Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

DINAMIKA *GRIEVING ANTICIPATION & BEREAVEMENT* DALAM KONTEKS WANITA BALI

Kadek Ayu Maharani Kanaya Putri[1], Ni Putu Sabrina Abelia Putri[2], Sanny Yangga Wijaya[3]
[1,2,3]Universitas Udayana, Denpasar, Indonesia
Email: kanayaputri220705@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan mengkaji secara mendalam dinamika *grieving anticipation* dan *bereavement* pada informal caregiver dalam konteks perawatan paliatif, sekaligus merumuskan rekomendasi dukungan psikologis yang peka budaya. Menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus, penelitian ini berfokus pada pengalaman seorang wanita Bali di Kabupaten Gianyar yang merawat suaminya yang sakit keras hingga meninggal dunia. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dianalisis secara tematik dengan mempertimbangkan latar belakang sosial-budaya partisipan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dinamika duka dan pemaknaan beban perawatan dipandu oleh internalisasi nilai spiritualitas Hindu-Bali, seperti karma, *Salulung Sabayantaka*, dan *Tat Twam Asi*. Strategi koping terhadap *caregiver burnout* dijalankan melalui prinsip *Tri Hita Karana*, yaitu dimensi *Pawongan* (*menyama braya* dan katarsis sosial) serta *Parahyangan* (ritualistik persembahyangan dan *mejejaitan*). Selain itu, *caregiver* berperan sebagai jembatan komunikasi segitiga yang mengarahkan transisi dari perawatan kuratif menuju pencapaian *good death*. Penelitian ini menyimpulkan bahwa beban psikologis caregiver sangat dipengaruhi oleh keberadaan dukungan sosial informal dan layanan kesehatan yang peka kultural.

Kata Kunci: *Informal Caregiver, Perawatan Paliatif, Anticipatory Grief, Bereavement, Budaya Bali*.

Abstract

This study aims to examine in depth the dynamics of anticipatory grief and bereavement among informal caregivers in the context of palliative care, while formulating recommendations for culturally sensitive psychological support. Using a qualitative method with a case study approach, this research focuses on the lived experience of a Balinese woman in Gianyar Regency who cared for her critically ill husband until his passing. Data were gathered through in-depth interviews and analyzed thematically, taking into account the participant's socio-cultural background. The results indicate that the dynamics of grief and the meaning assigned to caregiving burden are guided by the internalization of Hindu-Balinese spiritual values, such as karma, Salulung Sabayantaka, and Tat Twam Asi. Coping strategies against caregiver burnout are executed through the principles of Tri Hita Karana, specifically the Pawongan dimension (menyama braya and social catharsis) and Parahyangan dimension (prayer rituals and mejejaitan). Furthermore, the caregiver acts as a triangular communication bridge directing the transition from curative care toward achieving a good death. This study concludes that caregiver psychological burden is significantly influenced by the presence of

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

informal social support networks and culturally sensitive healthcare services.

Keywords: *Informal Caregiver, Palliative Care, Anticipatory Grief, Bereavement, Balinese Culture.*

PENDAHULUAN

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dari segala usia, baik anak-anak, dewasa, serta keluarga yang menghadapi penyakit mengancam nyawa (WHO, 2022). Fokus utama dari perawatan ini adalah mengurangi penderitaan secara menyeluruh melalui pengelolaan dimensi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien maupun keluarganya (Jordan dkk., 2017). Dengan demikian, perawatan paliatif tidak hanya berorientasi pada kondisi fisik pasien, tetapi juga mencakup aspek emosional, hubungan sosial, dan kebutuhan batin. Perawatan ini idealnya diberikan sejak diagnosis penyakit kronis atau terminal ditetapkan dan berlangsung sepanjang proses pengobatan, tanpa bertujuan untuk menggantikan terapi kuratif yang sedang dijalani (Andriastuti, 2023).

Di Indonesia, urgensi pengembangan perawatan paliatif diperkuat secara legal melalui pengesahan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023. Regulasi tersebut secara eksplisit mendorong integrasi perawatan paliatif ke dalam sistem kesehatan nasional dan praktik harian tenaga kesehatan, khususnya pada penanganan pasien terminal sejak awal diagnosis hingga fase akhir hayat (Trisnantoro, 2023). Namun, pada tingkat implementasi, praktik pelayanan ini masih menghadapi berbagai hambatan struktural. Hambatan tersebut mencakup terbatasnya ketersediaan layanan paliatif profesional serta masih rendahnya pemahaman masyarakat maupun tenaga kesehatan terhadap konsep dan praktik perawatan paliatif (Wilson dkk., 2024).

Dalam sistem penyelenggaraannya, perawatan paliatif melibatkan dua kategori utama pemberi perawatan (*caregiver*), yaitu formal dan informal. Pemberi perawatan formal terdiri atas tenaga kesehatan profesional seperti dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya. Sebaliknya, pemberi perawatan informal merupakan individu yang memberikan perawatan tanpa kompensasi finansial, yang umumnya berasal dari lingkaran keluarga inti maupun keluarga besar seperti pasangan, anak, orang tua, atau saudara kandung (Lapa dkk., 2025). Dalam konteks pelayanan paliatif di Indonesia, peran pemberi perawatan informal, khususnya anggota keluarga, tampil jauh lebih dominan dibandingkan tenaga formal. Keterbatasan infrastruktur layanan paliatif profesional menyebabkan sebagian besar tanggung jawab

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

pemenuhan perawatan pasien secara langsung dibebankan kepada keluarga (Kustanti dkk., 2024).

Dominasi peran pemberi perawatan informal di Indonesia sangat berkaitan erat dengan nilai-nilai sosio-kultural yang mengakar kuat. Konsep *filial piety*, yaitu kewajiban moral anak untuk menghormati dan merawat orang tua, menjadi fondasi utama dalam perawatan pasien oleh keluarga (Padang Jurnal, 2025). Nilai ini sejalan dengan falsafah masyarakat Jawa yang menempatkan keharmonisan keluarga sebagai prioritas utama, serta adat masyarakat Bali yang menjunjung tinggi nilai *dharma* dan kewajiban suci terhadap keluarga. Norma-norma budaya tersebut mengonstruksi tindakan merawat anggota keluarga yang sakit bukan sekadar pilihan sukarela, melainkan sebuah tanggung jawab dan kewajiban moral yang mutlak.

Secara operasional, aspek merawat yang diemban oleh pemberi perawatan informal mencakup empat dimensi utama, yaitu dimensi fisik (membantu mobilisasi, *personal hygiene*, dan pemberian obat), dimensi emosional (memberikan dukungan psikologis dan mendengarkan keluhan pasien), dimensi informatif (memahami kondisi medis dan berkomunikasi dengan tenaga kesehatan), serta dimensi finansial **(**mengelola pembiayaan perawatan pasien). Berdasarkan klasifikasi oleh Kreyer dkk. (2024), kebutuhan pemberi perawatan informal terbagi menjadi dua dimensi mendasar, yaitu *enabling domains* (akses informasi, komunikasi dengan profesional, dan koordinasi perawatan) serta *direct support needs* (kesejahteraan pemberi perawatan, beban emosional, dan kebutuhan waktu istirahat). Klasifikasi ini mengindikasikan bahwa perawat informal tidak hanya memerlukan keterampilan teknis merawat, tetapi juga membutuhkan dukungan psikologis yang memadai bagi diri mereka sendiri.

Tanggung jawab yang bersifat multidimensional ini menempatkan pemberi perawatan informal pada posisi yang rentan secara psikologis. Chang dkk. (2010) menunjukkan bahwa pemberi perawatan paliatif berisiko tinggi mengalami kecemasan, depresi, kelelahan emosional, hingga isolasi sosial. Tekanan psikologis ini diperberat oleh berbagai tantangan multifaset, seperti minimnya pemahaman mengenai perjalanan penyakit pasien yang memicu ketakutan dan kebingungan (Dasat & Anggraini, 2023), serta hambatan komunikasi dengan tenaga kesehatan yang memicu ketidakpastian dalam pengambilan keputusan perawatan (Cardenas dkk., 2022). Selain itu, norma budaya patriarki yang membebankan peran perawatan domestik utama kepada perempuan (istri, anak perempuan, atau menantu) menciptakan tantangan berupa peran ganda (Padang Jurnal, 2025), yang diperparah oleh tingginya tingkatan

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

beban finansial akibat tingginya biaya perawatan penyakit kronis. Dampak kelelahan dan beban emosional perawat informal ini tidak hanya merugikan diri perawat itu sendiri, tetapi juga berkorelasi langsung terhadap penurunan kualitas perawatan yang diterima oleh pasien (Cheng dkk., 2023).

Dinamika dan beban psikologis ini tampak nyata pada kondisi spesifik yang membutuhkan perawatan jangka panjang, salah satunya kasus penurunan fungsi kognitif pada lansia. Penurunan kognitif merupakan stresor kronis yang mendisrupsi sistem keluarga, terutama bagi anggota keluarga yang bertindak sebagai perawat utama (*primary caregiver*). Temuan empiris dari Zarit dkk. (1980) mengungkapkan dinamika unik pada studi gerontologi: tingkat beban (*caregiver burden*) yang dirasakan perawat utama ternyata tidak berkorelasi langsung dengan keparahan gejala kognitif atau perilaku lansia. Faktor penentu utama dari persepsi beban tersebut adalah kecukupan sistem dukungan sosial yang diterima perawat dari lingkungan keluarga besarnya (Zarit dkk., 1980).

Terdapat korelasi negatif yang signifikan antara frekuensi kunjungan serta dukungan dari kerabat/keluarga besar dengan tingkat beban psikologis perawat utama (Zaris dkk., 1980). Hal ini mengonfirmasi bahwa jaringan dukungan sosial informal (*informal support network*) berfungsi sebagai penyangga (*buffer*) psikologis yang efektif untuk mencegah kejenuhan (*burnout*) perawat, sekaligus menekan risiko institusionalisasi lansia ke panti jompo (Zaris dkk., 1980). Dalam proses adaptasi keluarga terhadap perubahan peran ini, kerangka *Dual Process Model* (DPM) menjelaskan bahwa proses pemulihan yang sukses membutuhkan osilasi psikologis, di mana keluarga tidak dapat terus-menerus berada pada satu orientasi stresor saja melainkan membutuhkan jeda psikologis (*respite*) dari beban merawat (Stroebe & Schut, 1999).

Lebih lanjut, dinamika penanganan stres dalam merawat lansia juga dipengaruhi oleh konstruksi gender. Secara budaya, tanggung jawab utama merawat lansia yang sakit cenderung dibebankan kepada perempuan seperti istri atau anak perempuan (Zaris dkk., 1980). Pembagian tugas domestik yang tidak seimbang ini berimplikasi pada perbedaan gaya koping (*coping mechanism*) berbasis gender: perempuan umumnya lebih berorientasi pada perasaan kehilangan dan ekspresi emosional (*loss-oriented*), sedangkan laki-laki cenderung berorientasi pada pemulihan yang bersifat praktis dan pemecahan masalah (*restoration-oriented*) (Stroebe & Schut, 1999). Keberagaman strategi koping ini memerlukan komunikasi keluarga yang efektif serta pembagian dukungan sosial yang merata dari seluruh anggota keluarga (Zaris dkk.,

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

1980) guna meminimalkan konflik internal yang berpotensi memicu stres susulan.

Berdasarkan paparan di atas, pemberi perawatan informal tidak hanya bertugas mendampingi fisik pasien, tetapi juga menanggung beban multidimensional yang dipengaruhi secara kuat oleh nilai-nilai sosio-kultural. Oleh karena itu, tulisan ini bertujuan untuk mengkaji secara mendalam dinamika yang dialami oleh pemberi perawatan informal dalam konteks perawatan paliatif, sekaligus merumuskan rekomendasi intervensi dukungan psikologis yang responsif terhadap konteks budaya, aplikatif, serta mampu meningkatkan kesejahteraan (*well-being*) pemberi perawatan maupun pasien yang didampingi.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pendekatan ini dipilih untuk memperoleh pemahaman secara mendalam mengenai dinamika *grieving anticipation* dan *bereavement* yang dialami oleh seorang wanita Bali dalam menghadapi suaminya yang sakit keras, hingga kehilangan pasangan hidup. Penelitian ini berfokus pada pengalaman seorang wanita Bali yang telah menikah dan mendampingi serta merawat suaminya selama bertahun-tahun ketika mengalami sakit keras hingga akhirnya meninggal dunia di Kabupaten Gianyar, Bali.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dengan partisipan yang memiliki pengalaman langsung terkait fenomena yang diteliti. Wawancara bertujuan untuk menggali pengalaman, perasaan, respon emosional, serta pemaknaan partisipan selama mendampingi dan merawat suami yang mengalami sakit keras, menghadapi kemungkinan kehilangan pasangan, hingga menjalani kehidupan setelah kematian suaminya. Selain itu, penggalian data juga diarahkan untuk memahami keterkaitan latar belakang budaya Bali dengan pengalaman dan pemaknaan partisipan terhadap kehilangan.

Analisis data dilakukan secara sistematis melalui proses pengorganisasian data, identifikasi informasi yang relevan, pengelompokan temuan berdasarkan tema, serta penarikan kesimpulan. Data yang diperoleh dianalisis untuk mengidentifikasi pola pengalaman dan perubahan emosional partisipan sepanjang proses *grieving anticipation* hingga *bereavement*. Selanjutnya, hasil analisis diinterpretasikan dengan mempertimbangkan konteks kehidupan dan budaya Bali yang melatarbelakangi pengalaman partisipan.

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

HASIL DAN PEMBAHASAN

Praktik Budaya dalam Dinamika *Grieving Anticipation and Bereavement*

Merujuk pada dimensi kesejahteraan psikologis oleh Ryff & Singer (1996) dalam Pedhu (2022), *caregiver* menunjukkan penerimaan diri, kebermaknaan hidup, dan pertumbuhan pribadi. Individu mengetahui siapa dirinya, mengetahui alasan melakukan hal tertentu pada saat merawat, dan mengakui bahwa pengalaman merawat mengajarkannya sesuatu yang menyebabkan dirinya dapat bertumbuh. Selain itu juga, dimensi positif dengan orang lain terjaga melalui dukungan keluarga dan komunitas. Namun, dimensi yang perlu perhatian terdapat pada otonomi, karena pilihan-pilihannya dibatasi oleh kondisi ekonomi, resistensi dari suami, dan norma budaya. Kearifan lokal memandu partisipan memaknai beban perawatan melalui ungkapan "*kudiang men*" (mau bagaimana lagi) yang berpadu dengan konsep *karma*. Sikap pasrah yang tulus ini merefleksikan nilai luhur *Salulung Sabayantaka*, yaitu memandang kedudukan atau beban hidup sebagai nasib bersama yang harus dipikul dengan keikhlasan (Widyastuti, 2018). Penerimaan ini tercermin dalam kutipan partisipan: *"Kene ye nasib, kudyang men. Liu ye pidan pikobet, kene bakat. Pikir tyang kete be... Nasib tyang be kene..."* (Begini nasib saya, mau diapain. Mungkin dulu banyak salah, seperti ini sekarang dapat. Pikir saya begitu... Nasib saya sudah seperti ini).

Kearifan lokal budaya Bali tersebut menjadi keunikan dalam memahami dinamika *grieving* yang dialami oleh partisipan. Dalam falsafah Bali, tindakan merawat keluarga yang sakit adalah *pengejawantahan* dari *spirit Tat Twam Asi* ("Aku adalah kamu, kamu adalah aku"), di mana cinta kasih domestik diutamakan tanpa memandang konflik masa lalu (Widyastuti, 2018). Hal ini memicu keyakinan mutlak: *"..men kene kurenan, nak raga ngelah… amongken jelekne, nu tyang ngelah."* (Ini suami saya, orang saya yang punya… seberapapun jeleknya, masih saya yang punya). Komitmen ini mengalahkan pengalaman (*memory*) buruk masa lalu ketika partisipan sering disakiti: *"...pokokne tyang be sakitine uling pidan di umah ye to, tapi tyang sabar... Yen tyang mekaad, sing tepuk ban ngalih tyang. Panak tyang."* (Pokoknya saya sudah disakiti dari dulu, tapi saya sabar... Kalau saya minggat, tidak ada yang bisa menemukan saya. Anak saya [yang menjadi penguat]).

Caregiver berperan dalam menjalankan peran domestik, peran kultural, mencari penghasilan sekaligus berperan dalam perawatan suami yang sedang sakit. Dalam hal tantangan terkait dengan peran domestik, partisipan beranggapan bahwa peran tersebut tidak menjadi sebuah beban, melainkan kebiasaan keseharian yang telah biasa dilakukan. Dalam

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

konteks budaya Bali, terdapat beberapa peran yang lain yang dimiliki berupa *menyama braya* (menjaga hubungan persaudaraan dan gotong royong). Nilai ini menuntut harmoni pada dimensi *Pawongan* (hubungan selaras antar-manusia) dalam pilar *Tri Hita Karana* (Widyastuti, 2018). Dengan nilai tersebut pula berkontribusi dalam dinamika partisipan dalam mengelola tekanan emosional (*caregiver burnout*) lewat katarsis sosial (mengobrol dengan tetangga), serta meredam konflik akibat agresivitas suaminya dengan humor saat menghadiri *odalan* keluarga besar (mengaku tangannya digigit anjing demi menjaga keharmonisan). Hal lainnya yang berkaitan dengan nilai kultural sejalan dengan Nugroho dkk. (2018), partisipan melaksanakan kewajiban ritualistik personalnya sebagai wujud konsep *Parahyangan* (hubungan harmonis manusia dengan Tuhan) dalam kerangka *Tri Hita Karana* (Widyastuti, 2018). Partisipan memastikan doa berjalan pada hari-hari sakral kalender Bali: *"Harus tyang berdoa. Purnama, Tilem. Kalau ada Purnama, tilem, kajeng kliwon. Tetap tyang nika..."*. Pembuatan sarana upacara (*mejejaitan* dan *banten*) dikerjakan sendiri di sela merawat, sementara proses pengedarannya didelegasikan kepada sang anak. Kompetensi multikultural melibatkan aspek kesadaran (*awareness*), pengetahuan (*knowledge*), dan keterampilan (*skill*) untuk berinteraksi efektif dalam situasi plural. Dalam ranah paliatif, pemahaman nilai kultural oleh pelaku rawat menjadi elemen krusial untuk meminimalkan hambatan (Muthmainnah dkk., 2025).

Peran Eksternal Tenaga Medis dalam Menghadapi *Grieving Anticipation and Bereavement*

Dalam pelayanan paliatif informal, pemberi perawatan (*caregiver*) bertindak sebagai jembatan komunikasi segitiga yang menghubungkan pasien, dinamika domestik, dan sistem medis modern. Tantangan terbesar partisipan (nenek, 65 tahun) muncul dari resistensi berat suaminya yang cuek terhadap hipertensi kronis, serta bersikap agresif dengan mengamuk, membuang, hingga menyembur obat yang diberikan. Hambatan ini diperumit oleh faktor ekonomi berupa ketiadaan kendaraan untuk mobilisasi ke rumah sakit. Melalui navigasi sosial yang adaptif, partisipan mampu melampaui kendala tersebut dengan meminjam mobil tetangga hingga Kepala Desa (*Perbekel*). Kendati demikian, insiden pasien muntah di dalam mobil *Perbekel* memicu rasa sungkan dan malu yang menempatkan partisipan pada posisi dilematis untuk mengakses bantuan serupa di kemudian hari.

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

Komunikasi interaktif dengan penyedia layanan kesehatan mencapai puncaknya pada fase terminal pasien di rumah sakit di Gianyar. Sebagai jembatan informasi, partisipan menunjukkan kepekaan emosional dan kompetensi multikultural tinggi saat membaca isyarat atau 'kode' klinis dari dokter saraf dan perawat mengenai memburuknya kondisi jantung pasien. Dialog profesional bernada empati tersebut terekam dalam kutipan berikut: *"Dokter-dokter nika di Gianyar, perawate 'pokokne ibu ikhlas gen nggih bu.' Ngelantur dokter saraf teka 'sabar gen Bu nggih, ikhlas gen nggih.' artine situasin be len…… baange kode ken perawatne, kene, jantung. Anu Tyang 'sabar nggih bu.' ampun sabar tyang. 'Ikhlas nggih bu.' nggih sampun ikhlas tyang. Keto gen ampun tyang."* (Dokter-dokter di Gianyar, perawatnya bilang "pokoknya, Ibu ikhlas ya bu." Lanjut datang dokter saraf "yang sabar ya bu, ikhlas ya." artinya situasinya sudah berbeda……. Dikasih kode oleh perawatnya, gini, jantung. Anu saya, "Sabar ya bu." sudah sabar saya. "Ikhlas ya bu." ya sudah ikhlas saya. Gitu saja sudah saya). Melalui pemahaman pesan tersebut, partisipan menyelaraskan instruksi medis dengan kesiapan psikologis keluarga. Alih-alih memaksakan tindakan kuratif yang agresif, ia mentransformasikannya menjadi ruang penerimaan ajal (*anticipatory grief*). Sehari sebelum suaminya wafat, partisipan mengambil peran sebagai komunikator transendental guna membimbing pasien menuju kematian yang tenang (*good death*). Menggunakan pendekatan personal yang tulus, ia berbisik di sisi suaminya yang sempat membuka mata setelah berhari-hari tidak sadarkan diri. Hal ini membuktikan bahwa peran pemberi perawatan sebagai jembatan komunikasi tidak sebatas penyampaian pesan verbal, melainkan sebuah proses negosiasi nilai kultural dan emosional yang menjamin hak pasien atas perawatan paliatif yang bermartabat serta selaras dengan sistem pelayanan kesehatan.

Budaya dan Dinamika Psikologis *Caregiver*

Dalam studi gerontologi, beban psikologis (*caregiver burden*) yang dirasakan oleh perawat ini ternyata memiliki dinamika yang unik. Berdasarkan penelitian Zarit dkk. (1980), tingkat beban yang dirasakan perawat tidak berkorelasi langsung dengan tingkat keparahan gejala kognitif atau perilaku lansia. Sebaliknya, faktor yang paling menentukan persepsi beban tersebut yakni sistem dukungan sosial yang diterima perawat dari lingkungan keluarga besarnya sudah tercukupi (Zaris dkk., 1980). Berdasarkan pengalaman partisipan hal ini berkaitan dengan keberadaan budaya *menyama braya* yang secara kontekstual melibatkan diri dalam komunitas sosial berbasis kultural. Hal ini mendukung terhadap narasi yang menyatakan

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

dalam konteks perawat (*caregiver*) yang memperoleh dukungan dari lingkungan. Di sisi lain, faktor eksternal berupa pelayanan tenaga medis yang ramah kultural pula menyebabkan persepsi penerimaan terhadap kondisi pasien.

Menghadapi Tantangan Sebagai *Caregiver*

Adapun beberapa tantangan dan solusi yang terangkum dalam tabel berikut terkait dengan perawatan paliatif:

Tabel 1. Tantangan *Caregiver*

Tantangan	Solusi	Dampak Negatif	Dampak Positif
Resistensi dan agresi suami.	Persuasi suami sebelum tindakan perawatan.	Cedera fisik pada *caregiver.*	Seluruh perawatan fisik dikerjakan mandiri. *Caregiver* lebih memilih bisa merawat daripada dirawat.
Ambivalensi antara kemarahan akibat agresi suami dengan rasa iba melihat suami kesakitan.	Ketika jenuh, *caregiver* keluar rumah sebentar untuk mengobrol dengan tetangga.	Pengelolaan emosi secara mandiri ini berisiko *caregiver* dalam kelelahan psikologis	Mengelola emosi negatif tidak disertai meninggalkan tanggung jawab dalam perawatan suaminya.
Kesulitan finansial.	Dukungan finansial dari keponakan disertai manajemen keuangan dengan prioritas pada kebutuhan pokok.	*Caregiver* tidak memiliki penghasilan tetap. Saat tidak ada uang, *caregiver* mengutang ke warung terdekat.	Kesulitan finansial membuat *caregiver* aktif dalam mencari pekerjaan dan beraktifitas.
Triple burden dalam merawat, bekerja, dan kegiatan adat	Menyeimbangkan dengan perawatan suami menjadi prioritas	Suami akan marah jika tidak pamit. Kelelahan fisik karena bolak-balik dari kegiatan adat ke rumah, termasuk kondisi sesak jika kelelahan.	Keterlibatan dalam kegiatan adat menjadi sumber dukungan emosional dan menjaga relasi *caregiver* tetap terhubung dengan komunitas setempat.

Sumber: Diolah Peneliti (2026)

Dengan demikian, perawatan paliatif tersebut dapat dipandang dari berbagai sisi yang melibatkan peranan lingkungan eksternal yang berupa dukungan sosial dan faktor kultural

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

yang berpengaruh secara langsung pada proses perawatan oleh *caregiver* termasuk dalam menghadapi situasi yang melibatkan *grieving* dan *bereavement.*

KESIMPULAN

Dinamika *grieving anticipation* dan *bereavement* pada wanita Bali yang bertindak sebagai *informal caregiver* sangat dipandu oleh internalisasi kearifan lokal serta spiritualitas Hindu-Bali. Pemaknaan beban perawatan dihayati melalui ungkapan "*kudiang men*" yang berpadu dengan konsep karma dan refleksi nilai Salulung Sabayantaka, yaitu memandang beban hidup sebagai nasib bersama yang harus dipikul secara ikhlas. Penerimaan emosional ini diperkuat oleh spirit *Tat Twam Asi* ("aku adalah kamu, kamu adalah aku"), yang melandasi komitmen perawatan domestik dengan kasih sayang tulus, sehingga mampu mengesampingkan konflik atau trauma masa lalu demi menjaga keutuhan keluarga.

Dalam mengelola tekanan psikologis dan *caregiver burnout*, wanita Bali menerapkan strategi koping yang selaras dengan dua pilar falsafah Tri Hita Karana, yakni *Pawongan* dan *Parahyangan*. Dimensi Pawongan diwujudkan melalui tradisi menyama braya dan katarsis sosial, seperti berinteraksi dengan tetangga serta memanfaatkan humor saat kegiatan adat, guna meredam ambivalensi emosi akibat agresivitas pasien. Sementara itu, dimensi *Parahyangan* dijalankan lewat kepatuhan melaksanakan ritualistik personal, seperti mejejaitan, pembuatan banten, dan persembahyangan pada hari sakral (Purnama, *Tilem, Kajeng Kliwon*), yang menjadi penopang spiritual di tengah himpitan *triple burden* yang meliputi tugas merawat, mencari nafkah, dan tuntutan kegiatan sosial-adat.

Di samping itu, *informal caregiver* bertindak sebagai jembatan komunikasi segitiga yang menghubungkan kondisi pasien, dinamika keluarga, dan sistem medis modern. Kepekaan dalam membaca isyarat emosional serta 'kode' klinis dari tenaga kesehatan memungkinkan *caregiver* mengubah orientasi kuratif yang agresif menjadi persiapan psikologis (*anticipatory grief*) serta pembimbing transendental menuju kematian yang tenang dan bermartabat (*good death*). Temuan ini menguatkan bahwa besarnya beban psikologis (*caregiver burden*) yang dialami perawat informal tidak ditentukan secara langsung oleh tingkat keparahan fisik atau kognitif pasien, melainkan oleh keberadaan sistem dukungan sosial informal dari keluarga dan komunitas (*menyama braya*) serta layanan kesehatan yang peka terhadap nilai kultural.

Indonesian Journal of Studies on Humanities, Social Sciences, and Education (IJHSED)
E-ISSN: 3032-2863
Vol. 3 • No. 2 • 2026, pp. 187-198
www.ijhsed.com
editor: ijhsed@gmail.com

DAFTAR PUSTAKA

Andriastuti, M. (2023). Peran Pelayanan Paliatif dan Suportif pada Pasien Kanker Anak. *Sari Pediatri, 25*(4), 278–282.

Cardenas, V., Rahman, A., & Torres, M. (2022). Communication barriers between informal caregivers and healthcare professionals in palliative care settings. *Journal of Pain and Symptom Management, 63*(5), 789–798. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.008

Chang, V. T., Hwang, S. S., & Feuerman, M. (2010). Caregiver emotional burden and depression in palliative care: A longitudinal study. *Supportive Care in Cancer, 18*(7), 857–865. https://doi.org/10.1007/s00520-009-0714-5

Cheng, H. W. B., Li, C. W., & Chan, K. Y. (2023). Caregiver burden and quality of life in palliative care: A systematic review. *Palliative Medicine, 37*(4), 482–495. https://doi.org/10.1177/02692163221143472

Dasat, V., & Anggraini, D. (2023). Keterbatasan informasi medis pada keluarga pasien paliatif: Dampak terhadap pengambilan keputusan perawatan. *Jurnal Psikologi Klinis Indonesia, 8*(2), 103–115.

Jordan, K., Aapro, M., Kaasa, S., Ripamonti, C. I., Scotté, F., Strasser, F., Young, A., Bruera, E., Herrstedt, J., Keefe, D., Laird, B., Walsh, D., Douillard, J. Y., & Cervantes, A. (2017). European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Annals of Oncology, 29*(1), 36–43.

Kreyer, C., Brunner, E., Bükki, J., & Woitha, K. (2024). Caring for informal caregivers in palliative care: A scoping review of needs and interventions. *Palliative & Supportive Care, 22*(1), 1–12. https://doi.org/10.1017/S1478951523000512

Kustanti, C. Y., Fauzi, A., & Setyowati, S. (2024). Perawatan paliatif berbasis keluarga di Indonesia: Tantangan dan peluang implementasi. *Jurnal Keperawatan Universitas Gadjah Mada, 12*(1), 44–56.

Muthmainnah, Rusdi, M. S., Utami, C. T., Khotima, K., Riskya, A. B., Azzahra, F., Laynawa, M. A., Najah, Subaru, A., Silvani, M., & Pahsar, I. (2025). Hambatan perawatan paliatif care dalam perspektif budaya: Literature review. *Jurnal Kesehatan, 13*(1), 162–175.

Pedhu, Y. (2022). Kesejahteraan psikologis dalam hidup membiara. *Jurnal Konseling dan*

Pendidikan, 10(1), 65. https://doi.org/10.29210/162200

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies, 23*(3), 197–224. https://doi.org/10.1080/074811899201046

Trisnantoro, L. (2023). *Pengembangan Perawatan Palliative berlandaskan UU kesehatan 2023: Rancangan Pendidikan, Pelayanan dan Penelitian*. https://kebijakankesehatanindonesia.net/4872-pengembangan-perawatan-palliative berlandaskan-uu-kesehatan-2023

WHO. (2022). *Palliative Care*. https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care

Widyastuti, I. A. P. (2018). Implementasi patient safety berbasis kearifan lokal. *Jurnal Manajemen dan Bisnis, 15*(2), 1–10.

Wilson, F., Wardani, E., Ryan, T., Gardiner, C., & Talpur, A. (2024). Barriers and mechanisms to the development of palliative care in Aceh, Indonesia. *Progress in Palliative Care, 32*(1), 22–28. https://doi.org/10.1080/09699260.2023.2256177

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20(6), 649–655. https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649Lapa, T., Marques, A., & Figueiredo, M. H. (2025). Informal caregivers in palliative care: Roles, challenges, and support needs. *Journal of Palliative Medicine, 28*(2), 145–157. https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0105