B. Prevalensi *Grief Disorder* Karena Kanker**

Karena kanker adalah pengalaman yang penuh dengan tekanan, kehilangan orang yang dicintai dapat menyebabkan kesedihan yang mendalam serta efek negatif lainnya. Namun, prevalensi gangguan proses berduka di kalangan keluarga yang berhubungan dengan kematian akibat kanker masih belum diketahui. Untuk memberikan informasi yang lebih baik kepada klinisi, peneliti, dan pembuat kebijakan, penelitian dilakukan untuk menentukan prevalensi gangguan proses berduka di antara keluarga pasien kanker. Tanpa batasan bahasa, CINAHL, Embase, MEDLINE, PubMed, Scopus, PsycINFO, dan Web of Science telah dicari secara menyeluruh. Kriteria Hoy digunakan untuk menilai kualitas studi yang memenuhi kriteria (Kustanti et al., 2022).

Sebanyak 14,971 orang terlibat dalam 19 studi yang memenuhi syarat untuk meta-analisis dari 3,046 artikel yang disaring. Proses berduka terkomplikasi gabungan diperkirakan sebesar 14.2% (95% CI, 11.7%–16.7%), dengan kisaran antara 7% dan 39%.

Jumlah ini lebih tinggi pada perempuan (10%; 95% CI, 8.2%–12.1%), individu religius (9.55%; 95% CI, 8.97%–10.16%), pasangan almarhum (7.78%; 95% CI, 6.08%–9.69%), dan keluarga pasien dengan kanker neurologis (6.4%; 95% CI, 0.10%–19.9%). Tampaknya prevalensi gangguan kedukaan pada keluarga pasien kanker tidak dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, lokasi, alat diagnosis, waktu setelah kehilangan, dan metode studi.

Penelitian di masa depan diperlukan untuk menemukan dan mengeksplorasi strategi yang berguna untuk mengurangi beban yang disebabkan oleh gangguan kedukaan setelah kematian pasien karena prevalensi gangguan kedukaan pada berduka akibat kanker cukup besar.

### **C. Prevalensi *Grief Disorder* Karena Kematian yang Tidak Diantisipasi**

Studi sebelumnya menunjukkan bahwa satu dari sepuluh orang yang mengalami gangguan proses berduka yang berkepanjangan (PGD) secara alami (Lundorff et al., 2017). Lebih sedikit informasi yang diketahui tentang PGD setelah kematian yang tidak wajar, seperti kecelakaan, bencana, bunuh diri, atau pembunuhan. Tujuan penelitian berikutnya adalah untuk menghitung prevalensi gabungan PGD dan mengidentifikasi faktor-faktor yang mungkin menyebabkan perbedaan estimasi (Djelantik et al., 2020). Untuk mengetahui prevalensi gabungan PGD, literatur dicari di PsycINFO, Ovid Medline, PILOTS, Embase, Web of Science, dan CINAHL. Model efek acak digunakan untuk meta-analisis dan meta-regresi multivariat digunakan untuk melihat heterogenitas antar penelitian.

Sebanyak 25 artikel memenuhi syarat. Ada 49% gabungan dengan efek random [33,6, 65,4]. Pembunuhan dengan kekerasan, kematian anak tunggal, dan lokasi studi non-negara-negara Barat dikaitkan dengan prevalensi PGD. Waktu yang lebih lama setelah kehilangan dan kehilangan akibat bencana alam dikaitkan dengan prevalensi PGD yang lebih rendah. Mengingat metodologi studi yang berbeda, temuan ini harus ditafsirkan dengan hati-hati. Meta-analisis ini, studi pertama tentang pemindaian janin (PGD) setelah kehilangan yang tidak wajar, menunjukkan bahwa hampir setengah orang dewasa yang berduka menjalani PGD, menunjukkan betapa pentingnya PGD untuk orang yang terkena trauma dan kehilangan.

#### **D. Prevalensi *Grief Disorder* Di Masa Pandemic COVID-19**

Jutaan orang di seluruh dunia berduka atas kematian orang yang mereka cintai, dan pandemi COVID-19 telah menyebabkan banyak kematian, yang dapat berdampak negatif pada kesehatan mental. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi tingkat gejala dan gangguan berduka di antara mereka yang berduka akibat kematian pandemi dan untuk membangun kebijakan, praktik, dan prioritas penelitian (Kustanti et al., 2023). Artikel dari database Cochrane, Embase, Ovid MEDLINE, WHO COVID-19, NCBI SARS-CoV-2 Resources, Scopus, Web of Science, CINAHL, dan Science Direct telah direview secara menyeluruh. Kriteria Hoy digunakan untuk menilai kualitas studi yang dimasukkan. Data tentang prevalensi studi yang dimasukkan diubah menjadi proporsi, dan prevalensi gabungan disajikan dalam grafik plot hutan dengan interval kepercayaan 95% (CI) dan interval prediksi yang sesuai.

Sebanyak 3,677 artikel ditemukan dalam pencarian; lima belas studi dengan 9,289 peserta termasuk dalam meta-analisis. Secara keseluruhan, prevalensi gejala berduka adalah 44.6% (95% CI: 30.7%-58.5%) dan gangguan berduka diperkirakan 47.2% (95% CI: 39.8%-54.6%). Rentan terhadap gangguan berduka adalah 5.00% (95% CI: 1.00%-10.00%), dan prevalensinya lebih tinggi pada perempuan (28.44%; 95% CI: 19.62%-38.18%), dan gangguan berduka yang didiagnosis dengan alat sensitivitas tinggi adalah 48.99% (95% CI: 44.33%-53.67%). Variabilitas studi yang dimasukkan tidak dipengaruhi oleh hubungan dengan almarhum, waktu setelah kehilangan, alat diagnostik yang berdasarkan spesifikasi, dan risiko bias.

Penelitian ini menunjukkan bahwa gangguan berduka selama pandemi jauh lebih umum dibandingkan dengan kondisi sebelum pandemi. Oleh karena itu, penting untuk memberikan dukungan kepada mereka yang mengalami gangguan berduka untuk mengurangi tekanan psikologis. Hasil ini menunjukkan bahwa perawat dan tenaga kesehatan harus memperkirakan kebutuhan dukungan yang lebih tinggi dan penyediaan perawatan berduka dalam situasi pandemi.

### **E. Prevalensi *Grief Disorder* untuk Area Pre-Loss (Sebelum Kematian)**

Tingkat morbiditas psikologis, termasuk berduka antisipatif sebagai respons terhadap berbagai kehilangan selama perawatan, dapat meningkat saat merawat anggota keluarga dengan penyakit yang mengancam jiwa. Penelitian ini bertujuan untuk menentukan tingkat gangguan berduka antisipatif pada pengasuh orang dengan penyakit yang mengancam jiwa, mengingat kurangnya pengakuan terhadap berduka yang

dialami oleh pengasuh. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menentukan tingkat intervensi dan manajemen yang lebih baik untuk gangguan ini (Kustanti et al., 2022). Hingga 21 Maret 2021, pencarian tanpa batasan bahasa telah dilakukan pada CINAHL, Embase, Medline, PubMed, Scopus, PsycINFO, dan Web of Science. Kriteria Hoy digunakan untuk menilai kualitas studi yang dimasukkan dalam analisis. Tingkat prevalensi gabungan dihitung dengan model efek acak, dan heterogenitas dinilai dengan regresi multivariat.

Sebanyak 3,278 artikel ditemukan, dan 18 penelitian melibatkan 5,470 perawat. Semua pengasuh keluarga (*caregiver*) memiliki prevalensi berduka antisipatif 24.78% (95% CI, 19.04 hingga 30,99%). Tingkat ini secara signifikan lebih tinggi pada *caregiver* perempuan (16.64%; 95% CI, 12.24% hingga 21.53%) dibandingkan dengan *caregiver* laki-laki (6.11%; 95% CI, 4.55% hingga 7.87%). *Caregiver* yang sudah menikah juga memiliki risiko yang lebih tinggi (14.66%; 95% CI, 10.66% hingga 19.16%) dibandingkan dengan *caregiver* yang belum menikah (5.47%; 95% CI). Dibandingkan dengan kelompok yang lebih tua, kelompok yang lebih muda mengalami berduka lebih banyak. Namun, hubungan antara kekerabatan dan kondisi penyakit pasien tidak ditemukan sebagai moderator yang signifikan. Pada populasi umum, prevalensi gabungan jauh lebih tinggi dibandingkan dengan berduka pasca-kehilangan. Ini mendukung hipotesis bahwa berduka sebelum kehilangan memiliki magnitudo yang lebih besar daripada berduka setelah kehilangan. Bahkan sebelum kehilangan yang sebenarnya terjadi, dukungan berduka, program pendidikan, dan sumber daya terkait harus disediakan untuk meringankan beban *caregiver*.

# BAB 3

## Skrining Proses Berduka

### A. Instrumen untuk Proses Berduka

Standar dan kebijakan perawatan paliatif menganjurkan agar pengasuh keluarga menerima dukungan duka cita, tetapi tidak jelas apakah dukungan yang saat ini diberikan oleh layanan perawatan paliatif di seluruh negara maju memenuhi kebutuhan pengasuh. Kebijakan dan praktik yang berbeda dapat diatasi dengan model kesehatan masyarakat untuk dukungan duka cita yang menyesuaikan intervensi dengan kebutuhan dukungan duka cita. Suatu penelusuran literatur dilakukan untuk melihat berbagai publikasi untuk menemukan metode penilaian risiko duka yang tepat untuk berbagai titik dalam lintasan perawatan dan duka; karakteristik psikometriknya dievaluasi; dan kelayakan untuk digunakan dalam perawatan paliatif (Sealey et al., 2015).

### B. Skrining Berduka Antisipasi

Lima instrumen yang secara khusus dirancang untuk menilai kesedihan sebelum kehilangan diidentifikasi (Sealey et al., 2015). Instrumen tersebut terdiri dari dua lembar observasi yang dikelola staf dan tiga instrumen untuk laporan diri pengasuh.

Instrumen tersebut adalah:

1. *Bereavement Risk Assessment Tool* (BRAT) - Sebuah daftar *checklist* yang dibuat oleh profesional perawatan paliatif Kanada berdasarkan literatur dan pengalaman klinis untuk menemukan faktor risiko dan faktor perlindungan untuk berkabung. Alat ukur ini memerlukan pelatihan dan penilaian subjektif yang berfokus pada pengamatan karyawan daripada input langsung dari pengasuh.
2. *Bereavement Risk Index* (BRI) - Daftar *checklist* terdiri dari delapan item yang mudah digunakan dan memiliki reliabilitas memadai, menurut staf; versi yang dimodifikasi dengan empat item menunjukkan konsistensi dan validitas prediktif yang lebih baik. Namun, perubahan diperlukan untuk penggunaan yang potensial.
3. *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory* (MMCGI) - Alat ukur berdasarkan laporan diri dengan lima puluh item (dengan bentuk pendek) yang awalnya dibuat untuk pengasuh demensia untuk menilai kesedihan, pengorbanan, dan isolasi. Alat ukur ini memiliki konsistensi internal yang tinggi dan terbukti berhubungan dengan ukuran kesedihan dan kesejahteraan lainnya. Selain itu, pengasuh pasien kanker dan orang dengan cedera otak dapat menggunakan alat ini dengan baik.
4. MMCGI-SF- Versi singkat 18 item MMCGI dengan karakteristik psikometrik serupa yang dirancang untuk menjadi lebih mudah digunakan.
5. PG-12-Caregiver- Alat yang terdiri dari dua belas item yang berasal dari PG-13 bertujuan untuk mengidentifikasi kemungkinan terkena *Prolonged Grief Disorder* (PGD) sebelum kematian. Alat ini singkat dan efektif dalam mengidentifikasi pengasuh yang berisiko mengalami PGD, seperti yang terlihat dalam lingkungan hospis.

### C. Instrumen Berduka

Untuk mengukur kebutuhan dukungan duka dari *caregiver* setelah kematian pasien, sepuluh instrumen proses berduka yang didasarkan pada pengkajian diri dibuat untuk berbagai tujuan, mulai dari penelitian hingga penilaian klinis.

1. *Bereavement Experience Questionnaire* (BEQ-24) - Versi singkat dari BEQ asli yang digunakan untuk mengevaluasi rasa bersalah/marah, ketertarikan, dan kehilangan eksistensial.
2. *Core Bereavement Items* (CBI) - Alat ukur ini, yang berasal dari kuesioner sebelumnya, mengukur kesedihan melalui tiga skala praktis untuk perawatan paliatif, tetapi mungkin tidak dapat menentukan pengasuh yang berisiko tinggi.
3. *Grief Evaluation Measure* (GEM) – Alat ukur klinis yang komprehensif untuk menilai risiko duka yang kompleks namun terlalu lama untuk digunakan dalam perawatan paliatif.
4. *Grief Experience Questionnaire* (GEQ) - Ini pertama kali dibuat untuk membedakan duka dalam kasus bunuh diri; namun, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menggunakannya dalam perawatan paliatif.
5. *Hogan Grief Reaction Checklist* (HGRC) - Lumayan sulit untuk digunakan dalam perawatan paliatif meskipun dibuat untuk orang tua yang berduka.
6. *Revised Grief Experience Inventory* (R-GEI) - Versi lebih pendek dari GEI mencakup kekhawatiran fisik, depresi, ketegangan, dan kekhawatiran eksistensial; berguna untuk kesedihan sehari-hari tetapi tidak ideal untuk menemukan pengasuh yang berisiko.
7. *Inventory of Traumatic Grief* (ITG) - *Inventory of Complicated Grief* (ICG), yang dikembangkan untuk mengeksplorasi duka patologis melalui pemisahan dan stres traumatis.

8. *Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)* - Sangat umum bagi pengasuh di rumah sakit untuk mengukur duka yang belum terselesaikan dengan menganalisis perasaan masa lalu dan saat ini.
9. *Two-Track Bereavement Questionnaire (TTBQ)* - mengukur kesedihan seiring waktu dalam dua bidang: fungsi biopsikososial dan hubungan yang berkelanjutan dengan yang meninggal. Untuk potensi penggunaan dalam perawatan paliatif baru-baru ini diperpanjang.
10. Instrumen Lain – Alat ukur lainnya; IES-R, BPQ, dan GMS tidak selalu dapat digunakan atau dikecualikan apabila fokus pengukuran pada trauma daripada duka.

#### **D. Instrumen Berduka Terkomplikasi**

Empat alat yang didasarkan pada laporan diri dirancang khusus untuk kesedihan yang kompleks atau berkepanjangan. Mereka mungkin cocok untuk menilai penyesuaian yang buruk terhadap kesedihan enam bulan setelah kematian dan seterusnya. Tiga dari ukuran ini berasal dari penelitian yang menentukan bagaimana gejala kesedihan yang kompleks atau berkepanjangan berbeda dari kesedihan yang dianggap normal, depresi dan kecemasan.

Instrumennya adalah:

1. *Inventory of Complicated Grief (ICG)* dan versi revisinya 15-item (*ICG-R*) - Dikembangkan untuk menilai jenis kesedihan yang berbeda dari kesedihan normal, depresi, dan kecemasan. Selain itu, digunakan secara luas di berbagai kelompok orang yang berduka, seperti mereka yang kehilangan pasangan atau orang tua, mereka yang mengalami trauma atau bunuh diri, serta di pusat onkologi, perawatan intensif, dan perawatan paliatif.

2. *Prolonged Grief Disorder* (PG-13) - Sebuah algoritma yang digunakan dalam berbagai konteks penelitian, termasuk populasi pengungsi dan pengasuh pasien Penyakit Saraf Motorik (*Motor Neurone Disease/MND*), digunakan untuk mendiagnosis reaksi berduka berkepanjangan (*Prolonged Grief Disorder*).
3. *Brief Grief Questionnaire* (BGQ), juga dikenal sebagai *Brief Complicated Grief Questionnaire* (BCGQ) - Diciptakan sebagai alat skrining singkat untuk kesedihan kompleks setelah serangan 11 September, dan digunakan dalam studi lintas budaya, termasuk sampel besar di Jepang, yang menunjukkan karakteristik psikometrik yang dapat diandalkan di berbagai studi.

## **E. Instrumen Berduka Lainnya**

*Scoping review* atau penelusuran literatur lainnya telah dilakukan secara sistematis, untuk mengidentifikasi berbagai alat ukur lainnya yang dapat digunakan, selain dari hasil penelitian Sealey et al. (2015). *Scoping review* ini secara khusus dilakukan untuk mengidentifikasi berbagai teori, model, dan alat ukur yang bisa digunakan dalam pelayanan maupun penelitian (Kustanti et al., 2024). Instrumen yang diidentifikasi tidak secara langsung berhubungan dengan *grief and bereavement*, tetapi luaran lain yang biasanya juga diukur dalam penelitian-penelitian tersebut. Teori dan model dari hasil penelusuran literatur akan disampaikan di bagian lain dalam buku ini.

Adapun instrumen yang didapatkan dari hasil penelusuran literatur oleh Kustanti et al. (2024) adalah sebagai berikut:

1. *Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability (GDS-LD)*
2. *Glasgow Anxiety Scale for People with an Intellectual Disability (GAS-ID)*
3. *The Italian version of the Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) Scale*
4. *The Psychological Well-Being Scale*
5. *The Dual Coping Inventory*
6. *Meaning-Made Scale*
7. *Beck Depression Inventory (BDI)*
8. *The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)*
9. *The Inventory of Daily Widowed Life (IDWL)*
10. *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)*
11. *The UCLA loneliness scale*
12. *The Chinese Inventory of Complicated Grief (ICG)*
13. *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*
14. *The Chinese version of De Jong Gierveld Loneliness Scale*
15. *Inventory of Social Support*
16. *Geriatric Depression Scale (GDS)*
17. *Mini-Mental State Examination (MMSE)*
18. *The Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)*
19. *Global Motivation Scale*
20. *COPE inventory*
21. *Study-specific single items about bereavement stressors*
22. *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE)*
23. *Life Satisfaction Checklist (LiSat)*
24. *Single items relating to psychosocial well-being*
25. *Experiences in Close Relationships Scale (ECR-S)*
26. *Physical Health Questionnaire (PHQ)*

27. *Relationship Assessment Scale (RAS)*
28. *Inclusion of the Other in Self Scale (IOS)*
29. *The Two-Track Bereavement Questionnaire (TTBQ)*
30. *Grief Recovery Method® Instrument (GRM-I)*
31. *Mourning Scale*
32. *Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)*
33. *The Athens Insomnia Scale*
34. *The Continuity Bonds Scale (ECovin)*
35. *The Goldberg Anxiety and Depression Scale (EAD-G)*
36. *The 25-item Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)*
37. *Integration of Stressful Life Experiences scale*

# BAB 4

## Diagnosis & Intervensi Proses Berduka

### A. Jenis Berduka

Ada beberapa istilah yang perlu dipahami secara menyeluruh ketika berbicara tentang kehilangan dan berduka, seperti kehilangan, kesedihan, tangisan, dan kesedihan (**Tabel 4.1**).

**Tabel 4.1 Definisi terminologi yang berhubungan dengan kehilangan dan berduka**

<b>Terminologi</b>	<b>Definisi</b>
Kehilangan ( <i>loss</i> )	Ekspresi kesedihan dan ekspresi berkabung menandai kehilangan kepemilikan.
Duka ( <i>grief</i> )	Perasaan dan respons individu seseorang terhadap kehilangan yang sebenarnya, dirasakan, atau diantisipasi dikenal sebagai respons emosional terhadap kehilangan.
Berduka ( <i>mourning</i> )	Ekspresi sosial dan lahiriah dari kehilangan
Berkabung ( <i>bereavement</i> )	Istilah ini digunakan untuk menggambarkan semua pengalaman teman dan keluarga sebelum, selama, dan setelah kematian seseorang yang dicintai.

**Berduka normal.** Perasaan, perilaku, dan reaksi umum terhadap kehilangan adalah bagian dari berduka normal. Kehilangan sesuatu yang penting dalam hidup Anda dapat memakan waktu berbulan-bulan hingga bertahun-tahun, tergantung pada jenis kehilangan tersebut. Sementara rasa kehilangan tidak dapat hilang sepenuhnya, setiap orang akan terhubung kembali ke dunia nyata saat hubungan mereka dengan almarhum berubah.

**Berduka akut.** Berduka akut dimulai segera setelah orang yang dicintai meninggal, dan mencakup reaksi terhadap kehilangan orang yang dicintai dan stres. Mereka yang berkabung mengalami kebingungan tentang identitas atau peran sosial mereka selama periode kesedihan akut ini. Individu sering menghindari aktivitas sehari-hari dan percaya bahwa orang yang mereka cintai telah meninggal.

**Berduka antisipatif.** Berduka antisipatif adalah kesedihan sebelum kehilangan yang terkait dengan diagnosis penyakit akut, kronis, atau terminal yang dialami oleh seseorang, keluarga, atau pengasuh. Ini dimulai pada saat diagnosis terminal dan dapat berlanjut sampai orang tersebut meninggal. Baik individu maupun anggota keluarga dapat mengalami rasa berduka seperti ini. Jika pasien tanpa dukungan yang tepat, mereka dapat merasa kehilangan kemandirian, fungsi, atau kenyamanan, yang dapat menyebabkan rasa sakit dan kecemasan yang sangat besar. Selain itu, orang mungkin mengalami kesedihan karena tidak dapat merayakan peristiwa keluarga penting seperti pernikahan anak, kelahiran cucu, atau ulang tahun. Ada kemungkinan bahwa keluarga mengalami berduka antisipasi karena kehilangan orang yang mereka cintai sebelum mereka meninggal. Ini dapat terjadi karena mereka membayangkan hidup mereka tanpa mereka.

**Berduka terselubung.** Berduka terselubung adalah jenis berduka yang tidak dapat diakui atau divalidasi. Orang yang mengalami kesedihan semacam ini tidak memiliki kebebasan untuk mengungkapkan kesedihan mereka kepada orang lain. Mereka yang kehilangan orang yang dicintai karena penyakit atau peristiwa yang distigmatisasi, seperti AIDS, biasanya berisiko mengalami jenis berduka ini. Ibu dan ayah mungkin berduka atas kehamilan yang dihentikan, kematian bayi, atau putus hubungan.

## **B. Diagnosis *Prolonged Grief Disorder***

Sejak lama, proses berduka telah menjadi bagian dari instruksi tenaga kesehatan profesional. Namun, baru sejak 2022 berduka diakui sebagai diagnosa. Edisi 11 dari *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, juga dikenal sebagai ICD, memasukkan diagnosa gangguan kesedihan yang berkepanjangan (PGD) pada bagian gangguan akibat stres (WHO, 2021). Namun, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) pertama kali memasukkan diagnosis *Persistent Complex Bereavement Disorder* (PCBD) pada edisi kelima (DSM-5-TR), tetapi pada edisi ke-6 DSM mengubahnya menjadi PGD (APA, 2022).

Untuk diagnosa PGD, ICD 11 dan DSM-5-TR memiliki standar yang berbeda. DSM menetapkan standar yang lebih ketat, terutama terkait durasi gejala muncul, sedangkan ICD-11 cenderung lebih longgar dalam menegakkan diagnosa PGD. Setiap sistem memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Hasil penelitian menunjukkan perbedaan dalam prevalensi individu dengan diagnosa PGD menggunakan kriteria ICD dan DSM. Penetapan kriteria yang tidak ketat berdampak pada tingginya angka kejadian PGD yang ditemukan di lapangan, yang tentunya dapat berdampak pada estimasi kejadian yang

berlebihan. Sebaliknya, penetapan kriteria yang terlalu ketat dapat berdampak pada kemungkinan tidak terjangungnya individu yang pada kenyataannya memiliki masalah dengan PGD (Boelen et al., 2018; Rosner et al., 2021). **Tabel 4.2** menggambarkan kriteria diagnosa berdasarkan ICD 11 dan DSM-5-TR.

**Tabel 4.2 Kriteria Diagnosa Prolonged Grief Disorder (PGD)**

Kriteria	ICD 11	DSM-5-TR
A	Gangguan muncul setelah kematian pasangan, orang tua, anak, atau sosok lain yang dekat dengan orang yang berduka	Kematian seseorang yang dekat <i>setidaknya 12 bulan</i> sebelumnya
B	Respon kesedihan yang persisten dan meresap ditandai dengan kerinduan pada almarhum atau keasyikan yang terus-menerus dengan almarhum	Sejak kematian, terdapat respons kesedihan yang ditandai oleh <i>salah satu atau kedua gejala</i> berikut, Hingga pada level klinis yang signifikan, hampir setiap hari atau lebih selama sedikitnya dalam <i>sebulan terakhir</i> . <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerinduan/kerinduan yang kuat untuk orang yang telah meninggal</li> <li>2. Keasyikan dengan pikiran atau kenangan orang yang meninggal</li> </ol>
C	Muncul gejala kepedihan emosional yang intens, seperti: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesedihan</li> <li>2. Rasa bersalah</li> <li>3. Marah</li> <li>4. Menolak kehilangan</li> <li>5. Menyalahkan</li> </ol>	Sebagai dampak dari kehilangan, paling tidak mengalami sedikitnya 3 dari 8 gejala sejak kematian. Gejala dirasakan hampir setiap hari atau selih selama satu bulan terakhir: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan identitas (misalnya, merasa</li> </ol>

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Sulit menerima kematian</li> <li>7. Merasa bagian dari dirinya telah mati</li> <li>8. Tidak mampu mengalami mood yang positif</li> <li>9. Mati rasa</li> <li>10. Mengalami kesulitan untuk terlibat dalam kegiatan sosial</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>seolah-olah bagian dari diri sendiri telah meninggal</li> <li>2. Tidak percaya akan kematian</li> <li>3. Menghindari segala hal yang dapat meningkatkan pada individu yang meninggal</li> <li>4. Merasakan kepedihan emosional yang intens (marah, kesedihan mendalam) yang berhubungan dengan kematian.</li> <li>5. Mengalami kesulitan untuk kembali ke kehidupan nyata setelah kematian (mis. Sulit untuk merasa terhubung dengan teman, tidak tertarik melakukan apapun, atau bahkan tidak mampu memikirkan masa depan)</li> <li>6. Mati rasa (intensitas emosional rendah, membatu) sebagai dampak dari kematian</li> <li>7. Merasa hidup tidak bermakna sebagai dampak dari kematian</li> <li>8. Perasaan kesepian (merasa sendiri, terpisah dari orang kebanyakan) sebagai dampak dari kematian</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

D	<p>Respons berduka dialami dalam jangka waktu yang tidak biasa setelah kehilangan (minimal lebih dari 6 bulan) melebihi norma sosial, budaya atau agama yang berlaku.</p> <p>Reaksi berduka dalam rentang waktu sesuai nilai-nilai norma, budaya, dan agama yang berlaku dianggap dalam batasan normal sehingga tidak perlu mendapatkan diagnosa</p>	<p>Gangguan menyebabkan distress klinis signifikan pada aspek kehidupan sosial, pekerjaan, atau fungsi-fungsi pada area penting lainnya.</p>
E	<p>Gangguan menyebabkan gangguan signifikan pada kehidupan personal, keluarga, sosial, Pendidikan, atau pada fungsi-sungsi penting pada area penting lainnya.</p>	<p>Durasi dan tingkat keparahan reaksi berduka jelas melebihi norma sosial, budaya, atau agama yang diharapkan untuk budaya dan konteks individu</p>
F		<p>Gejalanya tidak lebih baik dijelaskan oleh gangguan depresi mayor, gangguan stres pascatrauma, atau gangguan mental lainnya, atau disebabkan oleh efek fisiologis dari suatu zat (misalnya, obat-obatan, alkohol) atau kondisi medis lainnya.</p>

Sumber: Kustanti and Yunitri (2025)

Secara menyeluruh, kedua sumber diagnosa menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam hal durasi. Perbedaan ini tidak terletak pada durasi elemen yang sama. ICD 11 menekankan bahwa waktu yang diperlukan untuk gejala muncul adalah enam bulan. Oleh karena itu, untuk menegakkan diagnosa PGD, tenaga kesehatan klinis atau peneliti yang menggunakan ICD 11 sebagai referensi harus mampu mengkaji awal gejala berduka muncul tanpa mempertimbangkan lama waktu kehilangan, meskipun DSM-5-TR menekankan waktu kehilangan 12 bulan. Sehingga, tanpa mempertimbangkan lamanya munculnya gejala berduka, diagnosa PGD ditegakkan apabila kehilangan telah lebih dari 12 bulan.

Berduka cita dapat bersifat aktual atau potensial tergantung pada waktu kehilangan. Berduka aktisipatif adalah ketika seseorang menanggapi kehilangan yang mungkin atau yang belum terjadi. Kehilangan biasanya dikaitkan dengan diagnosis penyakit akut, kronis, atau terminal yang dialami oleh seseorang, keluarga, atau pengasuh. Berduka antisipatif dimulai pada saat diagnosis terminal dan dapat berlangsung sampai orang tersebut meninggal.

### **C. Diagnosis Keperawatan Respon Berduka**

PGD menggunakan istilah yang berbeda dalam keilmuan keperawatan, berbeda dengan ICD 11 dan DSM-5-TR, yang menggunakan istilah yang sama untuk menegakkan diagnosis respon berduka. Diagnosis keperawatan merujuk pada beberapa sumber yang pasti memiliki terminology yang berbeda. Berdasarkan NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), tahun 2024–2026, diagnosis respon berduka terdiri dari: 1) Berduka maladaptif; 2) Resiko berduka maladaptif; dan 3) kesiapan peningkatan respon berduka. Istilah ini telah berubah.

Sebaliknya, **Tabel 4.3** menunjukkan respon berduka pada satu diagnosa, yaitu berduka, menurut standa diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI). SDKI tidak membedakan berduka menjadi kondisi fisiologis atau patologis. Perbedaan ini dapat menyebabkan perbedaan dalam persepsi penderitaan. Jika dilihat dari sudut pandang SDKI, respons berduka yang mungkin dianggap normal berdasarkan NANDA menjadi abnormal. Hal ini karena perbedaan antara ICD 11 dan DSM-5-TR dapat menyebabkan perbedaan dalam jumlah kejadian berduka yang terjadi pada orang yang kehilangan sesuatu yang penting dalam hidup mereka. Jika dilihat lebih jauh, ICD dan DSM belum menegakkan diagnosis PGD pada periode penerbitan SDKI. Akibatnya, diagnosis harus diubah hingga sesuai dengan sumber referensi diagnosa lainnya.

**Tabel 4.3 Diagnosa respon berduka berdasarkan NANDA dan SDKI**

Sumber	NANDA 2024-2026			SDKI, 2017
Diagnosa	Berduka Maladaptif	Resiko Berduka Maladaptif	Kesiapan peningkatan respon berduka	Berduka
<b>Definisi</b>	Gangguan yang muncul setelah kehilangan orang yang berarti dengan respon berduka yang tidak sesuai ekpektasi norma sosial dan budaya yang berlaku	Berisiko mengalami gangguan setelah kehilangan orang yang berarti dengan respon berduka yang tidak sesuai ekpektasi norma sosial dan budaya yang berlaku dan dapat menyebabkan masalah kesehatan	Pola fungsi kehidupan baru yang muncul setelah kehilangan aktual, antisipasi, atau signifikan dan dapat dipertahankan atau ditingkatkan	Respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan)
<b>Gejala</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cemas</li> <li>• Penurunan peran</li> <li>• Gejala depresi</li> <li>• Tidak mampu membina</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan keinginan untuk meneruskan nilai-nilai peninggalan subjek yang meninggal</li> </ul>	Tanda Mayor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa sedih</li> <li>• Merasa bersalah atau menyalahkan orang lain</li> <li>• Tidak menerima kehilangan</li> </ul>

	<p>hubungan yang lekat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krisis kepercayaan</li> <li>• Stress berlebihan</li> <li>• Mengalami gejala yang dirasakan subjek yg meninggal</li> <li>• Marah</li> <li>• Merasa lelah</li> <li>• Distress terkait subjek yang hilang</li> <li>• Perasaan terasing, kosong, diabaikan, termangu, kaget, fatigue</li> <li>• Mengalami gejala gangguan pencernaan,</li> <li>• Menghindar</li> <li>• Mengalami gangguan fisik</li> <li>• Rindu dengan subjek yang hilang</li> <li>• Tidak percaya orang lain</li> <li>• Tidak menerima kematian</li> <li>• Ingatan yang menyakitkan</li> <li>• Menghabiskan banyak waktu untuk memikirkan subjek yang hilang</li> <li>• Mengingat kembali kenangan Bersama subjek yang hilang</li> <li>• Mencari subjek yang hilang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menunjukkan keinginan untuk terlibat dalam aktivitas</li> <li>• Berusaha menggunakan mekanisme koping untuk mengatasi kepedihan</li> <li>• Bersikap memaafkan</li> <li>• Berusaha memperbaiki siklus tidur</li> <li>• Memahami perasaan marah, keputusasaan, rasa bersalah, penyesalan, perasaan positif,</li> <li>• Menganang kenangan manis bersama subjek</li> <li>• Berusaha menjalani kehidupan yang menyenangkan, memaknai kehidupan, mencoba puas dengan hidup, menerima kehilangan</li> <li>• Menggunakan energi untuk menjalani kehidupan saat ini</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Merasa tidak ada harapan</li> <li>• Menangis</li> <li>• Pola tidur berubah</li> <li>• Tidak mampu berkonsentrasi</li> </ul> <p>Tanda Minor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimpi buruk atau pola mimpi berubah</li> <li>• Merasa tidak berguna</li> <li>• Fobia</li> <li>• Marah</li> <li>• Panik</li> <li>• Fungsi imunitas terganggu</li> </ul>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyalahkan diri sendiri</li> </ul>		
<b>Etiologi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan menerima kehilangan</li> <li>• Gangguan emosional yang berlebihan</li> <li>• Mudah cemas</li> <li>• Dukungan sosial minimal</li> <li>• Kemampuan menghindar rendah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan menerima kehilangan</li> <li>• Gangguan emosional yang berlebihan</li> <li>• Mudah cemas</li> <li>• Dukungan sosial minimal</li> <li>• Kemampuan menghindar rendah</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kematian anggota keluarga atau orang terdekat</li> <li>• Amputasi</li> <li>• Cedera medulla spinalis</li> <li>• Kondisi kehilangan perinatal</li> <li>• Penyakit terminal (mis. Kanker)</li> <li>• Putus hubungan kerja</li> </ul>
<b>Faktor resiko</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan ekonomi</li> <li>• Riwayat kesulitan menerima kehilangan sebelumnya</li> <li>• Riwayat kehilangan mendadak</li> <li>• Riwayat kehilangan akibat kekerasan</li> <li>• Tidak puas dengan pesan kematian</li> <li>• Melihat anggota keluarga dengan respon berduka maladaptive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan ekonomi</li> <li>• Riwayat kesulitan menerima kehilangan sebelumnya</li> <li>• Riwayat kehilangan mendadak</li> <li>• Riwayat kehilangan akibat kekerasan</li> <li>• Tidak puas dengan pesan kematian</li> <li>• Melihat anggota keluarga dengan respon berduka maladaptive</li> <li>• Riwayat kekerasan masa kanak-kanak</li> <li>• Riwayat berduka yang tidak tuntas</li> <li>• Ketergantungan tinggi dengan subjek yang hilang</li> <li>• Memiliki kerentanan</li> </ul>	-

		tinggi untuk berduka	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memiliki konflik yang belum selesai dengan subjek yang hilang</li> <li>• Tidak bekerja</li> <li>• Wanita</li> </ul>	
<b>Comorbidit y yang mungkin menyertai</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan kecemasan</li> <li>• Depresi</li> </ul>	
<b>catatan</b>	Gejala muncul sedikitnya 6 bulan		

Sumber: Kustanti and Yunitri (2025)

#### D. Intervensi Respon Berduka

Individu dengan respon berduka maladaptive (PGD) dapat menerima ragam intervensi.

##### ***Psikoterapi***

Terbukti bahwa pendekatan seperti *behavioral therapy* (BT), *complication grief treatment* (CGT), *cognitive behavioral therapy* (CBT), *family therapy*, *cognitive therapy* (CT), dan *support group therapy* (SGT) dapat membantu mengurangi gejala berduka. Sementara terapi CBT gelombang ketiga dan terapi perilaku cenderung kurang diterima pasien, terapi psikodinamik terbukti lebih efektif dan diterima dibandingkan dengan intervensi lainnya, menurut hasil penelitian network meta-analysis. Tinjauan kami juga menunjukkan bahwa tingkat depresi, gejala PTSD, dan kecemasan orang dewasa harus dipertimbangkan saat memilih psikoterapi.

Psikoterapi menggunakan metode yang berbeda satu sama lain untuk menangani gejala berduka. Terbukti lebih efektif dan banyak digunakan, terapi psikoterapi membantu orang menerima kehilangan dan meningkatkan ketahanan emosional mereka. Hasil analisis menunjukkan bahwa CBT dan BT meningkatkan strategi koping untuk mengatasi berduka. Dibandingkan dengan terapi interpersonal dan SGT, CBT mengurangi gejala berduka secara signifikan. SGT juga dapat membantu mengurangi intensitas berduka akut, tetapi tidak cukup efektif untuk menangani PGD yang lebih kompleks. Terapi psikodinamik sering digunakan untuk menurunkan penderitaan psikologis dan meningkatkan kualitas hidup secara lebih luas bagi individu yang berduka. Oleh karena itu, pilihan terapi yang tepat sangat bergantung pada intensitas dan kompleksitas gejala individu, serta bagaimana mereka menanggapi terapi tertentu. Ini menunjukkan betapa pentingnya menerapkan pendekatan psikoterapi yang terintegrasi dan disesuaikan dengan kebutuhan unik pasien untuk mencapai hasil pengobatan berduka yang optimal.

### ***Terapi Farmaka***

Untuk gangguan respons berduka yang berkepanjangan atau maladaptif, penelitian farmakologis belum banyak dilakukan. Antidepresan dapat mengurangi gejala depresi pada orang yang berduka, menurut beberapa penelitian awal. Namun, mereka tidak mengurangi intensitas berduka. Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan desain randomized controlled trial (RCT), nortriptyline dapat membantu mengurangi gejala depresi.

Berdasarkan beberapa penelitian, antidepresan juga dapat meningkatkan efektivitas terapi CBT dan mengurangi ketidaktuntasan. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk

mengidentifikasi target pengobatan farmakologis yang berbasis bukti untuk mengatasi PGD, dan untuk memahami bagaimana penggunaan obat tertentu, baik secara tunggal maupun bersama psikoterapi, berdampak.

### ***Intervensi Keperawatan***

Berdasarkan klasifikasi intervensi keperawatan NANDA (NIC), asuhan keperawatan untuk pasien dengan respon berduka maladaptif (PGD) adalah kombinasi intervensi yang memfasilitasi proses berduka, menyalurkan kemarahan, menumbuhkan harapan, dan mengatasi berduka akibat kehilangan anak.

**Tabel 4.4 Intervensi PGD berdasarkan NANDA**

<b>Fokus asuhan</b>	<b>Intervensi</b>
<b><i>Berduka maladaptif</i></b>	
Umum	<p><i>Berduka aktual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi gejala berduka maladaptive yang muncul minimal selama enam bulan setelah kematian atau kehilangan. Gejala harus muncul setidaknya setiap hari atau dalam batasan yang mengganggu</li> <li>• Tentukan tahapan berduka pasien. Gunakan instrument standar yang sesuai</li> <li>• Gunakan Teknik komunikasi mendengar aktif</li> <li>• Identifikasi perasaan berduka pasien</li> <li>• Berikan individu yang berduka waktu dan ruang untuk sendiri</li> <li>• Ekspresikan rasa turut berduka atas kehilangan pasien</li> <li>• Identifikasi adanya depresi, kecenderungan untuk bunuh diri, atau gangguan emosi lainnya</li> <li>• Edukasi pasien dan penyedia dukungan pasien bahwa hindari Upaya untuk menghilangkan subjek dari kehidupan. Sebaiknya, jalan keluar dari berduka adalah dengan tetap menjadikan</li> </ul>

---

subjek yang hilang menjadi bagian dari kehidupan

- Identifikasi adanya pikiran pesimis dan kejadian pemicu stress terutama pada caregiver yang lebih muda
- Buat jadwal pertemuan dengan pasien untuk memberikan dukungan
- Bantu individu mengekspresikan rasa kehilangan menggunakan metode yang sesuai
- Diskusikan metode koping yang bisa digunakan
- Anjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang untuk memfasilitasi respon berduka
- Bantu individu dan keluarga untuk menemukan kelompok dukungan berduka
- Rujuk individu dan keluarga ke konseling spiritual

#### *Berduka antisipasi*

- Identifikasi adanya perasaan berduka akibat penyakit terminal, potensial kehilangan anggota keluarga atau kehilangan hal yang berarti
  - Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan pengasuh
  - Berikan informasi terbaru pasien setiap hari pada keluarga atau pengasuh. Selalu berkonsultasi dengan keluarga dalam setiap pengambilan keputusan
  - Berikan informasi terkait perawatan yang diperlukan oleh pasien setiap hari kepada keluarga atau pengasuh. Berikan informasi terkait pilihan. Yang dimiliki oleh pasien dalam menghadapi kematian, termasuk perawatan paliatif, jenazah, dan perawatan rumah.
  - Identifikasi ketercukupan sumber untuk perawatan pasien, keluarga
  - Motivasi keluarga untuk menunjukkan kepedulian dan berbicara dengan pasien setiap hari
-

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenali dan hargai perasaan pasien dan keluarga</li> <li>• Jika dibutuhkan, konsultasikan keluarga dengan pakar kesehatan mental atau pemuka agama untuk memfasilitasi kebutuhan mereka</li> <li>• Dorong keluarga untuk melakukan pengambilan Keputusan secara musyawarah</li> </ul>
Anak/orang tua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rujuk anak atau orang tua yang mengalami kehilangan untuk mengikuti program yang memfasilitasi proses berduka</li> <li>• Motivasi orang tua yang mengalami kehilangan untuk terlibat dalam aktivitas positif seperti kelompok dukungan spiritual</li> <li>• Motivasi orang tua yang mengalami kehilangan untuk menemui pakar kesehatan jiwa</li> <li>• Jika pasien adalah remaja yang mengalami kehilangan, maka dorong remaja untuk menemukan kelompok dukungan yang sesuai</li> </ul>
Lansia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya masalah perawatan diri akibat kehilangan</li> <li>• Individu yang hidup dengan lansia dengan demensia dan memiliki riwayat kehilangan sebelumnya akan mengalami respon berduka yang lebih intens setelah kematian lansia tersebut</li> <li>• Pantau tanda dan gejala fisik serta mental berduka kompleks</li> </ul>
Multi budaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya variasi nilai atau keyakinan budaya terkait respon berduka akibat kehilangan</li> <li>• Dorong adanya diskusi terkait kehilangan dan berduka yang dialami</li> <li>• Identifikasi apakah individu memahami kondisi pasien dan bersedia untuk menemani sela aproses menjelang kematian</li> </ul>
Perawatan rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semua bentuk intervensi dapat dilakukan di tatanan rumah</li> <li>• Bila tersedia fasilitas terkait, diskusi dan konsultasi dapat dilakukan via internet</li> </ul>

---

**Resiko Berduka maladaptif**

---

Umum

*Berduka aktual*

- Identifikasi gejala berduka maladaptive yang muncul minimal selama enam bulan setelah kematian atau kehilangan. Gejala harus muncul setidaknya setiap hari atau dalam batasan yang mengganggu
- Tentukan tahapan berduka pasien. Gunakan instrument standar yang sesuai
- Gunakan Teknik komunikasi mendengar aktif
- Identifikasi perasaan berduka pasien
- Berikan individu yang berduka waktu dan ruang untuk sendiri
- Ekspresikan rasa turut berduka atas kehilangan pasien
- Identifikasi adanya depresi, kecenderungan untuk bunuh diri, atau gangguan emosi lainnya
- Edukasi pasien dan penyedia dukungan pasien bahwa hindari Upaya untuk menghilangkan subjek dari kehidupan. Sebaiknya, jalan keluar dari berduka adalah dengan tetap menjadikan subjek yang hilang menjadi bagian dari kehidupan
- Identifikasi adanya pikiran pesimis dan kejadian pemicu stress terutama pada caregiver yang lebih muda
- Buat jadwal pertemuan dengan pasien untuk memberikan dukungan
- Bantu individu mengekspresikan rasa kehilangan menggunakan metode yang sesuai
- Diskusikan metode koping yang bisa digunakan
- Anjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang untuk memfasilitasi respon berduka
- Bantu individu dan keluarga untuk menemukan kelompok dukungan berduka
- Rujuk individu dan keluarga ke konseling spiritual

---

*Berdukaantisipasi*

- Identifikasi adanya perasaan berduka akibat penyakit terminal, potensial kehilangan anggota keluarga atau kehilangan hal yang berarti
- Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan pengasuh
- Berikan informasi terbaru pasien setiap hari pada keluarga atau pengasuh. Selalu berkonsultasi dengan keluarga dalam setiap pengambilan keputusan
- Berikan informasi terkait perawatan yang diperlukan oleh pasien setiap hari kepada keluarga atau pengasuh. Berikan informasi terkait pilihan. Yang dimiliki oleh pasien dalam menghadapi kematian, termasuk perawatan paliatif, jenazah, dan perawatan rumah.
- Identifikasi ketercukupan sumber untuk perawatan pasien, keluarga
- Motivasi keluarga untuk menunjukkan kepedulian dan berbicara dengan pasien setiap hari
- Kenali dan hargai perasaan pasien dan keluarga
- Jika dibutuhkan, konsultasikan keluarga dengan pakar kesehatan mental atau pemuka agama untuk memfasilitasi kebutuhan mereka
- Dorong keluarga untuk melakukan pengambilan Keputusan secara musyawarah

---

Anak/orang tua

- Rujuk anak atau orang tua yang mengalami kehilangan untuk mengikuti program yang memfasilitasi proses berduka
  - Motivasi orang tua yang mengalami kehilangan untuk terlibat dalam aktivitas positif seperti kelompok dukungan spiritual
  - Motivasi orang tua yang mengalami kehilangan untuk menemui pakar kesehatan jiwa
  - Jika pasien adalah remaja yang mengalami kehilangan, maka dorong remaja untuk menemukan kelompok dukungan yang sesuai
-

Lansia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya masalah perawatan diri akibat kehilangan</li> <li>• Individu yang hidup dengan lansia dengan demensia dan memiliki riwayat kehilangan sebelumnya akan mengalami respon berduka yang lebih intens setelah kematian lansia tersebut</li> </ul> <p>Pantau tanda dan gejala fisik serta mental berduka kompleks</p>
Multi budaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya variasi nilai atau keyakinan budaya terkait respon berduka akibat kehilangan</li> <li>• Dorong adanya diskusi terkait kehilangan dan berduka yang dialami</li> </ul> <p>Identifikasi apakah individu memahami kondisi pasien dan bersedia untuk menemani sela aproses menjelang kematian</p>
Perawatan rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semua bentuk intervensi dapat dilakukan di tatanan rumah</li> <li>• Bila tersedia fasilitas terkait, diskusi dan konsultasi dapat dilakukan via internet</li> </ul>

### ***Kesiapan peningkatan respon berduka***

#### *Berduka antisipasi*

- Identifikasi adanya perasaan berduka akibat penyakit terminal, potensial kehilangan anggota keluarga atau kehilangan hal yang berarti
- Bina hubungan saling percaya dengan pasien dan pengasuh
- Berikan informasi terbaru pasien setiap hari pada keluarga atau pengasuh. Selalu berkonsultasi dengan keluarga dalam setiap pengambilan keputusan
- Berikan informasi terkait perawatan yang diperlukan oleh pasien setiap hari kepada keluarga atau pengasuh. Berikan informasi terkait pilihan. Yang dimiliki oleh pasien dalam menghadapi kematian, termasuk perawatan paliatif, jenazah, dan perawatan rumah.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi ketercukupan sumber untuk perawatan pasien, keluarga</li> <li>• Motivasi keluarga untuk menunjukkan kepedulian dan berbicara dengan pasien setiap hari</li> <li>• Kenali dan hargai perasaan pasien dan keluarga</li> <li>• Jika dibutuhkan, konsultasikan keluarga dengan pakar kesehatan mental atau pemuka agama untuk memfasilitasi kebutuhan mereka</li> <li>• Dorong keluarga untuk melakukan pengambilan Keputusan secara musyawarah</li> </ul> <p><i>Berduka kehilangan aktual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gunakan Teknik komunikasi mendengar aktif</li> <li>• Identifikasi perasaan berduka pasien</li> <li>• Berikan individu yang berduka waktu dan ruang untuk sendiri</li> <li>• Ekspresikan rasa turut berduka atas kehilangan pasien</li> <li>• Buat jadwal pertemuan dengan pasien untuk memberikan dukungan</li> <li>• Bantu individu mengekspresikan rasa kehilangan menggunakan metode yang sesuai</li> <li>• Diskusikan metode koping yang bisa digunakan</li> <li>• Anjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang untuk memfasilitasi respon berduka</li> <li>• Bantu individu dan keluarga untuk menemukan kelompok dukungan berduka</li> <li>• Rujuk individu dan keluarga ke konseling spiritual</li> </ul>
Anak/orang tua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hargai anak atau orang tua, berikan kesempatan untuk menyampaikan pendapat dan jawab pertanyaan dengan jujur</li> <li>• Dengarkan ekspresi berduka anak</li> <li>• Edukasi orang tua bahwa berduka pada anak tidak harus diatasi, sebaliknya mereka perlu</li> </ul>

	<p>menghadapi respon kehilangan sebagaimana individu dewasa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gunakan metode bermain atau seni untuk menjelaskan tentang kematian, resiko kehilangan orang tua, saudara, atau anggota keluarga lainnya</li> <li>• Rujuk anak atau orang tua yang berduka ke tenaga kesehatan mental terutama bila kematian bersifat traumatic</li> <li>• Fasilitasi remaja untuk mengidentifikasi sumber dukungan sosial dan diskusikan strategi untuk mendapatkan dukungan</li> <li>• Motivasi. Orang tua yang berduka untuk menjaga kesehatan mereka</li> <li>• Rujuk orang tua yang berduka ke tenaga kesehatan jiwa profesional jika dibutuhkan</li> <li>• Kenali pola berduka yang berbeda antara laki-laki dan wanita, karenanya edukasi orang tua terkait hal ini</li> <li>• Kenali kemungkinan berduka bagi ibu yang mengalami keguguran</li> </ul>
Lansia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pantau kemungkinan kemunculan kembali berduka pada lansia</li> <li>• Berikan dukungan pada keluarga terutama bila subjek yang meninggal adalah lansia dengan demensia</li> <li>• Identifikasi dukungan sosial yang dibutuhkan oleh lansia yang berduka</li> </ul>
Multi budaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi adanya variasi nilai atau keyakinan budaya terkait respon berduka akibat kehilangan</li> <li>• Dorong adanya diskusi terkait kehilangan dan berduka yang dialami</li> <li>• Identifikasi apakah individu memahami kondisi pasien dan bersedia untuk menemani sela aproses menjelang kematian</li> </ul>
Perawatan rumah	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi yang telah dipaparkan dapat digunakan di tatanan perawatan rumah</li> <li>• Identifikasi pola kegiatan selama dirumah</li> </ul>

- 
- Dengarkan secara aktif perasaan berduka pasien atas kematiannya sendiri, atau akibat kehilangan orang lain
  - Kenali gejala berduka yang dialami,
  - Gunakan pendekatan peduli dan penuh harapan
  - Rujuk individu untuk pelayanan sosial
  - Libatkan pasien dalam kegiatan dukungan mental bagi individu yang berduka dimasing-masing rumah sakit
- 

Sumber: NIC dan Kustanti and Yunitri (2025)

# BAB 5

## Komplikasi Gangguan Berduka

Berduka adalah reaksi normal yang dirasakan oleh setiap orang yang kehilangan sesuatu yang penting dalam hidup mereka. Reaksi berduka yang melebihi batas normal berdasarkan norma, budaya, dan agama dikenal sebagai gangguan duka panjang (PGD). Sistem tubuh secara fisik dan psikologis pasti terkena dampak dari respons berduka yang berlangsung lama dan patologis.

Secara fisik, berduka yang berlangsung lama dan patologis dapat berdampak pada sistem endokrin, kualitas tidur, perubahan hemodinamik, sistem kekebalan, dan pembekuan darah.

### 1. Gangguan endokrin

Kadar kortisol dalam darah individu dengan respon berduka cenderung meningkat pada sepuluh hingga sebelas hari setelah kehilangan, lebih tinggi pada pria daripada wanita dan terus meningkat hingga enam bulan setelah kehilangan. Meningkatnya risiko penyakit jantung, penurunan kualitas hidup, dan gangguan imunitas tubuh sering dikaitkan dengan kondisi ini.

## **2. Perubahan kualitas tidur**

Orang yang berduka, terutama mereka yang depresi, sering mengalami masalah tidur. Hasil penelitian menggunakan analisis elektroensefalologi, yang menunjukkan hasil yang sama, memperkuat hal ini. Kondisi kognitif seperti pikiran intrusif dan perilaku menghindar seringkali dikaitkan dengan gangguan tidur. Gagal tidur dapat bertahan lama, tetapi masalah ini dapat hilang dan kembali seperti sebelum kehilangan. Akibatnya, perlu dipertimbangkan pemberian terapi tambahan untuk membantu pasien yang mengalami respon berduka meningkatkan kualitas tidur mereka.

## **3. Perubahan hemodinamik**

Studi menunjukkan bahwa orang yang berduka cenderung memiliki tekanan darah sistolik yang lebih tinggi. Namun, setelah beberapa tahun, tekanan darah cenderung kembali normal. Bagi orang muda yang sehat, perubahan kecil pada tekanan darah dapat meningkatkan risiko penyakit jantung pada orang yang lebih tua atau yang sudah memiliki penyakit jantung. Namun, perubahan kecil pada hemodinamik jangka pendek mungkin tidak signifikan bagi mereka. Oleh karena itu, pengendalian tekanan darah selama masa berduka dapat menjadi strategi penting untuk mencegah penyakit, terutama bagi individu yang berisiko tinggi.

## **4. Imunitas**

Salah satu perubahan fisiologis yang paling banyak dipelajari selama masa berduka adalah bagaimana kekebalan tubuh berfungsi. Berdasarkan berbagai penelitian, berduka dapat menyebabkan respons limfosit T yang lebih rendah terhadap stimulasi. Namun, jumlah absolut limfosit tidak selalu terpengaruh. Dengan depresi atau insomnia, aktivitas sel

pembunuh alami (*Natural Killer*) yang memerangi tumor dan infeksi virus juga turun. Berduka yang tidak terselesaikan dalam jangka panjang dapat menurunkan respons imun. Dalam waktu satu hingga dua bulan setelah kehilangan, sistem kekebalan mengalami perubahan yang signifikan. Kecuali untuk kasus berduka yang belum terselesaikan, fungsi kekebalan kembali normal enam bulan setelah kehilangan.

## 5. Gangguan pembekuan darah

Pada minggu-minggu awal berduka, ada peningkatan kadar *Von Willebrand factor* (vWF) dan aktivasi platelet, tetapi keduanya kembali normal dalam enam bulan. Aktivitas platelet yang meningkat dapat meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, terutama bagi orang dengan faktor risiko sebelumnya.

## 6. Kematian

Banyak penelitian mendukung gagasan bahwa berduka dapat meningkatkan risiko mortalitas, khususnya risiko peristiwa kardiovaskular dan serebrovaskular. Peradangan seluler, gangguan sistem imun, dan peningkatan kadar kortisol adalah jalur biologis yang dapat menjelaskan peningkatan morbiditas dan mortalitas yang disebabkan oleh berduka.

Banyak penelitian lainnya menemukan hubungan antara morbiditas medis dan berbagai jenis kehilangan. Namun, beberapa studi menemukan hubungan yang signifikan atau temuan yang tidak konsisten. Sebagai contoh, penelitian yang mengikuti lebih dari 170.000 pasien perawatan primer yang berusia di atas 60 tahun selama rata-rata empat tahun menemukan bahwa mereka yang mengalami kehilangan akibat kematian mendadak memiliki risiko kematian dalam setahun yang lebih tinggi (OR 1,61) dibandingkan dengan kehilangan yang diperkirakan (OR 1,21).

Secara psikologis, orang yang mengalami PGD berduka cenderung mengalami gangguan mental lanjutan.

### **1. Kesepian**

Studi menunjukkan bahwa orang yang mengalami kehilangan anggota keluarga cenderung mengalami perasaan kesepian, yang pada gilirannya dapat berperan dalam perkembangan depresi dan masalah kesehatan mental lainnya yang terkait dengan kehilangan. Kesepian emosional adalah jenis kesepian yang dialami oleh orang yang berduka. Orang-orang yang merasa kesepian cenderung menganggap masyarakat sebagai tempat yang mengerikan dan buruk. Keadaan kesepian ini seringkali dikaitkan dengan gejala depresi yang lebih parah, serta peningkatan pemikiran dan perilaku bunuh diri.

Penelitian telah menunjukkan bahwa kesepian adalah titik awal depresi dan masalah mental lainnya pada orang yang sedang berduka. Salah satu survei yang melibatkan 208 orang dewasa yang sedang berduka menunjukkan bahwa kesepian berhubungan dengan tingkat gejala depresi dan menunjukkan bahwa kesepian bukan hanya respons emosional terhadap kehilangan, tetapi juga dapat memperburuk kondisi psikologis, memperpanjang durasi berduka, dan meningkatkan risiko depresi.

### **2. Depresi**

Tidak peduli usia, kematian orang yang dicintai adalah salah satu peristiwa dalam hidup yang paling dapat menyebabkan depresi. Berdasarkan beberapa penelitian, depresi dapat terjadi bahkan setelah kematian yang diantisipasi. Dalam sebuah meta-analisis yang melibatkan orang tua, berduka secara signifikan merupakan prediktor yang lebih kuat untuk mengalami depresi (OR = 3,3), terutama untuk wanita (OR = 1,4), dan untuk penyandang disabilitas (OR = 2,5).

Sebuah penelitian menunjukkan bahwa dua puluh persen janda dan duda yang baru saja kehilangan pasangan mereka mengalami depresi. Bahkan pada orang yang mungkin sebelumnya tidak menunjukkan tanda-tanda depresi, angka ini menunjukkan betapa kuatnya pengaruh berduka terhadap kesehatan mental. Hal ini menunjukkan betapa pentingnya mendapatkan perawatan yang tepat untuk orang yang menderita depresi karena efek jangka panjang yang dapat ditimbulkannya.

### **3. Resiko bunuh diri**

Orang-orang yang merasa kesepian karena sedih akhirnya mengalami putus asa yang begitu parah sehingga mereka memikirkan bunuh diri. Rasa kehilangan yang tak tertahankan dan ketidakmampuan untuk menerima kenyataan dapat menyebabkan rasa kesendirian yang ekstrem, perasaan tidak berguna, dan pandangan pesimis terhadap masa depan.

Studi lain menunjukkan bahwa depresi dan ide bunuh diri adalah perasaan yang sama yang dialami orang terdekat yang kehilangan akibat bunuh diri. Mereka sering mengkritik dan menyalahkan dirinya atas apa yang terjadi pada orang yang mereka sayangi. Risiko bunuh diri dapat meningkat jika perasaan terperangkap dalam kenangan atau penyesalan dikombinasikan dengan perubahan fisik dan emosional yang disebabkan oleh stres yang berkepanjangan.

### **4. Penyalahgunaan Zat**

Sejak lama, gangguan penggunaan zat disebabkan oleh kesedihan yang tidak terselesaikan akibat kematian orang yang dicintai. Seringkali, proses berduka yang mendalam mendorong orang untuk mencari pelarian melalui penggunaan narkoba atau alkohol, yang dapat memperburuk kondisi psikologis mereka. Sebaliknya, riwayat gangguan penggunaan zat juga merupakan

faktor utama yang meningkatkan kemungkinan berkembangnya PGD setelah kehilangan. Tidak hanya ketergantungan pada zat dapat memperburuk proses berduka, tetapi juga membuat orang lebih rentan terhadap masalah kesehatan mental lainnya yang sering terjadi bersamaan dengan berduka.

# BAB 6

## Proses Penelusuran Literatur

### A. Penelusuran Literatur

*Scoping review* adalah metode yang secara sistematis mengidentifikasi dan menelaah konsep-konsep kunci serta literatur dalam suatu bidang studi tertentu untuk memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai cakupan dan karakteristik dari penelitian yang telah ada. Studi ini menggunakan lima tahap awal.

Prosedur-prosedur tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. merumuskan isu penelitian;
2. mengidentifikasi dan mengakses literatur yang relevan;
3. memilih studi yang sesuai untuk dianalisis;
4. mengorganisasi dan mencatat data yang telah dikumpulkan; dan
5. mensintesis, meringkas, serta menyajikan kesimpulan yang diperoleh (Arksey & O'Malley, 2005).

Tujuan dan pertanyaan penelitian saling terkait, tim peneliti memilih dan mengekstraksi data, analisis numerik dan tematik dilakukan, mengidentifikasi implikasi bagi praktik, dan hasil penelitian disajikan (Levac et al., 2010).

Pencarian literatur yang komprehensif dilakukan pada tanggal 27 Maret 2023, dengan menggunakan basis data CINAHL, Embase, MedLine, Scopus, PubMed, Web of Science, dan Cochrane. Pencarian dibatasi pada publikasi yang diterbitkan dalam sepuluh tahun terakhir untuk menemukan studi-studi terbaru. Artikel juga dicari secara sistematis melalui Google Scholar, artikel yang relevan, dan daftar pustaka untuk memastikan cakupan yang menyeluruh terhadap semua studi yang relevan. Pencarian ini diperbarui pada tanggal 19 April 2024. Kata kunci, tajuk subjek yang disediakan oleh basis data, serta operator Boolean digunakan untuk konsep utama "teori", "model", dan "dukacita".

*Scoping review* ini difokuskan pada studi-studi mengenai dukacita dan kehilangan yang secara eksplisit menerapkan suatu teori atau model dalam pendekatan penelitiannya. Artikel-artikel yang dimasukkan dalam ulasan ini dipilih berdasarkan beberapa kriteria inklusi, yaitu bahwa studi harus merupakan penelitian empiris, baik yang menggunakan pendekatan kualitatif, kuantitatif, maupun metode campuran, memiliki relevansi dengan topik dukacita dan kehilangan, serta mengintegrasikan teori atau model tertentu dalam analisisnya.

Dalam proses seleksi, berbagai jenis pengalaman dukacita dipertimbangkan, termasuk dukacita antisipatif yang muncul sebelum kehilangan akibat penyakit kronis atau kondisi yang mengancam jiwa, serta dukacita yang terjadi setelah meninggalnya anggota keluarga. Untuk menjaga kualitas dan relevansi temuan, beberapa kriteria eksklusi diterapkan. Artikel yang tidak membahas topik secara langsung, tidak menyajikan data yang memadai, merupakan bentuk ulasan, abstrak, presentasi konferensi, atau protokol, merupakan publikasi ganda dari dataset yang sama, serta

artikel yang diterbitkan dalam bahasa selain bahasa Inggris, dikecualikan dari kajian ini.

Proses penyaringan seluruh publikasi dilakukan oleh dua peneliti dengan memanfaatkan platform Rayyan.ai (<https://www.rayyan.ai/>). Setelah entri duplikat dihapus, salah satu penulis secara teliti menelaah judul dan abstrak setiap artikel. Selanjutnya, penulis utama menilai kelayakan teks lengkap dari artikel-artikel tersebut berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan sebelumnya.

Mengacu pada pedoman dari Joanna Briggs Institute, metode ini juga mencakup pencarian manual melalui Google Scholar, artikel yang telah dipublikasikan sebelumnya, serta daftar pustaka untuk menemukan artikel tambahan yang memenuhi kriteria kelayakan. Jika terdapat lebih dari satu publikasi yang menggunakan dataset yang sama, maka artikel yang memuat informasi paling lengkap dijadikan rujukan utama. Prosedur penyaringan ini diperkuat dengan keterlibatan penulis lainnya yang berkontribusi dalam memastikan ketepatan hasil seleksi. Selain itu, perbedaan pendapat yang muncul selama proses ini diselesaikan secara efektif melalui diskusi tim.

Setelah tahap penyaringan selesai, karakteristik relevan dari studi-studi yang terinklusi diekstraksi dan disajikan dalam bentuk tabel. Karakteristik studi yang dikumpulkan mencakup:

1. nama studi dan lokasi penelitian,
2. desain studi dan populasi sasaran,
3. tujuan penelitian,
4. teori atau model yang digunakan dalam studi, serta
5. instrumen yang digunakan untuk mengukur luaran penelitian.

Data yang diperoleh dari literatur disajikan secara deskriptif dalam bentuk tabel, sesuai dengan ruang lingkup dan tujuan dari scoping review ini. Proses penyaringan dilakukan secara mandiri oleh masing-masing penelaah yang terlibat pada tahap sebelumnya, dan apabila ditemukan ketidaksesuaian, seorang penelaah tambahan dapat dilibatkan untuk mencapai konsensus terhadap perbedaan yang muncul. Prosedur pencarian, penyaringan, ekstraksi data, serta sintesis data didiskusikan dan diverifikasi bersama seluruh penulis dalam pertemuan rutin proyek. Jawaban terhadap pertanyaan penelitian yang terdapat dalam artikel-artikel terpilih dirangkum, dan hasil yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif disajikan dalam bentuk naratif dengan struktur tematik, sebagaimana dijelaskan pada bagian temuan.

## **B. Hasil Penelusuran Literatur**

Pencarian literatur yang komprehensif dilakukan dengan memanfaatkan tujuh basis data, yang menghasilkan identifikasi sebanyak 2.391 artikel. Selanjutnya, 1.044 artikel dikeluarkan dari proses penyaringan karena duplikasi dan tanggal publikasi yang tidak memenuhi kriteria. Dua penulis menyelesaikan prosedur penyaringan secara independen dengan menggunakan perangkat lunak Rayyan.ai dan EndNote. Perbedaan dalam proses peninjauan diselesaikan melalui diskusi di antara anggota tim penulis. Sebanyak 1.297 artikel lainnya dieliminasi karena dinilai tidak relevan dengan topik atau populasi yang diteliti berdasarkan judul dan abstrak. Setelah melakukan peninjauan menyeluruh terhadap 55 teks lengkap, sebanyak 51 publikasi akhirnya dipilih untuk dimasukkan dalam *scoping review* ini (**Tabel 5.1**).

Mayoritas studi yang dimasukkan dalam *scoping review* ini dilakukan di Amerika Serikat, yang mencakup 35,3% dari total studi. Studi dari Israel menyumbang 11,8%, sementara Australia, Turki, dan

Inggris masing-masing menyumbangkan tiga studi. Berdasarkan desain penelitian, 47,1% studi menggunakan pendekatan kualitatif. Desain observasional diterapkan dalam bentuk pendekatan potong lintang (15,7%) dan studi kohort atau longitudinal (7,8%). Studi lainnya menggunakan berbagai metodologi seperti metode campuran, intervensi, translasional, penilaian properti psikometrik, studi kasus, dan analisis sekunder.

Dari seluruh studi yang disertakan, sembilan studi (17,6%) berfokus pada dukacita sebelum kehilangan (*pre-loss grief*), sementara sisanya berfokus pada dukacita setelah kehilangan (*after-loss grief*). Dari 51 studi, 35 studi secara eksplisit menyatakan bahwa fokus utama mereka adalah pada partisipan dewasa, sementara studi lainnya melibatkan remaja, dewasa muda, atau lansia. Partisipan mencakup berbagai kelompok, seperti pasien, orang tua, anak-anak, pasangan hidup, pengasuh, tenaga kesehatan, pegawai, dan mahasiswa. Terkait penyebab kehilangan, sebagian besar studi meneliti penyebab kematian secara umum (49,0%), sedangkan sebagian lainnya secara khusus meneliti dukacita dan kehilangan yang terkait dengan berbagai penyakit (29,4%). Sebanyak tujuh studi secara khusus meneliti dukacita pada mereka yang mengalami kehilangan traumatis. Namun demikian, studi dengan penyebab kematian umum dapat mencakup baik penyakit maupun kehilangan traumatis. Dari segi tujuan penelitian, 43,1% studi menyelidiki respons terhadap kehilangan atau proses dukacita, sekitar 35,3% fokus pada proses coping setelah kehilangan, sementara sisanya mengkaji kombinasi antara proses dukacita dan coping.

**Tabel 5.1 Penelitian yang Diidentifikasi**

No	Studi & lokasi	Desain studi & populasi target	Tujuan
1.	Calabria dan Cheswick (2023)  Inggris	Studi kasus  Seorang pria didiagnosis menderita sindrom Williams.	Untuk mengeksplorasi penggunaan strategi kognitif dan perilaku untuk mendukung seorang pria dengan disabilitas belajar menavigasi proses berduka, seperti yang dipahami oleh Model Proses Ganda duka.
2.	Cantwell-Bartl (2018)  Bahasa Indonesia: Australia	<i>Mixed methods</i>  29 orang tua (16 ibu dan 13 ayah) dari 16 anak yang masih hidup yang didiagnosis dengan sindrom jantung kiri hipoplastik (HLHS).	Untuk menguji kesedihan dan cara orang tua mengatasi anaknya yang memiliki disabilitas konstan yang mengancam jiwa, sindrom jantung kiri hipoplastik, dengan mengacu pada Model Proses Ganda.
3.	Currie dan kawan-kawan (2019)  Amerika Serikat	Studi kualitatif  Orang tua yang berduka karena bayi mereka dirawat di unit perawatan intensif neonatal (NICU) sebelum meninggal.	Untuk mengeksplorasi kesedihan orangtua dan pengalaman mengatasi kematian bayi di NICU tempat perawatan akhir hayat dan konsultasi perawatan paliatif pediatrik disediakan.
4.	Dauphin dan kawan-kawan (2020)  Belgia	Studi kualitatif  Pasien yang lebih tua (rentang usia 57-92 tahun) dengan kanker payudara atau kanker gastrointestinal, 3 hingga 4 tahun pasca diagnosis.	Untuk mengeksplorasi bagaimana pasien kanker mengalami ketidakpastian sepanjang perjalanan penyakit mereka menggunakan konsep liminalitas dan subjungtivitas.
5.	Gabay (2019) Israel	<i>Longitudinal nonheroic narrative study</i>	Tidak ada informasi

		Laki-laki berusia 30-an yang dirawat di rumah sakit dengan penyakit terminal dilakukan dengan interval antara 7 dan 8 minggu.	
6.	Günay dan kawan-kawan (Tahun 2019)  Turki	Studi kualitatif  Orangtua yang anaknya didiagnosis menderita kanker.	Tujuan penelitian ini adalah untuk memastikan emosi dan strategi penanggulangan orang tua Turki yang anak-anaknya telah didiagnosis menderita kanker.
7.	Misko dan kawan-kawan (2015)  Brazil	Studi kualitatif  Keluarga anak-anak dan/atau remaja yang menerima perawatan paliatif.	Untuk memahami pengalaman keluarga terhadap anak dan/atau remaja dalam perawatan paliatif dan membangun model teoritis representatif dari proses yang dialami oleh keluarga tersebut.
8.	Scrignaro dan kawan-kawan (2015)  Italia	<i>Cross-sectional</i> Pasien kanker yang saat ini berada dalam fase perawatan dan pengelolaan penyakitnya.	Untuk menyelidiki peran pencarian dan kehadiran makna dalam meningkatkan penyesuaian mental dan kesejahteraan eudaimonik pada pasien kanker.
9.	Tey dan Lee (2022)  Singapura	Studi kualitatif  Pengasuh keluarga yang berduka yang pernah tinggal dengan dan/atau merawat pasangan atau orang tua mereka yang sedang sekarat.	Untuk meneliti pengalaman berduka dan cara mengatasinya yang dilakukan oleh pengasuh keluarga.
10.	Albuquerque dan kawan-kawan (2017)	Studi longitudinal  Pasangan heteroseksual yang	Untuk menyelidiki proses interpersonal yang mana cara pasangan mengatasi masalah mempengaruhi

	Belanda	berduka karena makna yang dibuat kehilangan seorang seseorang. anak.	
<b>11.</b>	Ayaz dan kawan-kawan (2014)  Turki	<i>Cross-sectional</i> 205 relawan di Turki yang telah kehilangan orang terkasih dalam 5 tahun terakhir.	Untuk menyediakan kuesioner yang andal dan valid untuk digunakan di Turki guna menilai kesedihan.
<b>12.</b>	Barak dan Leichentrirt (2015)  Israel	Studi kualitatif  Orangtua Israel yang berduka karena kehilangan seorang anak dalam "peristiwa bermuatan ideologi" - selama dinas militer atau dalam serangan teror - dan menulis puisi yang terkait dengan kehilangan mereka.	Untuk mengungkap strategi pembuatan makna yang digunakan orangtua Israel yang berduka dalam proses (re)konstruksi makna ideologis setelah kehilangan seorang anak.
<b>13.</b>	Hitam, BP (2020)  Amerika Serikat	Studi kasus  Sepasang suami istri yang mengalami keguguran pada usia kehamilan cukup bulan, yang mengakibatkan lahir mati.	Studi ini bertujuan untuk membantu penyedia layanan kesehatan selama persalinan dalam memperoleh pemahaman lebih mendalam tentang aspek rumit dari respons berduka, yang tidak dapat sepenuhnya dijelaskan oleh teori tahapan sederhana.
<b>14.</b>	Bristowe dan kawan-kawan (2023)  Inggris	Studi kualitatif  21 individu dalam komunitas LGBT+ dari berbagai wilayah di Inggris yang telah mengalami kehilangan pasangan sipil atau pasangannya.	Untuk menyelidiki pengalaman unik pasangan yang berduka dalam komunitas LGBT+, menilai pengambilan keputusan yang terlibat dalam pengungkapan hubungan atau identitas, dan mengevaluasi Model

			Penerimaan-Pengungkapan melalui analisis data kualitatif primer.
15.	Bristowe dan kawan-kawan (2024)  Inggris	<i>Qualitative analysis from a national cross-sectional survey.</i>  Orang-orang yang kehilangan pasangan sipil atau pasangannya antara 6 sampai 10 bulan lalu diidentifikasi menggunakan catatan pendaftaran kematian.	Untuk mengeksplorasi hubungan antara respons emosional terhadap kesedihan pasangan dan dukungan sosial, serta memajukan teori tentang kesedihan dan kesedihan.
16.	Buck, dkk. (2022)  Amerika Serikat	Studi kualitatif  Pengasuh rumah sakit yang berusia lanjut yang pernah mengalami kematian pasangan pengasuhnya setidaknya 12 bulan sebelum pendaftaran dan telah diskriminasi positif untuk kesedihan yang rumit (yang teratasi pada saat wawancara).	Untuk memeriksa secara kualitatif dan mengkarakterisasikan hilangnya pengalaman diadisi bagi pemberi perawatan setelah kematian pasangan perawatannya.
17.	Caserta dan kawan-kawan (2014)  Amerika Serikat	Studi longitudinal  Pasangan/pasangan yang baru saja berkabung (2-6 bulan) berusia 50 tahun dan lebih yang kehilangan pasangannya.	Untuk menguji efektivitas intervensi berbasis teori (berdasarkan model proses ganda) untuk meningkatkan penanganan duka bagi pasangan/pasangan yang baru saja menjanda, dibandingkan dengan intervensi kelompok pendukung duka tradisional.

<b>18.</b>	Chachar dkk. (2021)  Bahasa Indonesia: Pakistan	Tinjauan Literatur  Anak-anak	Untuk mengeksplorasi pemahaman perkembangan tentang proses kematian dan kesedihan di antara anak-anak selama pandemi COVID-19 dengan menerapkan model bioekologi Bronfenbrenner.
<b>19.</b>	Chen dan kawan-kawan (2019)  Cina	Studi kualitatif  Enam ibu yang berduka karena kehilangan anak tunggal mereka dalam gempa bumi Sichuan tahun 2008 di Tiongkok.	Tujuannya adalah untuk mengeksplorasi pengalaman kesedihan para ibu ini setelah kehilangan anak mereka dan bagaimana mengatasinya selama periode 2 tahun setelah gempa bumi.
<b>20.</b>	Chen (2022)  Amerika Serikat	Analisis sekunder  Lansia lajang yang sedang berduka	Untuk menguji model efek utama dan model penyangga stres tentang bagaimana dukungan sosial memengaruhi depresi di kalangan orang dewasa tua lajang yang berduka.
<b>21.</b>	Chow dan kawan-kawan (2019)  Hongkong	Uji coba terkontrol secara acak  Orang lanjut usia yang menjadi janda (berusia 60 tahun atau lebih) di Hong Kong yang pasangannya meninggal dalam 2 tahun terakhir dan yang mendapat skor relatif tinggi dalam ukuran kesedihan yang rumit.	Untuk menguji hasil primer (reaksi kesedihan, kecemasan, depresi) dan sekunder (kesepian, dukungan sosial) dari intervensi kelompok duka proses ganda berbasis teori (DPBGI-C) dibandingkan dengan intervensi kelompok duka berorientasi kehilangan tradisional (LOBGI-C) untuk orang dewasa lanjut usia yang menjanda.
<b>22.</b>	Peri (2021)	Studi kualitatif	Untuk berkontribusi pada teori dan penggunaan klinis penulisan terapeutik dalam

	Bahasa Indonesia: Australia	Penulis memoar duka yang menggambarkan masa janda muda.	psikoterapi melalui lensa memoar kesedihan.
<b>23.</b>	Dias dan kawan-kawan (2017)  Amerika Serikat	Studi kualitatif  Orang tua yang berduka karena anak-anaknya meninggal karena kondisi kronis yang kompleks.	Untuk mengeksplorasi dan mendeskripsikan tantangan yang dihadapi orang tua yang berduka selama enam bulan pertama setelah kematian anak mereka.
<b>24.</b>	DiMaio dan kawan-kawan. (tahun 2017)  Amerika Serikat	<i>Mixed methods</i>  Orang dewasa yang sedang berduka.	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengumpulkan informasi deskriptif tentang interaksi alami antara orang dewasa yang berduka dan musik.
<b>25.</b>	Fasse dan Zech (2016)  Perancis	Studi kualitatif  Individu yang menjadi janda antara 6 dan 15 bulan setelah meninggalnya pasangannya.	Selidiki pengalaman subjektif sehari-hari dari orang-orang yang menjanda dan periksa apakah orang-orang yang menjanda mengenali diri mereka sendiri dalam Model Proses Ganda dalam Mengatasi Duka (DPM).
<b>26.</b>	Frey dan kawan-kawan (2017)  Selandia Baru	Studi kualitatif  Populasi sasaran adalah sampel praktis sebanyak 26 anggota keluarga yang ditinggalkan dari penghuni yang meninggal dalam 12 bulan terakhir di 9 fasilitas perawatan residensial perkotaan.	Tujuannya adalah untuk mengeksplorasi persepsi keluarga yang berduka tentang transisi ke pendekatan paliatif untuk merawat kerabat mereka dalam perawatan jangka panjang.
<b>27.</b>	Gilbert dan kawan-kawan (2021)	Studi kualitatif	Para peneliti ingin fokus secara khusus pada pertanyaan apakah pekerja

	Kanada	Karyawan yang berduka	yang berduka dapat menerima dukungan memadai di tempat kerja mereka.
<b>28.</b>	Hsu-Liang dan Chin-Hsing (2017)  Indonesia	Studi kasus  Populasi sasarannya adalah pasien lanjut usia (perempuan berusia 70 tahun) dengan gangguan depresi berat dan kesedihan yang rumit setelah kehilangan cucunya.	Tujuannya adalah untuk berbagi pengalaman keperawatan dalam menerapkan model konseling duka cita untuk membantu pasien lanjut usia yang depresi mengatasi kesedihan dan melanjutkan hidup.
<b>29.</b>	Hutti dan Limbo (2019)  Amerika Serikat	Studi kasus  Wanita yang kehilangan orang yang sedang dalam masa perinatal dan keluarganya yang menerima perawatan keperawatan setelah kehilangan orang yang sedang dalam masa perinatal.	Untuk menunjukkan bagaimana memahami dasar-dasar teoritis Partisipasi Terbimbing dan kerangka kerja Intensitas Duka Perinatal Hutti dapat membantu perawat memberikan perawatan duka perinatal yang sangat individual dan suportif.
<b>30.</b>	Kunkel dan kawan-kawan (2014)  Amerika Serikat	Studi kualitatif  Mahasiswa sarjana yang terdaftar dalam kursus komunikasi dan psikologi di sebuah universitas besar di wilayah Midwest di Amerika Serikat.	Untuk menyelidiki apakah teks dari studi pengungkapan diri emosional terkait kesedihan memberikan bukti bagi tipologi rekonstruksi makna yang diusulkan penulis dalam wacana.
<b>31.</b>	Lee dan kawan-kawan (2017)  Indonesia	Studi kualitatif  Populasi sasarannya adalah para janda/duda	Untuk memahami keunikan budaya dari aspek hubungan dengan orang

		Taiwan yang kehilangan pasangannya karena kanker.	yang meninggal dalam proses berduka di Taiwan.
<b>32.</b>	Leichtentritt dan Mahat-Shamir (2017)  Israel	Studi kualitatif  Ibu-ibu Israel yang mengalami pembunuhan bayi sebelum lahir (penghentian kehamilan setelah 24 minggu kehamilan karena kelainan janin).	Untuk mencapai pemahaman interpretatif tentang pengalaman ikatan berkelanjutan di antara para ibu ini - strategi yang mereka gunakan untuk mempertahankan hubungan pasca kematian dengan bayi yang tidak pernah mereka kenal, yang kematiannya mereka pilih dan saksikan, dalam konteks sosial yang mengabaikan kehilangan mereka.
<b>33.</b>	Lumb dan kawan-kawan (2017)  Kanada	<i>Two cross-sectional studies</i>  Mahasiswa setelah kematian orang yang dicintai.	Selidiki kontribusi motivasi otonom dan terkendali global dalam memprediksi pertumbuhan pascatrauma (PTG) di atas korelasi yang diteliti sebelumnya, setelah kematian orang yang dicintai.  Jelajahi peran mediasi penilaian kognitif dan penanggulangan dalam menjelaskan hubungan antara orientasi motivasi global dan PTG.
<b>34.</b>	Lunberg dan kawan-kawan (2018)  Swedia	Potongan melintang  Kaum muda setelah kehilangan orang tua karena kanker.	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji kesejahteraan psikososial orang dewasa muda yang telah kehilangan orang tua karena kanker, serta stresor duka yang berorientasi pada kehilangan dan pemulihan.

35.	Manevich dan kawan-kawan (2022)  Israel	<i>Cross-sectional</i>  Pasangan dari individu dengan gangguan kognitif dan pasangan janda dari individu yang mengalami demensia, serta kelompok kontrol tanpa gangguan kognitif.	Untuk mempelajari interaksi antara Teori Keterikatan dan Model Dua Jalur Kesedihan Akibat Demensia di antara pasangan dari orang-orang dengan gangguan kognitif.
36.	McDuffie dan kawan-kawan (2022)  Amerika Serikat	Studi kualitatif  Orang dewasa Afrika Amerika berusia setengah baya hingga tua yang telah berduka selama 18 bulan atau kurang.	Untuk menyelidiki apakah respons terhadap kehilangan di antara sampel orang Afrika Amerika berusia setengah baya hingga lebih tua konsisten dengan Model Dua Jalur Duka.
37.	Nolan dan Hallam (2019)  Amerika Serikat	<i>Repeated measures design</i>  Orang dewasa berusia 18 tahun ke atas yang pernah mengalami kesedihan karena kehilangan terkait kematian.	Untuk menggunakan validitas konstruk pendekatan pengobatan untuk menguji struktur teoritis implisit dari Teori Pemulihan Kesedihan (TOGR).
38.	Popoola dan McHunu (tahun 2015)  Nigeria	Kualitatif dan konstruktivis  Kehilangan orang tua antara usia 1 dan 3 tahun.	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menunjukkan: (a) pentingnya teori dalam deskripsi, penjelasan, prediksi, dan pemahaman tentang kesedihan di kalangan remaja akhir; dan (b) pentingnya DPM dalam membahas bagaimana remaja akhir yang berduka mengatasi kesedihan dan bagaimana mereka dapat dibantu.

39.	Ratnamohan dkk. (tahun 2018)  Bahasa Indonesia: Australia	Analisis fenomenologis  Sembilan anak (berusia 11–17 tahun) dan ibu mereka yang masih hidup dalam keluarga yang kehilangan ayah dalam keadaan terkait perang.	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran deskriptif, yang terinspirasi oleh DMM-nya Crittenden dan model berkabung lintas budaya milik Klass, tentang bagaimana sembilan anak pengungsi Tamil, yang sekarang dipindahkan ke Australia, mengatasi kehilangan yang berhubungan dengan perang atas ayah mereka yang terbunuh atau hilang.
40.	Rubin dan kawan-kawan (2020)  Israel	Analisis konseptual  Individu yang berduka karena mengalami kehilangan traumatis.	Untuk menyajikan Model Dua Jalur Duka Cita (TTMB) sebagai kerangka kerja untuk memahami dan melakukan intervensi dalam kasus duka cita traumatis.
41.	Schaefer dan kawan-kawan. (tahun 2020)  Amerika Serikat	Kualitatif  Dua belas orang tua yang berduka dan 12 pekerja kesehatan.	Studi kualitatif ini menyelidiki pengalaman membuat warisan dan berkabung dari orang tua yang berduka yang berpartisipasi dalam karya seni warisan dengan anak mereka sebelum kematiannya karena kanker.
42.	Simsek dan Buldukoglu (2023)  Turki	<i>Mixed methods</i>  Remaja berusia 14 hingga 18 tahun yang baru saja mengalami kehilangan orang tua.	Untuk mengevaluasi pengaruh perawatan keperawatan berdasarkan Teori Kepedulian Manusia Watson terhadap pertumbuhan pascatrauma pada remaja yang ditinggal orang tuanya.

43.	Supiano dkk. (2017)  Amerika Serikat	Studi kualitatif  Populasi sasarannya adalah para pengasuh demensia yang sedang berduka dan mengalami kesedihan yang rumit.	Tujuannya adalah untuk meneliti proses perubahan terapeutik pada partisipan CGGT dengan menggunakan Buku Kode Makna Kehilangan, menyelidiki apakah partisipan mengubah konstruksi mereka terhadap makna kematian, memahami proses perubahan tersebut, dan melihat apakah perubahan dalam makna tersebut mengarah pada memori terintegrasi tentang orang yang meninggal.
44.	Terejo dan Barea (2023)  Spanyol	Laporan kasus  Populasi sasarannya adalah seorang wanita berusia 33 tahun yang mengalami kematian perinatal.	Tujuannya adalah untuk menerapkan rencana perawatan individual yang akan memungkinkan pemulihan kembali keseimbangan emosional dan lingkungan wanita setelah mengalami kematian perinatal.
45.	Thieleman dan kawan-kawan (2014)  Amerika Serikat	Studi kuasi-eksperimental  Klien yang mencari konseling kesedihan di lembaga kesehatan mental, mayoritas adalah orang tua yang berduka.	Untuk menyajikan studi pendahuluan tentang intervensi berbasis kesadaran yang disebut model ATTEND bagi individu yang mengalami kesedihan traumatis, yang meneliti perubahan dalam gejala trauma, depresi, dan kecemasan.

<b>46.</b>	Tian dan Solomon (2020a)  Amerika Serikat	<i>Cross-sectional</i>  193 wanita yang mengalami keguguran dalam tahun sebelumnya.	Untuk menguji bagaimana dampak relasional keguguran berhubungan dengan respons kesedihan ibu yang berduka.
<b>47.</b>	Tian dan Solomon (2020b)  Amerika Serikat	<i>Cross-sectional</i>  Perempuan yang pernah mengalami keguguran dalam 12 bulan terakhir dan sudah menikah atau memiliki hubungan yang berkomitmen	Untuk menyelidiki faktor-faktor yang mempengaruhi hubungan antara kesedihan setelah keguguran dan pertumbuhan pasca-trauma.
<b>48.</b>	Williams dan kawan-kawan (2021)  Amerika Serikat	<i>Cross-sectional</i>  Penelitian ini melibatkan 232 orang dewasa yang pernah mengalami kematian orang yang dicintainya dalam 10 tahun terakhir.	Tujuan penelitian ini adalah untuk memanfaatkan Teori Perhatian terhadap Makna (Mindfulness-to-Meaning-Theory/MMT) untuk meningkatkan pemahaman tentang ciri-ciri kepribadian dan proses kognitif yang memfasilitasi pertumbuhan pascatrauma dalam konteks kesedihan.
<b>49.</b>	Wittenberg-Lyles dan kawan-kawan (2015)  Amerika Serikat	<i>Mixed methods</i>  Perawat rumah sakit yang sedang berduka.	Untuk mengevaluasi pengalaman berduka para pengasuh rumah sakit yang berpartisipasi dalam studi percontohan menggunakan Grup Facebook Rahasia untuk dukungan berduka daring.

50.	Wojtkowiak dan kawan-kawan (2019)  Belanda	Studi kualitatif Pengguna narkoba berat yang mengalami kematian terkait narkoba.	Untuk mengeksplorasi proses pencarian makna (baru) setelah kehilangan orang terkasih dalam konteks penggunaan narkoba keras.
51.	Yasein-Esmael dan kawan-kawan (2018)  Muslim Arab Israel	<i>Cross-sectional</i>  93 janda Muslim Arab Israel kelas menengah dan setengah baya.	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengungkap dukungan dalam konteks spesifik komunitas Muslim Arab, dan mencakup 18 topik yang relevan secara budaya.

Sumber: Kustanti et al. (2024)

# BAB 7

## Teori dan Model Terkait *Grief* dan *Bereavement*

Sebanyak 33 teori atau model yang berkaitan dengan studi tentang dukacita dan kehilangan telah diidentifikasi dalam *scoping review* yang dilakukan. Teori atau model yang paling banyak digunakan adalah *Dual-Process Model of Coping with Bereavement* dengan proporsi 33,3%, diikuti oleh *Two-Track Model of Bereavement* sebesar 9,8%. Tiga studi masing-masing menggunakan *Meaning-making Model*, *Continuing Bonds Theory*, dan *Meaning-Reconstruction Model of Grief*.

Pada bagian selanjutnya, kami akan menguraikan secara lebih mendalam dua teori atau model yang paling sering digunakan, sedangkan teori dan model lainnya telah dirangkum dalam **Tabel 7.1**

**Tabel 7.1 Teori dan Model terkait *Grief* dan *Bereavement***

<b>No.</b>	<b>Theory atau model</b>
1.	<i>Dual-Process Model of Coping with Bereavement (Stroebe &amp; Schut)</i> Proses berduka dicirikan oleh osilasi antara pendekatan yang berorientasi pada kehilangan dan pemulihan serta regulasi yang dinamis.
2.	<i>The concepts of liminality and subjunctivity: "uncertainty in illness" theory (Mishel)</i> Ketidakpastian muncul dari proses kognitif yang membuat pasien tidak mampu memahami apa yang terjadi pada mereka.
3.	<i>Bion's: container-contained theory</i> Berpikir merupakan kebutuhan emosional inti yang berkembang melalui komunikasi sosial. Komunikasi terbagi menjadi tiga jenis, yang masing-masing sesuai dengan berbagai tahap perkembangan: komensal, simbiosis, dan parasit.
4.	<i>Elisabeth Kubler-Ross's model: Model of the five stages of grief</i> Menjelaskan lima tahap umum kesedihan, termasuk penyangkalan, kemarahan, tawar-menawar, keputusasaan, dan penerimaan.
5.	<i>Symbolic Interactionism Theory (Carter &amp; Fuller)</i> Interaksionisme simbolik memperhatikan sudut pandang subjektif individu-individu ini dan bagaimana mereka memahami dunia dari perspektif mereka sendiri.
6.	<i>Meaning-making model (Park)</i> Model Pembuatan Makna mengidentifikasi dua tingkatan makna, global dan situasional. Model pembuatan makna menyediakan kerangka kerja yang berguna untuk mengintegrasikan berbagai teori terkait makna dan temuan empiris yang ada.

No.	Theory atau model
7.	<p><i>The Two-Track Model of Bereavement (Rubin)</i></p> <p>Proses berduka dikonseptualisasikan sepanjang dua sumbu yang terpisah namun interaktif yang memperhatikan komponen yang terlihat dan tersembunyi dari respons seseorang terhadap kehilangan. Sumbu ini bisa berupa kognitif atau perilaku.</p>
8.	<p><i>The Hans-Georg Gadamer's hermeneutic philosophy and relational dialectics theory</i></p> <p>Pendekatan yang lebih inkarnasional terhadap keberadaan manusia yang secara eksplisit diambil dari teologi Kristen untuk menekankan kualitas pengetahuan manusia yang bersifat linguistik, historis, bergantung pada tradisi dan dengan demikian hermeneutis.</p>
9.	<p><i>Loss of The Assumptive World (Kauffman)</i></p> <p>Keragaman sudut pandang dan pemahaman yang unik memberikan gambaran tentang kemunduran gagasan dunia yang diasumsikan dan nilai praktisnya dalam pengaturan klinis, sekaligus mengekspresikan rasa optimisme dan kekuatan di tengah kehilangan yang menghancurkan.</p>
10.	<p><i>The Acceptance-Disclosure Model (Bristowe)</i></p> <p>Pengalaman orang LGBT+ yang berduka dibentuk oleh sejauh mana individu merasa mampu mengungkapkan sifat hubungan mereka dengan orang lain, dan sejauh mana hubungan tersebut diterima. Model tersebut menggambarkan empat ranah duka berdasarkan empat dimensi; diucapkan, tidak diucapkan, diterima, tidak diterima.</p>
11.	<p><i>Continuing Bonds Theory (Klass)</i></p> <p>Individu yang pernah mengalami kehilangan tidak lagi berkewajiban untuk melepaskan diri dari orang yang telah meninggal, dan bahwa hubungan tersebut dapat dipertahankan melampaui batas-batas kematian.</p>

No.	Theory atau model
12.	<p><i>Relational Turbulence Theory (RTT) (Solomon)</i></p> <p>Menjelaskan bagaimana persepsi yang bias, emosi yang tinggi, dan komunikasi yang dinamis menyebabkan penilaian global terhadap hubungan yang kacau. Teori ini meneliti bagaimana turbulensi relasional memengaruhi hasil pribadi, relasional, dan sosial. Terakhir, gagasan ini menunjukkan bagaimana komunikasi dapat menyebabkan turbulensi dan ketahanan hubungan romantis.</p>
13.	<p><i>Bronfenbrenner's Bioecological Model</i></p> <p>Menurut teori sistem ekologi Bronfenbrenner, perkembangan anak adalah sistem hubungan yang kompleks yang dipengaruhi oleh nilai-nilai, hukum, dan praktik keluarga, sekolah, dan budaya.</p>
14.	<p><i>Main Effect Model and The Stress-Buffering Model (Cohen &amp; Wills)</i></p> <p>Model Efek Utama menyatakan bahwa manfaat dan kerugian hubungan sosial tidak bergantung pada stres. Hipotesis penyangga stres dari dukungan sosial menyatakan bahwa orang dengan dukungan sosial yang lebih sedikit melaporkan peningkatan stres.</p>
15.	<p><i>Dialogical Self Theory (Hermans)</i></p> <p>Teori ini menyatakan bahwa diri bukanlah satu entitas, melainkan "masyarakat pikiran" yang rumit yang terdiri dari banyak diri.</p>
16.	<p><i>Adaptive Leadership Framework (Anderson)</i></p> <p>Berfokus pada identifikasi tantangan yang dihadapi oleh individu dan mengkategorikannya berdasarkan siapa yang bertanggung jawab untuk melakukan pekerjaan adaptasi terhadap tantangan tersebut. Tantangan adalah dipandang sebagai teknis atau adaptif.</p>
17.	<p><i>Health Care Model (Donabedian)</i></p> <p>Ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi dan membandingkan kualitas organisasi perawatan</p>

No.	<i>Theory atau model</i>
	kesehatan dikategorikan sebagai ukuran struktur, proses, atau hasil.
18.	<p data-bbox="257 296 941 326"><i>C.A.R.E model of employee bereavement support (Gilbert)</i></p> <p data-bbox="298 331 958 435">Model ini mencirikan model CARE: komunikasi, akomodasi, pengakuan, dan dukungan emosional bagi karyawan yang berduka.</p>
19.	<p data-bbox="257 475 792 505"><i>The Four Tasks of Mourning Model (Worden)</i></p> <p data-bbox="298 510 958 753">Pekerjaan penanganan duka melibatkan tugas-tugas mendasar untuk membantu penyintas menyesuaikan diri dengan kehilangan: menerima kenyataan kehilangan, mengatasi rasa sakit akibat duka, menyesuaikan diri dengan dunia tanpa almarhum, dan membantu penyintas menemukan tempat yang tepat bagi almarhum dalam kehidupan emosional mereka.</p>
20.	<p data-bbox="257 793 877 822"><i>Hutti Perinatal Grief Intensity Theoretical Framework</i></p> <p data-bbox="298 828 958 1105">Kerangka teoritis menggambarkan bagaimana pemikiran orang tua tentang kehilangan ibu sebelum melahirkan memengaruhi perilaku mereka setelahnya. Paradigma tersebut mengasumsikan bahwa perilaku orang tua dan perilaku setelah kehilangan ibu sebelum melahirkan dipengaruhi oleh bagaimana mereka memandang pengalaman tersebut, bukan fakta sebenarnya.</p>
21.	<p data-bbox="257 1145 712 1175"><i>Guided Participation Theory (Pridham)</i></p> <p data-bbox="298 1180 958 1388">Partisipasi terbimbing adalah ketika seseorang yang berpengalaman membantu seseorang yang kurang berpengalaman mempelajari tindakan sehari-hari yang relevan secara pribadi dan sosial. Suatu praktik terdiri dari tindakan yang terstruktur secara sosial dengan tujuan yang berulang.</p>
22.	<p data-bbox="257 1428 836 1458"><i>Relational dialectic theory (Baxter &amp; Matgomery)</i></p> <p data-bbox="298 1463 958 1567">Dialektika relasional didasarkan pada keinginan ekstrem yang mempertahankan hal yang sebaliknya. Konflik hubungan tercermin dalam ide filosofis ini. Orang-orang</p>

No.	<i>Theory</i> atau model
	yang berbeda dalam suatu hubungan menciptakan kontradiksi, yang mengilhami konsep tersebut.
23.	<p><i>Self-Determination Theory (SDT) (Deci &amp; Ryan)</i></p> <p>SDT adalah metode untuk mempelajari motivasi dan kepribadian manusia yang menggabungkan metodologi empiris dengan metateori organisme, yang menekankan peran sumber daya batin dalam pengembangan kepribadian dan pengaturan diri.</p>
24.	<p><i>Attachment Theory (Bowlby)</i></p> <p>Bowlby merasa bahwa perilaku keterikatan (seperti mencari kedekatan) bersifat naluriah dan akan dipicu oleh variabel apa pun yang tampaknya mengancam kedekatan, seperti perpisahan, rasa tidak aman, atau ketakutan.</p>
25.	<p><i>Theory of Grief Recovery (TOGR) (James &amp; Friedman)</i></p> <p>TOGR dikembangkan menggunakan prinsip-prinsip perilaku yang telah divalidasi oleh penelitian pendidikan dan paling erat kaitannya dengan bagian-bagian terapi paparan jangka panjang.</p>
26.	<p><i>Crittenden's Dynamic-Maturational Model of Attachment and Adaptation (DMM)</i></p> <p>DMM mempertimbangkan beberapa strategi keterikatan perlindungan diri, trauma dan kehilangan psikologis yang belum terselesaikan, dan pengubah.</p>
27.	<p><i>Klass' cross-cultural model of grief</i></p> <p>Model kesedihan ini berkembang antara lintas budaya dan multibudaya dari berbagai ilmu psikologi dan sosial. Ini bisa menjadi 'warisan hidup' yang menyediakan: kenyamanan, kesinambungan, panutan, bimbingan, makna, dan dukungan untuk harga diri.</p>
28.	<p><i>Watson's Theory of Human Caring</i></p> <p>Psikologi transpersonal dan perspektif holistik mendukung sistem nilai dasar teori ini, yang bersifat</p>

No.	Theory atau model
	etis-epistemik-ontologis dan kesatuan. Perawatan transpersonal dan perawatan antarmanusia adalah poin utama Teori Perawatan Manusia Watson.
29.	<p><i>Meaning-Reconstruction Model of Grief (Neimeyer)</i></p> <p>Proses berduka melibatkan individu yang berduka yang terus berubah saat mereka mencari makna dalam kematian. Ketika berduka, konteks, budaya, dan hubungan dipertimbangkan saat individu berjuang melawan rasa tidak berarti yang luar biasa yang biasanya muncul setelah kehilangan orang yang dicintai.</p>
30.	<p><i>Dysfunctional Bereavement Theory (Eakes, Burke &amp; Hainsworth)</i></p> <p>Teori keperawatan tingkat menengah ini mempertimbangkan faktor internal dan eksternal dari kesedihan disfungsi dan memungkinkan terciptanya rencana perawatan individual.</p>
31.	<p><i>The ATTEND Model</i></p> <p>Model ini terdiri dari unsur-unsur: penyesuaian, kepercayaan, sentuhan terapeutik, egalitarianisme, nuansa, dan pendidikan kematian.</p>
32.	<p><i>Theory of conversationally induced reappraisals (Burlison &amp; Goldsmith)</i></p> <p>Teori ini menyoroti perlunya terlibat dalam percakapan yang mendukung dengan orang lain sebagai sarana untuk mengatur emosi selama situasi yang membuat stres.</p>
33.	<p><i>Mindfulness-To-Meaning-Theory (MMT)</i></p> <p>MMT dapat menjelaskan transformasi perenungan intrusif menjadi perenungan yang disengaja yang tampaknya memunculkan pembuatan makna yang terkait dengan pertumbuhan pascatrauma.</p>

Sumber: Kustanti et al. (2024)

Teori-model yang sering digunakan terutama adalah sebagai berikut:

1. *Dual-Process Model of Coping with Bereavement*

Penggunaan model ini tersebar luas dalam praktik perawatan dukacita, dengan setidaknya 17 penelitian yang menerapkannya. Berdasarkan hasil tinjauan kami, terdapat peningkatan jumlah studi kualitatif yang menggunakan model ini, khususnya dengan fokus pada pengalaman individu dalam menghadapi kehilangan (Calabria & Cheswick, 2023; Tey & Lee, 2022) dan mekanisme coping setelah kehilangan (Cantwell-Bartl, 2018; Currie et al., 2019). Semua studi ini dilakukan dalam ranah dukacita sebelum kehilangan (*pre-loss grief*). Dalam area dukacita setelah kehilangan (*after-loss grief*), Albuquerque et al. (2017) meneliti proses interpersonal di mana mekanisme coping pasangan memengaruhi pembentukan makna seseorang. Secara bersamaan, *Dual-Process Model of Coping with Bereavement* digunakan untuk memahami reaksi dukacita di unit maternitas (Black, 2020; Leichtentritt & Mahat-Shamir, 2017), dukacita pasangan atau suami/istri (Bristowe et al., 2024; Caserta et al., 2014; Fasse & Zech, 2016), dan dukacita yang terkait dengan bencana (Chen, 2022). Selain itu, *Dual-Process Model of Coping with Bereavement* diterapkan untuk mempelajari dukacita dan kehilangan pada mereka yang telah kehilangan orang tua atau anak (Lundberg et al., 2018; Popoola & McHunu, 2015; Schaefer et al., 2020). Sementara itu, sebuah studi terkontrol secara acak menggunakan teori ini untuk menyelidiki intervensi kelompok dukacita berbasis teori dengan pendekatan proses ganda (Chow et al., 2019).

2. *Two-Track Model of Bereavement*

Lima dari 51 studi dalam scoping review ini telah menerapkan *Two-Track Model of Bereavement*. Model ini digunakan untuk membangun instrumen guna mengevaluasi dukacita dalam

sebuah studi oleh Ayaz et al. (2014). Model ini, serupa dengan *Dual-Process Model of Coping with Bereavement*, digunakan untuk memahami reaksi terhadap kehilangan di kalangan pasangan (Manevich et al., 2022) dan individu Afrika-Amerika paruh baya hingga lanjut usia (McDuffie et al., 2022). *Two-Track Model of Bereavement* digunakan dalam studi lain sebagai kerangka konseptual untuk memahami dan melakukan intervensi pada kasus-kasus dukacita traumatis (Rubin et al., 2020). Selain itu, model ini telah digunakan untuk menyelidiki perspektif lintas budaya terkait dukacita dan kehilangan, mengingat bahwa populasi yang berbeda dapat mengalami kehilangan dengan cara yang beragam (Yasien-Esmael et al., 2018).

Berbagai teori dan model tersebut dapat dikategorikan sebagai:

1. The pattern of grief

Fenomena dukacita dijelaskan melalui berbagai kerangka teori. Beberapa teori menggambarkan dukacita berdasarkan ciri-ciri yang dapat diamati dari reaksi individu, sementara teori lainnya menjelaskan pengalaman kehilangan dan proses berduka sebagai sesuatu yang berlangsung terus-menerus dan berkembang seiring waktu. Klasik teori dari Kübler-Ross (2011) menjelaskan bahwa kehilangan dan dukacita merupakan tahapan yang dimulai dari kemarahan hingga penerimaan. *The Meaning-making Model* (Park & Folkman, 1997) dan *Meaning-Reconstruction Model of Grief* (Neimeyer, 2001) dapat digunakan dalam sebuah proyek penelitian untuk menyelidiki proses atau tahapan berduka. Selain itu, *the Dual-Process Model of Coping with Bereavement* (Stroebe & Schut, 1999), *the two-track model of bereavement* (Rubin, 1981), dan *Crittenden's dynamic-maturational model of attachment and adaptation* (Crittenden & Landini, 2011) menjelaskan konsep kehilangan dan dukacita dalam suatu kerangka yang mencakup pola-pola yang dinamis.

# BAB 8

## Penutup

*Scoping review* ini difokuskan pada studi-studi yang membahas dukacita dan kehilangan dengan pendekatan berbasis teori atau model tertentu. Studi yang dimasukkan harus merupakan penelitian empiris, baik kualitatif, kuantitatif, maupun metode campuran, yang relevan dengan topik dukacita dan mengintegrasikan teori atau model dalam analisisnya. Proses seleksi mengikuti pedoman Joanna Briggs Institute, mencakup pencarian dari berbagai database besar, pencarian manual melalui Google Scholar, serta referensi dari artikel-artikel terdahulu. Artikel dengan informasi paling lengkap dari dataset yang sama dijadikan acuan utama, dan penyaringan dilakukan secara kolaboratif untuk memastikan akurasi.

Dari 2.391 artikel yang ditemukan, 1.044 dieliminasi karena duplikasi. Proses penyaringan dilanjutkan terhadap 1.297 artikel yang tersisa, yang dinilai tidak relevan berdasarkan judul dan abstrak. Setelah peninjauan menyeluruh terhadap 55 teks lengkap, 51 studi akhirnya memenuhi kriteria dan dimasukkan dalam ulasan. Prosedur penyaringan ini dilakukan secara independen oleh dua penulis dan perbedaan diselesaikan melalui diskusi tim.

Studi yang disertakan berasal dari berbagai negara, dengan dominasi dari Amerika Serikat (35,3%), disusul oleh Israel, Australia,

Turki, dan Inggris. Pendekatan kualitatif paling banyak digunakan (47,1%), sementara sisanya menggunakan desain observasional, metode campuran, intervensi, dan pendekatan lainnya. Topik yang dikaji mencakup dukacita sebelum dan sesudah kehilangan, dengan fokus utama pada orang dewasa, namun juga melibatkan berbagai kelompok usia dan peran. Studi meneliti beragam penyebab kehilangan, dari kematian umum, penyakit, hingga kehilangan traumatis. Tujuan penelitian bervariasi antara mempelajari respons emosional, proses coping, hingga kombinasi keduanya.

Sebanyak 33 teori atau model diidentifikasi dalam studi-studi tersebut, dengan *Dual-Process Model of Coping with Bereavement* menjadi yang paling sering digunakan (33,3%), diikuti oleh *Two-Track Model of Bereavement* (9,8%). Instrumen pengukuran yang digunakan dalam studi sangat beragam, dengan total 37 alat ukur. Untuk mengukur dukacita digunakan instrumen seperti *Inventory of Complicated Grief (ICG)* dan *Two-Track Bereavement Questionnaire (TTBQ)*. Sementara itu, kondisi seperti depresi dan kecemasan diukur menggunakan alat seperti CES-D, BDI, dan HADS. Aspek lainnya yang juga diteliti meliputi ketahanan mental, mekanisme coping, serta kesejahteraan fisik dan psikososial, menggunakan berbagai skala yang telah tervalidasi, termasuk *Meaning-Made Scale* untuk pengukuran proses pembentukan makna.

# Daftar Pustaka

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. R., & Zanotti, M. (2021). *Nursing Diagnosis Handbook, Revised Reprint with 2021-2023 NANDA-I® Updates-E-Book*. Elsevier Health Sciences
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Albuquerque, S., Buyukcan-Tetik, A., Stroebe, M. S., Schut, H. A. W., Narciso, I., Pereira, M., & Finkenauer, C. (2017). Meaning and coping orientation of bereaved parents: Individual and dyadic processes. *PloS one*, *12*(6), e0178861. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178861>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Ayaz, T., Karanci, A. N., & Aker, A. T. (2014). The reliability and validity study of the Turkish version of Two Track Model of Bereavement Questionnaire. *Turk psikiyatri dergisi = Turkish journal of psychiatry*, *25*(4), 253-263. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med11&NEWS=N&AN=25487623>
- Black, B. P. (2020). Stillbirth at Term: Grief Theories for Care of Bereaved Women and Families in Intrapartum Settings. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *65*(3), 316-322. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13108>
- Bristowe, K., Timmins, L., Pitman, A., Braybrook, D., Marshall, S., Johnson, K., King, M., Roach, A., Yi, D., Almack, K., Day, E., Clift, P., Rose, R., & Harding, R. (2024). Between loss and

restoration: The role of liminality in advancing theories of grief and bereavement. *Social Science & Medicine*, 344, N.PAG-N.PAG.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116616>

Calabria, L., & Cheswick, C. (2023). Using cognitive and behavioural strategies to support a man with mild-moderate learning disabilities navigate the dual process model of grief: A clinical case study. *British Journal of Learning Disabilities*, 51(4), 597-607. <https://doi.org/10.1111/bld.12540>

Cantwell-Bartl, A. (2018). Grief and coping of parents whose child has a constant life-threatening disability, hypoplastic left heart syndrome with reference to the Dual-Process Model. *Death Studies*, 42(9), 569-578. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1407380>

Caserta, M., Utz, R., Lund, D., Swenson, K. L., & de Vries, B. (2014). Coping Processes Among Bereaved Spouses [Article]. *Death Studies*, 38(3), 145-155. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738767>

Chen, R. (2022). Social support as a protective factor against the effect of grief reactions on depression for bereaved single older adults [Article]. *Death Studies*, 46(3), 756-763. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1774943>

Chow, A. Y. M., Caserta, M., Lund, D., Suen, M. H. P., Xiu, D., Chan, I. K. N., & Chu, K. S. M. (2019). Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for Widowed Older Adults [Journal article]. *Gerontologist*, 59(5), 983-994. <https://doi.org/10.1093/geront/gny095>

Crittenden, P. M., & Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis*. WW Norton & Company.

Currie, E. R., Christian, B. J., Hinds, P. S., Perna, S. J., Robinson, C., Day, S., Bakitas, M., & Meneses, K. (2019). Life after loss: Parent bereavement and coping experiences after infant death in

- the neonatal intensive care unit [Article]. *Death Studies*, 43(5), 333-342.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1474285>
- Djelantik, A., Smid, G. E., Mroz, A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *J Affect Disord*, 265, 146-156.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>
- Fasse, L., & Zech, E. (2016). Dual Process Model of Coping With Bereavement in the Test of the Subjective Experiences of Bereaved Spouses: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Omega: Journal of Death & Dying*, 74(2), 212-238.  
<https://doi.org/10.1177/0030222815598668>
- Guldin, M. B. (2014). Complicated grief - A challenge in bereavement support in palliative care: An update of the field [Article]. *Progress in Palliative Care*, 22(3), 136-142.  
<https://doi.org/10.1179/1743291X13Y.0000000078>
- Hopf, D., Eckstein, M., Aguilar-Raab, C., Warth, M., & Ditzen, B. (2020). Neuroendocrine mechanisms of grief and bereavement: A systematic review and implications for future interventions. *Journal of Neuroendocrinology*, 32(8), e12887.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/jne.12887>
- Kübler-Ross, E. (2011). *Living with death and dying*. Simon and Schuster.
- Kustanti, C. Y., Chu, H., Kang, X. L., Huang, T.-W., Jen, H.-J., Liu, D., Shen Hsiao, S.-T., & Chou, K.-R. (2022). Prevalence of grief disorders in bereaved families of cancer patients: A meta-analysis. *PALLIATIVE MEDICINE*, 36(2), 305-318.  
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/02692163211066747>
- Kustanti, C. Y., Chu, H., Kang, X. L., Liu, D., Pien, L.-C., Jen, H.-J., Shen, S.-T. H., Chen, J.-H., & Chou, K.-R. (2021). Evaluation of the performance of instruments to diagnose grief disorders: A

diagnostic meta-analysis. *INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDIES*, 120, 103972. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103972>

- Kustanti, C. Y., Chu, H., Kang, X. L., Pien, L. C., Chen, R., Tsai, H. T., & Chou, K. R. (2022). Anticipatory grief prevalence among caregivers of persons with a life-threatening illness: A meta-analysis [Article in Press]. *BMJ SUPPORTIVE & PALLIATIVE CARE*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003338>
- Kustanti, C. Y., Effendy, C., Fauk, N. K., Haryanti, P., Arifin, H., Isnanto, I., Yunitri, N., Maawati, F., Adi Wibawa, Y., Octary, T., & Ikaningtyas, N. (2024). A scoping review of theories and models applied for grief and bereavement projects. *Death Stud*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2370460>
- Kustanti, C. Y., Jen, H. J., Chu, H., Liu, D., Chen, R., Lin, H. C., Chang, C. Y., Pien, L. C., Chiang, K. J., & Chou, K. R. (2023). Prevalence of grief symptoms and disorders in the time of COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs*, 32(3), 904-916. <https://doi.org/10.1111/inm.13136>
- Kustanti, C. Y., & Yunitri, N. (2025). *Peluang Riset Bereavement Care Di Indonesia: Upaya Peningkatan Kesejahteraan Mental Keluarga Yang Berduka*. Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang.
- Leichtentritt, R. D., & Mahat-Shamir, M. (2017). Mothers' Continuing Bond With the Baby: The Case of Feticide [Article]. *Qualitative Health Research*, 27(5), 665-676. <https://doi.org/10.1177/1049732315616626>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lundberg, T., Forinder, U., Olsson, M., Fürst, C. J., Årestedt, K., & Alvariza, A. (2018). Bereavement stressors and psychosocial well-being of young adults following the loss of a parent - A

- cross-sectional survey. *Eur J Oncol Nurs*, 35, 33-38.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.05.004>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*, 212, 138-149.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Manevich, A., Rubin, S. S., Katz, M., Ben-Hayun, R., & Aharon-Peretz, J. (2022). Spousal Mourning for Partners Living with Cognitive Impairment: The Interplay of Attachment and the Two-Track Model of Dementia Grief. *OMEGA-JOURNAL OF DEATH AND DYING*.  
<https://doi.org/10.1177/00302228221142632>
- McDuffie, D. L., Allen, R. S., Crowther, M. R., & Black, S. (2022). Investigating the applicability of the Two-Track Model of Bereavement to a Southern sample of African American adults. *Death Studies*, 46(9), 2056-2069.  
<https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1880500>
- Neimeyer, R. A. (2001). Reauthoring life narratives: Grief therapy as meaning reconstruction. *Israel Journal of Psychiatry*, 38(3/4), 171.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology*, 1(2), 115-144.
- Pitman, A., Stevenson, F., King, M., & Osborn, D. (2020). Self-Reported Patterns of Use of Alcohol and Drugs After Suicide Bereavement and Other Sudden Losses: A Mixed Methods Study of 1,854 Young Bereaved Adults in the UK [Original Research]. *FRONTIERS IN PSYCHOLOGY*, 11.  
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01024>
- Popoola, T., & McHunu, G. (2015). How Later Adolescents With Adult Responsibilities Experience HIV Bereavement in Nigeria: Application of a Bereavement Model. *JANAC: Journal of the*

- Association of Nurses in AIDS Care*, 26(5), 570-579.  
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2015.06.003>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., 3rd, Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry*, 152(1), 22-30. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.1.22>
- Rochmawati, E., Wiechula, R., & Cameron, K. (2016). Current status of palliative care services in Indonesia: a literature review. *Int Nurs Rev*, 63(2), 180-190. <https://doi.org/10.1111/inr.12236>
- Rubin, S. (1981). A two-track model of bereavement: theory and application in research. *Am J Orthopsychiatry*, 51(1), 101-109. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1981.tb01352.x>
- Rubin, S. S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2020). Traumatic Bereavements: Rebalancing the Relationship to the Deceased and the Death Story Using the Two-Track Model of Bereavement. *Frontiers in psychiatry*, 11, Article 537596. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.537596>
- Schaefer, M. R., Wagoner, S. T., Young, M. E., Madan-Swain, A., Barnett, M., & Gray, W. N. (2020). Healing the Hearts of Bereaved Parents: Impact of Legacy Artwork on Grief in Pediatric Oncology [Article]. *Journal of pain and symptom management*, 60(4), 790-800. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.018>

- Sealey, M., Breen, L. J., O'Connor, M., & Aoun, S. M. (2015). A scoping review of bereavement risk assessment measures: Implications for palliative care. *Palliat Med*, *29*(7), 577-589. <https://doi.org/10.1177/0269216315576262>
- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, *14*(2), 119-128. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/mshear>
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*, *23*(3), 197-224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Tey, M. Q., & Lee, G. L. (2022). Understanding Bereavement Experiences and Coping Among Bereaved Family Caregivers in Singapore: Positive Meaning Reconstruction in the Dual Process Model. *OMEGA-JOURNAL OF DEATH AND DYING*. <https://doi.org/10.1177/00302228221133584>
- Verdery, A. M., Smith-Greenaway, E., Margolis, R., & Daw, J. (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A*, *117*(30), 17695-17701. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117>
- WHO. (2020). *Palliative care*. Retrieved July 20, 2023 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- WHO. (2022). *14.9 million excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in 2020 and 2021*. Retrieved December 16, 2022 from <https://www.who.int/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>
- Yasien-Esmael, H., Eshel, Y., & Rubin, S. S. (2018). Bereavement of Israeli Arab Muslim widows: Determinants of adjustment and supporting attributes [Article]. *Death Studies*, *42*(1), 52-62. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1326542>

Zisook, S., Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Mauro, C., Skritskaya, N. A., Lebowitz, B., Wang, Y., Tal, I., Glorioso, D., & et al. (2018). Treatment of Complicated Grief in Survivors of Suicide Loss: a HEAL Report [Journal Article; Clinical Trial Protocol]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2). <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11592>

# Glosarium

## B

**Bond:** adalah keeratan hubungan.

## C

**Caregiver:** adalah orang yang mempunyai tanggung jawab untuk membantu orang sakit.

**Complicated grief:** adalah reaksi berduka yang terkomplikasi.

## D

**Database:** adalah data yang tersimpan dan terindeks secara elektronik.

**Diagnosa:** adalah proses untuk mengidentifikasi dan menentukan suatu kondisi penyakit.

**DSM:** adalah *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Illnesses*.

**Duka:** adalah respon normal atau wajar, yang dialami oleh keluarga.

## I

**ICD:** adalah *International Classification for Diseases and Related Health Problems*.

**ICG:** adalah *Inventory of Complicated Grief*.

**Instrumen:** adalah alat ukur untuk memperoleh data.

## K

**Kortisol:** adalah hormon steroid yang berhubungan dengan stress.

**Kronis:** adalah penyakit menahun.

**Kuratif:** upaya pengobatan.

## L

***Life-threatening illness:*** adalah penyakit yang mengancam jiwa.

## N

**NANDA:** adalah *North American Nursing Diagnosis Association*.

**NIC:** adalah *nursing intervention classification*.

## P

***Palliative care:*** adalah perawatan orang dengan penyakit yang mengancam jiwa.

**PGD:** adalah *Prolonged Grief Disorder*.

**PG-13:** adalah *Prolonged Grief Disorder – 13*

**PRISMA:** adalah *preferred reporting items for systematic review and meta-analysis*.

**PTSD:** adalah *post-traumatic stress disorder*

**PTM:** adalah Penyakit Tidak Menular.

**PCBD:** adalah *Persistent Complex Bereavement Disorder*.

***Prolonged Grief Disorder:*** adalah reaksi berduka yang terkomplikasi.

## S

***Scoping review:*** adalah upaya untuk menganalisis publikasi penelitian topik tertentu.

**SDKI:** adalah Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia.

**Strategi pencarian:** adalah susunan kata kunci yang digunakan untuk pencarian literatur.

***Subject heading:*** adalah kata utama yang digunakan untuk mengindeks kata kunci.

## T

**Kondisi terminal:** adalah kondisi menjelang akhir kehidupan (ajal).

# Profil Penulis



**Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Nur., M.Pall.C., Ph.D** Lahir di Yogyakarta,

29 Januari 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 di Akademi Keperawatan Bethesda Yakkum Yogyakarta pada 1999. S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada tahun 2003. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Charles Darwin

University dan Flinders University, Australia di tahun 2010 dan 2013. Studi S3 diselesaikan pada 2023 di Taipei Medical University, Taiwan. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta sejak tahun 2003. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tri-dharma Perguruan Tinggi yaitu publikasi artikel, pengelola jurnal (nasional/internasional), reviewer jurnal (nasional/internasional), ketua LPPM, narasumber seminar/pelatihan, penulis buku, serta *founder* untuk BerCa.my.id, sebuah *website* untuk dukungan *bereavement* secara virtual. Karya ilmiah penulis banyak berhubungan dengan perawatan paliatif, khususnya *bereavement care*, menggunakan berbagai pendekatan penelitian seperti kualitatif dan *literature review*. Penulis juga aktif sebagai pengurus himpunan perawat onkologi (HIMPONI) dan perawat paliatif (HPPI).

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [yeni@stikesbethesda.ac.id](mailto:yeni@stikesbethesda.ac.id)

# Profil Penulis



**Nurlia Ikaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D. NS.** Lahir di Gunungkidul, 27 Agustus 1981. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 di Akademi Keperawatan Bethesda Yakkum Yogyakarta pada 2023. S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada tahun 2007. S2 dan spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia pada tahun 2013. Studi S3 diambil di Saint Paul University Philippines pada tahun 2022 Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi artikel, pengelola jurnal, narasumber seminar.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [nurlia@stikesbethesda.ac.id](mailto:nurlia@stikesbethesda.ac.id)



**Ninik Yunitri, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J, Ph.D** Lahir di Tanjung pinang, 24 September 1984. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Indonesia tahun 2010. Study S3 diselesaikan pada 2022 di Taipei Medical University, Taiwan. Saat ini penulis

bekerja di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta sejak tahun 2008. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi artikel, pengelola jurnal, narasumber seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [yunitri@umj.ac.id](mailto:yunitri@umj.ac.id)

## SINOPSIS BUKU

Buku monograf ini menyajikan telaah mendalam dari penelitian-penelitian tentang dukacita dan kehilangan yang secara eksplisit menggunakan teori atau model sebagai landasan pendekatan ilmiahnya. Dengan pendekatan metodologis yang mengikuti pedoman Joanna Briggs Institute, ulasan ini memetakan berbagai desain penelitian, baik kualitatif, kuantitatif, maupun metode campuran, yang mengintegrasikan kerangka teoritis dalam menganalisis pengalaman berduka. Proses seleksi dilakukan secara ketat dan sistematis dari ribuan artikel yang diidentifikasi melalui berbagai database ilmiah dan pencarian manual tambahan.

Dari 2.391 artikel awal, terdapat 51 yang memenuhi seluruh kriteria inklusi setelah melalui tahap penyaringan ketat, termasuk analisis judul, abstrak, dan peninjauan teks lengkap. Studi-studi tersebut berasal dari berbagai negara, dengan dominasi penelitian dari Amerika Serikat. Kajian ini mencakup beragam populasi seperti pasien, keluarga, tenaga kesehatan, hingga mahasiswa, dengan fokus pada pengalaman dukacita sebelum dan sesudah kehilangan akibat berbagai penyebab, termasuk penyakit kronis dan kejadian traumatis.

Buku ini juga menampilkan pemetaan teori dan model yang digunakan dalam studi-studi tersebut. Sebanyak 33 teori atau model berhasil diidentifikasi, dengan *Dual-Process Model of Coping with Bereavement* dan *Two-Track Model of Bereavement* sebagai yang paling dominan. Teori-teori ini digunakan baik untuk memahami respons emosional terhadap kehilangan maupun untuk merancang intervensi berbasis teori. Ulasan ini menunjukkan bahwa pendekatan teoritis memberikan kontribusi besar dalam memahami kompleksitas proses berduka dan coping yang dialami individu dalam berbagai konteks.

Di samping itu, buku ini juga merinci berbagai instrumen yang digunakan untuk mengukur dampak psikologis dan sosial dari kehilangan, seperti *Inventory of Complicated Grief*, CES-D, dan *Meaning-Made Scale*. Temuan dalam buku ini memberikan wawasan penting bagi peneliti, praktisi kesehatan mental, dan pembuat kebijakan dalam mengembangkan intervensi berbasis teori yang lebih efektif dan kontekstual. Dengan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti, monograf ini menjadi referensi penting dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang psikologi kehilangan dan dukacita.

Buku monograf ini menyajikan telaah mendalam dari penelitian-penelitian tentang dukacita dan kehilangan yang secara eksplisit menggunakan teori atau model sebagai landasan pendekatan ilmiahnya. Dengan pendekatan metodologis yang mengikuti pedoman Joanna Briggs Institute, ulasan ini memetakan berbagai desain penelitian, baik kualitatif, kuantitatif, maupun metode campuran, yang mengintegrasikan kerangka teoritis dalam menganalisis pengalaman berduka.

Proses seleksi dilakukan secara ketat dan sistematis dari ribuan artikel yang diidentifikasi melalui berbagai database ilmiah dan pencarian manual tambahan. Dari 2.391 artikel awal, terdapat 51 yang memenuhi seluruh kriteria inklusi setelah melalui tahap penyaringan ketat, termasuk analisis judul, abstrak, dan peninjauan teks lengkap. Studi-studi tersebut berasal dari berbagai negara, dengan dominasi penelitian dari Amerika Serikat. Kajian ini mencakup beragam populasi seperti pasien, keluarga, tenaga kesehatan, hingga mahasiswa, dengan fokus pada pengalaman dukacita sebelum dan sesudah kehilangan akibat berbagai penyebab, termasuk penyakit kronis dan kejadian traumatis.

Buku ini juga menampilkan pemetaan teori dan model yang digunakan dalam studi-studi tersebut. Sebanyak 33 teori atau model berhasil diidentifikasi, dengan Dual-Process Model of Coping with Bereavement dan Two-Track Model of Bereavement sebagai yang paling dominan. Teori-teori ini digunakan baik untuk memahami respons emosional terhadap kehilangan maupun untuk merancang intervensi berbasis teori. Ulasan ini menunjukkan bahwa pendekatan teoritis memberikan kontribusi besar dalam memahami kompleksitas proses berduka dan coping yang dialami individu dalam berbagai konteks.

Di samping itu, buku ini juga merinci berbagai instrumen yang digunakan untuk mengukur dampak psikologis dan sosial dari kehilangan, seperti Inventory of Complicated Grief, CES-D, dan Meaning-Made Scale. Temuan dalam buku ini memberikan wawasan penting bagi peneliti, praktisi kesehatan mental, dan pembuat kebijakan dalam mengembangkan intervensi berbasis teori yang lebih efektif dan kontekstual. Dengan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti, monograf ini menjadi referensi penting dalam pengembangan ilmu pengetahuan di bidang psikologi kehilangan dan dukacita.

Penerbit:

**PT Optimal Untuk Negeri**

Kencana Tower Lt. Mezzanine

Jl. Raya Meruya Ilir No. 88

RT. 001 RW. 005, Kel. Meruya Utara, Kec. Kembangan

Jakarta Barat, DKI Jakarta



# SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC002025068815, 17 Juni 2025

## Pencipta

Nama : **Christina Yeni Kustanti, S. Kep., Ns., M.Pall.C., Ph.D., Nurlia Ikaningtyas, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D., NS. dkk**

Alamat : Macanan RT.07/RW.23 Madurejo Prambanan Sleman Yogyakarta 55572, Prambanan, Kab. Sleman, DI Yogyakarta, 55572

Kewarganegaraan : Indonesia

## Pemegang Hak Cipta

Nama : **Christina Yeni Kustanti, S. Kep., Ns., M.Pall.C., Ph.D., Nurlia Ikaningtyas, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D., NS. dkk**

Alamat : Macanan RT.07/RW.23 Madurejo Prambanan Sleman Yogyakarta 55572, Prambanan, Kab. Sleman, DI Yogyakarta, 55572

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**

Judul Ciptaan : **Buku Monograf Teori, Model dan Instrumen dalam Penelitian Grief dan Bereavement**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 17 Juni 2025, di Kota Adm. Jakarta Barat

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor Pencatatan : 000909076

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM  
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL  
u.b  
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Agung Damarsasongko,SH.,MH.  
NIP. 196912261994031001

**LAMPIRAN PENCIPTA**

No	Nama	Alamat
1	Christina Yeni Kustanti, S. Kep., Ns., M.Pall.C., Ph.D.	Macanan RT.07/RW.23 Madurejo Prambanan Sleman Yogyakarta 55572 Prambanan, Kab. Sleman
2	Nurlia Ikaningtyas, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D., NS.	Jalan Johar Nurhadi no 6 Kotabaru Yogyakarta Gondokusuman, Kota Yogyakarta
3	Ninik Yunitri, M. Kep., Ns., Sp.Kep.J., Ph.D.	Jl. Kemuning Indah II, Blok IA, No. 34A Medansatria, Kota Bekasi
4	PT Optimal Untuk Negeri	Kencana Tower Lantai Mezzanine, Jl. Raya Meruya Ilir No.88 RT 001 RW 005, Meruya Utara, Kembangan, Jakarta Barat Kembangan, Kota Adm. Jakarta Barat

**LAMPIRAN PEMEGANG**

No	Nama	Alamat
1	Christina Yeni Kustanti, S. Kep., Ns., M.Pall.C., Ph.D.	Macanan RT.07/RW.23 Madurejo Prambanan Sleman Yogyakarta 55572 Prambanan, Kab. Sleman
2	Nurlia Ikaningtyas, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp.Kep.MB., Ph.D., NS.	Jalan Johar Nurhadi no 6 Kotabaru Yogyakarta Gondokusuman, Kota Yogyakarta
3	Ninik Yunitri, M. Kep., Ns., Sp.Kep.J., Ph.D.	Jl. Kemuning Indah II, Blok IA, No. 34A Medansatria, Kota Bekasi
4	PT Optimal Untuk Negeri	Kencana Tower Lantai Mezzanine, Jl. Raya Meruya Ilir No.88 RT 001 RW 005, Meruya Utara, Kembangan, Jakarta Barat Kembangan, Kota Adm. Jakarta Barat

