

# Pengaruh *Bereavement Life Review* terhadap Kesejahteraan Spiritual pada Keluarga Pasien Stroke

Muhamad Zulfatul A'la<sup>1</sup>, Iyus Yosep<sup>2</sup>, Hana R. Agustina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PSIK, Universitas Jember, <sup>2</sup>Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran  
Email: m.zulfatul@unej.ac.id

## Abstrak

Spiritualitas adalah faktor protektif dalam proses berduka pada keluarga pasien kronis. *Bereavement life review* adalah salah satu intervensi dalam penguatan spiritual keluarga pasien penyakit kanker. Stroke dan kanker adalah penyakit kronis. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh *bereavement life review* pada kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke. Desain penelitian ini adalah quasi-eksperimental dengan *pretest posttest control group*. Sampel yang digunakan adalah salah satu keluarga pasien stroke yang merawat pasien di rumah sakit. Sehingga didapatkan sampel sebanyak 28 responden dengan 14 kelompok kontrol dan 14 kelompok intervensi. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan *consecutive sampling*. Kelompok intervensi mendapatkan *bereavement life review* dengan dua sesi yang dilakukan oleh spesialis keperawatan jiwa. Kesejahteraan spiritual diukur menggunakan instrumen *SWBS (spiritual well-being scale)*. Analisis data menggunakan *dependent t-test, Mann Whitney* dan *Wilcoxon*. Uji homogenitas memperlihatkan tidak satupun karakteristik responden antara kelompok intervensi dan kontrol berbeda secara signifikan ( $p > 0,05$ ). Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan skor rerata *posttest* kesejahteraan spiritual pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi ( $98,71 \pm 3,65$  dan  $106,5 \pm 1,83$ ;  $p = 0,000$ ). Terdapat perbedaan skor rerata kesejahteraan spiritual pada *pretest* dengan *posttest* pada kelompok intervensi ( $99,07 \pm 2,95$  dan  $106,5 \pm 1,83$ ;  $p = 0,001$ ). Proses *bereavement life review* merupakan proses peningkatan spiritual melalui proses rekontekstualisasi, memaafkan terhadap diri, dan refleksi yang membentuk penguatan coping sehingga muncul pemaknaan terhadap diri sendiri. Dapat disimpulkan *bereavement life review* berpengaruh positif terhadap peningkatan kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke. *Bereavement life review* dapat digunakan sebagai intervensi perawatan pasien stroke dan keluarga. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah melihat pengaruh *bereavement life review* untuk penyakit kronis yang lain, seperti diabetes melitus atau kanker. Selain itu, indikator psikologis pasien dan keluarga sebagai *output* intervensi perlu dikaji lebih mendalam.

**Kata kunci:** *Bereavement life review*, keluarga pasien stroke, keperawatan spiritual, kesejahteraan paliatif.

## Influence of Bereavement Life Review on Spiritual Well-Being of Stroke Family Caregiver

### Abstract

Spirituality is a protective factor of grieving process in patient and family with chronic illness. Bereavement life review is one of the interventions which is enhancing the spiritual well-being in cancer diseases. Cancer and Stroke are chronic diseases. The purpose of this study was to determine the effect of bereavement life review of the spiritual well-being of stroke family. Quasi-experimental with pretest posttest control group used in study. Sample in this study are stroke family who caring the stroke patient in hospital which is 28 respondents. The intervention group was given bereavement life review with two sessions which given by expert in psychiatric nursing. Spiritual well-being was measured by *SWBS (spiritual well-being scale)*. Data analysis were using a dependent *t-test, Mann Whitney* and *Wilcoxon*. Homogeneity of respondent characteristics showed that it have not correlation between control and intervention group ( $p > 0,05$ ). The study showed the difference in the mean posttest scores of spiritual well-being of the control group with the intervention group ( $98.71 \pm 3.65$  and  $106.5 \pm 1.83$ ,  $p = 0.000$ ). There were differences in the mean scores pretest to posttest spiritual well-being in the intervention group ( $99.07 \pm 2.95$  and  $106.5 \pm 1.83$ ,  $p = 0.001$ ). Bereavement life review is a process of enhancing spirituality through recontextualization, forgiveness, and reflection process that strengthening coping process. Bereavement life review has positive effect on the spiritual well-being of the stroke family which can be considered as an intervention in the treatment of stroke patients and families. Further study know the effect of bereavement life review in other chronic diseases patient, like hypertension or diabetes mellitus. Moreover, other psychological outcome for this intervention needs to be explored.

**Keywords:** Bereavement life review, palliative care, spiritual well-being, stroke family.

## Pendahuluan

Perkembangan keperawatan paliatif kekinian berkembang pesat dengan banyaknya penyakit terminal dengan kebutuhan perawatan *end-of-life* (Morton & Fontaine, 2005). Keperawatan paliatif juga mengarahkan terhadap perawatan yang berfokus terhadap keluarga. Keluarga dianggap sebagai elemen penting dalam proses perawatan terhadap pasien dalam keadaan terminal untuk menuju kematian yang damai. Selain penyakit kanker, penyakit stroke merupakan permasalahan utama dalam perawatan paliatif (Stevens, Payne, Burton, Addington-Hall, & Jones, 2007).

Stroke adalah salah satu masalah kesehatan yang serius. Tahun 2015, *World Health Organization* (WHO) memperkirakan terdapat 20 juta orang yang akan meninggal karena stroke. Proporsi kematian stroke adalah 15,4% pada tahun 2007. Satu dari tujuh orang meninggal karena penyakit stroke (Kementerian Kesehatan RI, 2012).

Stroke sering terjadi mendadak dan tidak terprediksi (Iosif, Papathanasiou, Staboulis, & Gouliamos, 2012). Hal ini membawa dampak yang berat bagi keluarga, terutama pasangan hidupnya (Wallace & Christianna, 2008). Seperti halnya penelitian Wilz dan Kalytta (2008) yang dilakukan pada 114 pasangan pasien yang mengalami stroke, prevalensi kejadian kecemasan keluarga mencapai 27,6%–28,9%. Hasil penelitian Daulay, Setiawan, & Febriani (2014) secara kualitatif juga menunjukkan bahwa keluarga dengan pasien stroke mengalami masalah fisik, psikologis dan sosial yang berat. Apabila tidak dicegah, kondisi ini akan mengakibatkan permasalahan yang lebih serius, antara lain munculnya *post traumatic distress syndrome* (PTSD) dan penyakit kardiovaskular akibat psikologis yang berlebihan.

Kecemasan adalah salah satu faktor penyebab timbulnya *distress* spiritual keluarga dan pasien stroke (Crowe *et al.*, 2015). *Distress* spiritual juga memberikan dampak yang buruk bagi keluarga pasien dengan penyakit kronis. *Distress* spiritual dapat menurunkan dukungan keluarga, sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis (Clarke, 2009).

Masalah spiritual merupakan masalah

mandiri keperawatan dan diselesaikan dengan intervensi mandiri (Willey, 2013). Dukungan spiritual tidak hanya terbatas dalam praktik keagamaan seperti halnya membaca kitab suci maupun berdoa, akan tetapi dukungan spiritual juga mengacu pada menenangkan, menghibur, mendengarkan, menghormati privasi, serta membantu mencari makna dan tujuan hidup keluarga. Depresi adalah salah satu faktor yang memengaruhi spiritual (Strada-Russo, 2006).

Intervensi dalam peningkatan spiritual keluarga pasien stroke merupakan hal yang perlu dikembangkan. *Life review* adalah sebuah bentuk intervensi yang efektif dalam upaya peningkatan kesejahteraan spiritual. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa *life review* efektif dalam mendorong proses berduka pasien yang efektif. Seperti dalam penelitian Ando *et al.* (2010) menyebutkan bahwa *life review* jangka pendek efektif dalam peningkatan kesejahteraan spiritual pasien dengan penyakit terminal, dan menurunkan *distress* psikososial dan mengantarkan ke kematian yang sejahtera.

*Bereavement life review* merupakan pengembangan *life review* dan spesifik digunakan untuk keluarga yang mengalami proses berduka. Hal yang ditambahkan dalam *bereavement life review* adalah adanya visualisasi autobiografi menggunakan album kehidupan. Visualisasi tersebut diharapkan mampu menjadikan pasien lebih mampu melihat kehidupannya bernilai. Kehidupan yang bernilai mampu meningkatkan kesehatan mental keluarga dan dapat meningkatkan kualitas perawatan terhadap pasien (Ando, Morita, & Miyashita, 2010).

Pengembangan *bereavement life review* belum melihat bagaimana intervensi tersebut efektif dalam mencegah proses berduka yang tidak efektif. Penelitian Ando, Morita, dan Miyashita (2010) hanya melihat efek *bereavement life review* setelah keluarga melalui proses berduka pada pasien dengan penyakit kanker. Berduka yang tidak efektif bisa muncul akibat persiapan berduka yang buruk (Strada-Russo, 2006). Persiapan yang baik adalah persiapan pada keluarga yang akan mengalami proses berduka akibat kematian yang diakibatkan oleh penyakit stroke (Iosif *et al.*, 2012). Persiapan yang baik dapat dilakukan melalui upaya peningkatan

spiritual dan penurunan kecemasan. Salah satu intervensi keperawatan yang berpotensi meningkatkan komponen tersebut adalah *reminiscence therapy* (Stuart, 2013). *Bereavement life review* merupakan pengembangan dari *reminiscence therapy* (Ando, Sakaguchi, Shiihara, & Izuhara, 2013).

*Bereavement life review* merupakan intervensi yang prosesnya adalah dengan mencari dan menggali makna hidup individu sehingga makna spiritualitas pasien atau keluarga dapat meningkat, namun hanya pada pasien kanker. *Bereavement life review* juga merupakan intervensi yang mudah, cepat, dan dapat dilakukan oleh perawat yang terlatih (Ando *et al.*, 2013). Namun, hasil telaah literatur, belum menemukan penelitian mengenai efektifitas *bereavement life review* yang spesifik untuk keluarga pasien stroke.

Melihat data dan fakta di atas peneliti ingin melihat efektifitas *bereavement life review* terhadap kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *bereavement life review* terhadap kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke di RSD dr. Soebandi Jember.

## Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian quasi eksperimental yang menggunakan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini terdiri dari dua variabel, yaitu satu variabel bebas dan satu variabel tergantung. Variabel terikat penelitian ini adalah tingkat kesejahteraan spiritual yang diukur menggunakan kuesioner SWBS (*spiritual well-being scale*) pada keluarga pasien dengan stroke (Paloutzian, Bufford, & Wildman, 2012). Sedangkan variabel bebas pada penelitian ini adalah intervensi *bereavement life review*. Intervensi *bereavement life review* dilakukan oleh seorang ners spesialis keperawatan jiwa atau ners generalis dengan sertifikasi *life review* dan dilakukan di ruang tertutup untuk menjaga privasi responden. Intervensi *bereavement life review* dilakukan selama dua sesi. Sesi pertama adalah sesi penggalian dengan beberapa pertanyaan yang diadopsi

dari penelitian Ando, Morita, dan Miyashita (2010) yang terdiri dari: 1) Apa yang menurut Anda paling terpenting dalam kehidupan Anda, berikan alasannya?, 2) Hal apa yang menurut Anda yang paling berkesan dari pasien sampai saat ini?, 3) Sampai saat ini, ketika merawat pasien apa yang paling berkesan menurut Anda?, 4) Hal apa yang menjadikan diri Anda bangga dalam merawat pasien sampai saat ini?, 5) Hal apa yang berperan terhadap kehidupan Anda?, 6) Apa yang Anda banggakan di hidup Anda?. Hasil wawancara dengan pasien direkam. Sesi pertama dilakukan selama kurang lebih satu jam, mulai dari pra-interaksi sampai terminasi dalam tahapan komunikasi terapeutik. Setelah wawancara sesi pertama selesai, terapis mentranskripsi hasil wawancara dan peneliti membuat suatu mini album, kata kunci dari pertanyaan digambarkan di dalam album dan diberikan kepada pasien. Sesi kedua dilakukan satu minggu setelah sesi pertama. Sesi kedua peneliti dan terapis mendampingi keluarga untuk melihat album yang telah dibuat peneliti. Sesi kedua dilakukan kurang lebih satu jam. Setiap responden melewati sesi pertama dan kedua sebanyak satu kali.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Daerah (RSD) Subandi, Kabupaten Jember di Ruang Melati (Ruang Neurologi). RSD dr. Subandi merupakan rumah sakit rujukan wilayah timur Propinsi Jawa Timur. Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan, bulan April sampai Juni 2014.

Populasi yang ditargetkan pada penelitian ini adalah keluarga pada pasien dengan stroke yang dirawat di RSD Soebandi Jember. Sampel dipilih dengan cara *consecutive sampling*, yaitu jumlah sampel yang dipilih dari urutan pasien yang dirawat. Penentuan sampel menggunakan kriteria inklusi: 1) keluarga pada pasien dengan diagnosis stroke oleh dokter yang dirawat lebih dari dua hari, 2) keluarga adalah orang yang terdekat yaitu suami/istri pasien, atau anak kandung pasien atau adik/kakak kandung pasien, 3) keluarga yang bisa membaca dan menulis, dan 4) keluarga yang tidak mengalami gangguan jiwa. Sedangkan kriteria eksklusi adalah keluarga yang tidak mengikuti program sampai selesai. Jumlah sampel yang dipakai berdasarkan penelitian Ando, Minota,

Shibukawa, dan Kira (2012). Perhitungan jumlah sampel menggunakan rumus *power analysis*, dengan rumus sebagai berikut:

Keterangan :

$$n = 2 \left[ \frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{X1 - X2} \right]^2$$

n : Besar sampel

S : Simpang baku  $x_1 - x_2$ : Perbedaan rerata kesejahteraan spiritual antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Z $\alpha$  : kesalahan tipe I (5% = 1,96)

Z $\beta$  : kesalahan tipe II (10% = 0,84 )

Berdasar pada penelitian yang dilakukan Ando, Minota, Shibukawa, & Kira (2012) perbedaan rata-rata kesejahteraan spiritual antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah 10, simpangan baku (SB) adalah 8,3. kesalahan tipe I 5% hipotesis satu arah (Z $\alpha$ =1,96), dan kesalahan tipe II sebesar 10% (Z $\beta$  = 0,84) didapatkan jumlah sampel sebesar 12.

Untuk mengantisipasi subjek dengan *drop out, loss to follow up*, atau subjek yang tidak taat, dilakukan koreksi besar sampel dengan rumus (Sugiyono, 2009) :

$$n' = n/(1-f)$$

keterangan :

$$n = 12$$

f = perkiraan proporsi subjek yang DO = 10%

Dengan menggunakan rumus koreksi besar sampel, didapatkan hasil besar sampel sebanyak 13,3 dan dibulatkan menjadi 14 orang responden. Sehingga sampel yang digunakan adalah total 28 orang dengan 14 orang kelompok intervensi dan 14 orang kelompok

Responden kelompok kontrol dan intervensi akan mendapatkan pre-test untuk melihat kesejahteraan spiritual menggunakan *spiritual Well Being Scale* (SWBS). SWBS terdiri dari dua subskala, *Religion well-being* (RWB) dan *Exstensional Well-being* (EWB). Masing-masing subskala terdiri dari 10 item pernyataan. Total item pernyataan SWBS sebanyak 20 item. Subskala RWB terdapat pada item pernyataan nomor 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, dan 19. Subskala EWB terdapat

pada item 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, dan 20. Pernyataan unfavourabel terdiri dari sembilan item yaitu item nomor 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16 dan 18. Setiap item pernyataan memiliki nilai 1–6. Penilaian untuk pernyataan *favourable* adalah: sangat tidak setuju (STS) dinilai 1, Cukup tidak setuju (CTS) dinilai 2, tidak setuju (TS) dinilai 3, setuju (S) dinilai 4, cukup setuju (CS) dinilai 5, dan sangat setuju (SS) dinilai 6. Sedangkan penilaian untuk *unfavourable* adalah sebaliknya. Hasil akhir adalah skor kesejahteraan spiritual, dimana total skor kesejahteraan spiritual antara 20–120, semakin tinggi skor mencerminkan semakin tinggi tingkat kesejahteraan spiritual responden. SWBS telah banyak dikembangkan dalam beberapa bahasa antara lain, Indonesia, Malaysia, Spanyol, Portugis, China dan Arab. Masing-masing negara telah menguji validitas dari SWBS ini. Hasil penulisan literatur didapatkan tiga bahasa yang telah di validasi terjemahan SWBS yaitu Arab, Inggris dan Malaysia, dengan nilai  $r > 0,80$  (Imam, Noor, Abdul, Nor, & Jusoh, 2009; Musa & Pevalin, 2012).

Kelompok intervensi setelah pre-test mendapatkan intervensi *bereavement life review* satu kali dalam dua sesi selama satu minggu. Setelah sesi kedua, responden langsung mendapatkan posttest dengan kuesioner yang sama. sedangkan kelompok kontrol mendapatkan intervensi *bereavement life review* setelah diberikan posttest. Jarak antara pretest dan posttest pada kelompok kontrol adalah sama dengan kelompok intervensi, yaitu satu minggu. .

## Hasil Penelitian

Karakteristik responden dalam penelitian ini mencakup umur, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, riwayat pekerjaan, pendapatan per bulan, hubungan dengan pasien dan lama menunggu, karakteristik responden tersebut merupakan faktor pengganggu dalam efektifitas pemberian *bereavement life review* (Ando, Sakaguchi, *et al.*, 2013). Uji homogenitas antara kelompok kontrol dan intervensi juga diperlukan untuk mengurangi bias dalam penelitian (Polit & Beck, 2009). Karakteristik responden terlihat pada tabel 1. Tabel. 1 dan tabel 2 menunjukkan

**Tabel 1 Distribusi Frekuensi pada Karakteristik Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Pendidikan, Riwayat Pekerjaan, Pendapatan per Bulan, Hubungan dengan Pasien dan Uji Homogenitas pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol (n = 28)**

Karakteristik	Kelompok Kontrol (n = 14)		Kelompok Intervensi (n = 14)		Nilai p	
	Jumlah	%	Jumlah	%		
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	14,3	3	21,4	1,000 <sup>1</sup>
	Perempuan	12	85,7	11	78,6	
Status Pernikahan	Kawin	13	92,9	9	64,3	0,167 <sup>1</sup>
	Tidak Kawin	1	7,1	5	35,7	
Pendidikan	Tidak Sekolah	0	0,0	0	0,0	0,821 <sup>2</sup>
	SD/Sederajat	1	7,1	2	14,3	
	SMP/Sederajat	3	21,4	3	21,4	
	SLTA/Sederajat	9	64,3	7	50,0	
	Diploma/lebih tinggi	1	7,1	2	14,3	
Riwayat Pekerjaan	Tidak Bekerja	12	85,7	8	57,1	0,068 <sup>2</sup>
	Swasta	1	7,1	6	42,9	
	Petani	1	7,1	0	0,0	
Pendapatan per Bulan	Tinggi	0	0,0	0	0,0	1,000 <sup>1</sup>
	Sedang	12	85,7	11	78,6	
	Rendah	2	14,3	3	21,4	
Hubungan dengan Pasien	Suami/Istri	3	21,4	4	28,6	0,533 <sup>2</sup>
	Adik/Kakak Kandung	1	7,1	0	0,0	
	Anak Kandung	10	71,4	9	64,3	
	Orang Lain	0	0,0	1	7,1	

**Tabel 2 Rata-rata, Standar Deviasi, dan Nilai Min-Max pada Karakteristik Umur dan Lama Menunggu serta Uji Homogenitas pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol (n = 28)**

Karakteristik	Kelompok Kontrol (n = 14)		Kelompok Intervensi (n = 14)		Nilai p
	Rata-rata (Standar Deviasi)	Min-Max	Rata-rata (Standar Deviasi)	Min-Max	
Umur (dalam tahun)	39,14 (5,37)	29-48	39,28(5,82)	28-48	0,947 <sup>1</sup>
Lama Menunggu (dalam hari)	3,28 (0,47)	3-4	3,14 (0,36)	3-4	0,366 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> uji t tidak berpasangan

<sup>2</sup> uji *Mann-Whitney*

**Tabel 3 Perbedaan Rerata Skor Kesejahteraan Spiritual Sebelum dan Sesudah *Bereavement Life Review***

Kesejahteraan Spiritual	Kelompok		T/Z	Nilai <i>p</i>	Perbedaan rerata (CI 95%)
	Intervensi (n = 14)	Kontrol (n = 14)			
Rerata pre-test	99,21	99,07	Z = -0,232	0,817 <sup>1</sup>	-
Rerata (SD) post-test	106,5 (1,83)	98,71 (3,64)	T = -7,786	0,000 <sup>2</sup>	-7,78 (-10,06–5,504)

<sup>1</sup>uji *Mann-Whitney*

<sup>2</sup>uji t tidak berpasangan (df = 19,153)

**Tabel 4 Perbedaan Rerata pada *Pretest* dengan *Posttest* Skor Kesejahteraan Spiritual Keluarga**

Kelompok	Rerata (SD)		T/Z	Nilai <i>p</i>	Perbedaan rerata (CI 95%)
	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>			
Intervensi (n = 14)	99,07	106,5	Z = -3,307	0,001 <sup>1</sup>	-
Kontrol (n = 14)	99,21 (2,83)	98,71 (3,65)	T = 0,82	0,426 <sup>2</sup>	0,5 (-0,82) – (1,82)

<sup>1</sup>Uji *Wilcoxon*

<sup>2</sup>Uji t berpasangan (df = 13)

**Tabel 5 Uji Statistik Perbedaan Peningkatan ( $\Delta$  *Pretest* dan *Posttest*) Skor Kesejahteraan Spiritual**

Kelompok	Perbedaan Peningkatan ( $\Delta$ <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> ) Skor Kesejahteraan Spiritual		t	Nilai <i>p</i>	Perbedaan rerata (CI 95%)
	<i>Mean</i>	<i>SD</i>			
Kontrol (n=14)	0,5	2,28	<b>8,76</b>	<b>0,000*</b>	7,93 (6,06–9,78)
Intervensi (n=14)	-7,43	2,50			

\*Uji t tidak berpasangan (df = 26)

bahwa tidak satupun karakteristik responden antara kelompok intervensi dan kontrol berbeda secara signifikan ( $p > 0,05$ ).

Perbedaan rerata skor kesejahteraan spiritual sebelum dan sesudah *bereavement life review* pada kelompok kontrol dengan kelompok intervensi di rsd dr. soebandi jember terlihat pada tabel 3. Tabel 3 memperlihatkan bahwa skor pre-test kesejahteraan spiritual pada kelompok kontrol lebih rendah dibanding kelompok intervensi, namun tidak berbeda signifikan secara statistik ( $p = 0,817$ ). Adapun skor post test kelompok intervensi secara signifikan lebih tinggi – yang bermakna spiritual lebih baik dibanding skor post test kelompok kontrol ( $p = 0,000$ ).

Perbedaan rerata pada pre-test dengan post-

test dari skor kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di rsd dr. soebandi jember terlihat pada tabel 4. Tabel. 4 memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan rerata pre-test dan post-test kesejahteraan spiritual pada kelompok intervensi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai  $p = 0,001$  sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat perbedaan rerata skor pre-test dan post-test kesejahteraan spiritual pada kelompok intervensi. Tabel 4 juga memperlihatkan bahwa terdapat tidak ada perbedaan rerata pre-test dan post-test kesejahteraan spiritual pada kelompok kontrol. Hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p = 0,426$  sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak terdapat

perbedaan rerata pre-test dan post-test pada kelompok kontrol. Interpretasi nilai CI 95% berarti bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa selisih skor pre-test dan post-test tingkat kesejahteraan spiritual keluarga kelompok kontrol adalah antara -0,82 dan 1,82.

Perbedaan peningkatan ( $\delta$  pre-test dan post-test) skor kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. dapat dilihat pada tabel 4. Tabel 4 memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan rerata dari perbedaan peningkatan ( $\Delta$  pre-test dan post-test) skor kesejahteraan spiritual pada kelompok intervensi dan kontrol ( $p=0,000$ ). Interpretasi nilai CI 95% berarti bahwa dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa selisih skor perbedaan peningkatan ( $\Delta$  pre-test dan post-test) skor kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke pada kelompok intervensi dan kontrol adalah 6,06 dan 9,78. (mohon maaf, untuk tabel ini adalah data selisih, jadi skor pre test dikurangi skor post test. Hasil pengurangan tersebut dicari rata-ratanya, sehingga disebut dengan delta, ini hanya untuk memperkuat data-data sebelumnya, mungkin mohon masukan dari reviewer, apakah perlu dimasukkan juga atau tidak, terimakasih).

## Pembahasan

### Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada kelompok kontrol dan intervensi terbanyak adalah dengan jenis kelamin perempuan, menikah dan tidak bekerja serta merupakan anak kandung dari pasien. Perempuan rumah tangga terbiasa melakukan aktifitas merawat suami atau ibu saat dirawat di rumah sakit. Penelitian Ando, Morita, & Miyashita (2010) yang dilakukan di Jepang terhadap keluarga pasien terminal, responden terbanyak juga adalah perempuan.

Uji homogenitas menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan karakteristik responden (umur, lama menunggu, status perkawinan, pendidikan, riwayat pekerjaan, pendapatan perbulan dan hubungan keluarga) antara kelompok kontrol dan intervensi. Tidak adanya perbedaan ini memberikan gambaran

bahwa faktor-faktor yang memengaruhi spiritual dapat dikontrol dan risiko bias responden bisa dikurangi.

Seperti dalam penjelasan sebelumnya agama, umur, lama menunggu, status perkawinan, pendidikan, riwayat pekerjaan, pendapatan perbulan dan hubungan keluarga adalah faktor yang memengaruhi kesejahteraan spiritual. Sebagai upaya menurunkan bias penelitian, peneliti membatasi umur responden, lama menunggu dan kedekatan keluarga, dan agama sehingga data bersifat homogen.

Agama sebagai aspek penting spiritual sangat memengaruhi spiritual (White, Peters, & Schim, 2011). Dalam pemahaman spiritual sangat dipengaruhi agama seseorang. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah responden yang beragama Islam, sehingga hasil yang dicapai akan homogen.

Umur akan memengaruhi spiritualitas. Penelitian ini menggunakan rentang umur dalam tahap perkembangan dewasa, hal ini dikarenakan pada tingkat perkembangan dewasa, spiritualitas individu telah matang dan membutuhkan peningkatan dalam upaya menemukan makna hidup dan mempersiapkan masa tuanya (Stuart, 2013). Lama menunggu dan kedekatan keluarga adalah faktor yang memengaruhi spiritual dari aspek hubungan sosial. Lama menunggu memperlihatkan kedekatan keluarga dengan pasien, sedangkan hubungan keluarga menggambarkan hubungan secara kedekatan dengan pasien. Tingkat sosial akan memengaruhi spiritual, tingkat sosial yang baik akan memengaruhi spiritual individu (Stuart, 2013).

### *Bereavement life review*

Ando, Morita, & Miyashita (2010) menyebutkan bahwa *bereavement life review* efektif dalam meningkatkan spiritualitas pada keluarga pasien kanker stadium terminal. penelitian tersebut dilakukan di rumah paliatif di Jepang. Hasil penelitian terdapat peningkatan rerata kesejahteraan spiritual pada sebelum dan sesudah pemberian intervensi *bereavement life review* ( $19,9\pm 5,8$  ke  $22,8\pm 5,1$ ;  $p=0,028$ ). *Life review* sebagai intervensi dalam peningkatan spiritual juga telah diberikan terhadap pasien kanker stadium akhir dalam peningkatan spiritualitasnya. Ando, Morita, Akechi, & Okamoto (2010)

membuktikan dalam penelitiannya di pusat paliatif di Jepang bahwa terdapat juga peningkatan kesejahteraan spiritual setelah pemberian *life review* (17,2±6,9 ke 22,5±4,9; p=0,000), namun penelitian ini dilakukan terhadap pasien terminal.

Ando, Sakaguchi, *et al.*, (2013) dalam penelitiannya yang lain membuktikan bahwa *bereavement life review* juga dapat diaplikasikan terhadap keluarga pasien selain keluarga pasien kanker. Hasil penelitian Ando, Sakaguchi, *et al.*, (2013) menyimpulkan bahwa peningkatan kesejahteraan spiritual pada keluarga pasien kanker dan non kanker setelah intervensi *bereavement life review* digambarkan tidak ada perbedaan yang signifikan (p=0,34). Penggunaan *bereavement life review* dapat digunakan dalam semua jenis kondisi atau setting dari keluarga. kanker adalah penyakit terminal dan membutuhkan perawatan paliatif, sehingga beberapa penyakit terminal lain dengan kemungkinan perlu perawatan paliatif (Stroke dan Diabetes Mellitus) dapat menggunakan *bereavement life review* dalam salah satu intervensinya.

*Bereavement life review* fokus terhadap pendampingan pada keluarga dengan pendekatan *family-centered care*. Pendampingan keluarga dan peningkatan spiritualitas keluarga adalah salah satu upaya penerapan *family-centered care* pada pasien stroke dan keluarga (Payne, Burton, Addington-Hall, & Jones, 2010). Saat kondisi menghadapi kematian, *bereavement care* merupakan pendampingan dan dukungan mental spiritual kepada keluarga yang akan ditinggal dan setelah ditinggal pasien (Nurbani, 2009). Stevens, *et al.*, (2007) tiannya menyebutkan bahwa *family-centered care* dan *bereavement care* adalah implementasi perawatan paliatif pada pasien stroke.

*Family Focused Grief Therapy* (FFGT) adalah sebuah bentuk pendampingan pada keluarga pasien dalam menghadapi berduka (Kissane *et al.*, 2006). FFGT dan *bereavement life review* ini memiliki kesamaan dalam prosesnya. Pelaksanaan kedua terapi ini menggunakan pendekatan konsep pendampingan sehingga menghasilkan pemaknaan keluarga terhadap kematian dan kesakitan. Proses pemaknaan hidup tersebut

sangat berpengaruh terhadap aspek psikologis maupun aspek fisik dari keluarga tersebut. Namun, *bereavement life review* mempunyai kelebihan dalam prosesnya karena lebih cepat dan lebih mudah untuk diaplikasikan kepada pasien dalam peningkatan spiritual, sedangkan FFGT mempunyai kelemahan waktu yang lama dan lebih sulit dalam mengaplikasikan di tatanan klinik.

#### Kesejahteraan Spiritual Keluarga Pasien Stroke

Kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke dalam penelitian ini terdapat dua aspek yang mengalami peningkatan akibat intervensi *bereavement life review*, aspek eksistensial dan aspek religiusitas (Paloutzian *et al.*, 2012). Aspek eksistensial meningkat akibat dari peningkatan *self reliance*. Kesejahteraan spiritual adalah proses saat individu memandang tentang harapan yang terlihat. Kesejahteraan spiritual dapat dinilai secara kuantitatif yang disajikan dalam skor ataupun dinilai secara kualitatif dalam bentuk narasi (Paloutzian *et al.*, 2012). Kesejahteraan Spiritual merupakan aspek penyembuhan bagi pasien dan keluarga dengan penyakit kronis (Nuraeni, Nurhidayah, Hidayati, Windani, & Sari, 2015). Penelitian ini bertujuan untuk melihat peningkatan kesejahteraan spiritual sehingga akan lebih terlihat ketika menggunakan skor untuk menggambarkan terjadinya peningkatan atau penurunan kesejahteraan spiritual.

Aspek agama (*religious*) dalam kesejahteraan spiritual sangat dipengaruhi oleh kepercayaan dan doktrin agama dari individu, terkait hubungannya dengan sang pencipta. Dalam menghindari adanya bias seleksi dalam penelitian ini, semua responden adalah yang beragama Islam, sehingga proses intervensi, responden mempunyai latar belakang yang sama terhadap keyakinan dan doktrin yang didapat.

*Bereavement lifereview* dalam Islam sejalan dengan konsep muhasabah. Muhasabah dapat diartikan sebagai merupakan suatu sikap yang selalu menghitung/menghisab (layak atau tidak) bertentangan dengan kehendak Allah, sehingga terhindar dari perasaan bersalah yang berlebihan, cemas, dan lain sebagainya. Individu akan mengetahui kekurangan-kekurangan dan kelebihan-kelebihan yang ada pada dirinya serta mengetahui hak



Allah atas dirinya saat proses bermuhasabah (Anam, 2012). Proses *bereavement life review* juga melihat masa lalu untuk mendapatkan pemaknaan yang baik pada masa yang akan datang, kedua proses ini merupakan hal yang sejalan dalam upaya peningkatan spiritual.

Keluarga pasien stroke mempunyai kekhasan sendiri dalam merawat pasien. Menurut Iosif, Papathanasiou, Staboulis, & Gouliamos (2012) stroke adalah penyakit yang mendadak dan tiba-tiba terkadang keluarga masih belum siap terhadap apa yang terjadi pada pasien. Stressor yang unik ini membutuhkan intervensi dengan pendekatan individu. Hal ini merupakan proses berduka yang perlu diselesaikan dalam peningkatan kualitas hidup keluarga dan kualitas perawatan keluarga yang diberikan kepada pasien. Peningkatan spiritual ini merupakan upaya dalam membawa proses berduka menuju berduka yang efektif dan tidak terjadi maladaptif. Spiritualitas ini adalah sebagai upaya protektif dalam pencegahan kejadian yang tidak diinginkan akibat berduka yang tidak efektif, seperti PTSD dan kejadian penyakit kardiovaskuler (Houwen et al., 2010). Hasil rerata pre-test skor kesejahteraan spiritual responden pada kelompok kontrol dan intervensi dalam kategori sedang. Hal ini menunjukkan stressor stroke ini berdampak terhadap kesejahteraan spiritual pasien.

Pengaruh *Bereavement Life Review* terhadap Kesejahteraan Spiritual Keluarga Pasien Stroke

Pengaruh *bereavement life review* terhadap kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke pada hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh *Bereavement life review* terhadap spiritual keluarga pasien stroke. Pengaruh ini terlihat dari adanya perbedaan post-test skor SWBS pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi. peningkatan perbedaan ( $\Delta$  pre-test dan post-test) skor SWBS juga terlihat terdapat perbedaan pada kelompok kontrol dan intervensi. Pada Penelitian di Jepang, *Bereavement life review* memengaruhi spiritual keluarga pasien dengan penyakit kronis (Ando, Morita, & Miyashita, 2010; Ando, Sakaguchi, et al., 2013). *Bereavement life review* memengaruhi spiritual keluarga pasien stroke melalui setiap tahapan konsep *bereavement life review*. Setiap tahapan dari *bereavement life*

*review* dapat membentuk aspek spiritual baik eksistensial dan religiusitas keluarga pasien stroke. Tahap dalam *bereavement life review* meliputi rekonstekstualisasi, memaafkan terhadap diri individu dan proses refleksi (Garland & Garland, 2005). Ketiga tahap ini mempunyai karakteristik yang berbeda dalam individu dan merupakan proses yang dilewati dalam proses *bereavement life review*.

Proses rekontekstualisasi terbentuk saat responden dan terapis melakukan interaksi pada pertemuan pertama. Menurut Ando, Morita & Miyashita (2010) tahap rekonstekstualisasi dalam *bereavement life review* muncul ketika responden mampu membentuk lingkungan yang membuat responden melupakan sedikit kesedihannya. Tahap rekontekstualisasi adalah proses penguatan tahap *acceptance* dalam tahapan berduka, respon individu dalam rekontekstualisasi akan lebih cepat ketika individu telah dalam tahap *acceptance*. (Jenko, Gonzalez, & Alley, 2010).

Tahap kedua adalah memaafkan terhadap diri individu (*forgiving*). Proses ini merupakan upaya peningkatan kemampuan coping individu dalam menghadapi proses berduka dan dapat meningkatkan spiritualitas (Garland & Garland, 2005). Proses memaafkan ini muncul setelah akhir sesi pertama dan menuju proses sesi ke dua. Menurut Ando, Morita & Miyashita (2010) tahap setelah pengondisian lingkungan adalah mengingat memori yang baik dan mengevaluasi memori yang buruk. Hal ini senada dengan pendapat Garland dan Garland (2005) proses memaafkan terhadap diri individu ini muncul ketika terdapat evaluasi dari memori atau hal yang berkesan dari responden saat bersama dan merawat pasien.

Proses memaafkan terhadap diri individu ini ditandai dengan peningkatan emosi, menangis dan merasakan keadaan pasien sebagai hal yang disyukuri tanpa menyalahkan diri sendiri sebagai keluarga terdekat pasien. Proses ini merupakan upaya penemuan makna hidup responden sehingga dapat menata hidup lebih baik dan meningkatkan self reliance individu. Tahap memaafkan ini membutuhkan waktu 2–4 hari sebagai upaya peningkatan *self reliance* (Jenko, Gonzalez, & Alley, 2010).

Proses selanjutnya adalah refleksi.

Refleksi muncul setelah proses memaafkan diri itu mampu memberikan suatu makna mendalam dari keluarga terhadap pasien yang sedang dirawatnya (Garland & Garland, 2005). Refleksi dalam penelitian ini dibantu dengan visualisasi berupa album mini yang dibuat sesuai dengan hasil intervensi *bereavement life review*. Visualisasi menurut Ando, Morita & Miyashita (2010) dapat meningkatkan spiritual sebagai pengingat terhadap siapa yang menciptakan, untuk apa dia hidup dan pengulangan terhadap apa yang telah dilakukan.

Album yang diberikan berupa gambar yang dapat meningkatkan spiritual, baik aspek religiusitas maupun aspek eksistensial. Gambar yang ditampilkan berupa gambar simbol-simbol agama, dalam hal ini adalah Islam. Simbol-simbol tersebut merupakan identitas dari agama sebagai salah satu aspek religiusitas dalam konsep spiritual (Arjmandi, Tahir, Shabankareh, Shabani, & Mazaheri, 2011). Kombinasi tulisan juga ditampilkan berupa frasa pendek yang dapat terekam dengan baik oleh responden (Ando, Morita, & Miyashita, 2010). Frasa ini diproses dari rekaman *bereavement life review* yang telah dilewati oleh responden. Penentuan frasa dilakukan bersama terapis agar makna yang terkandung dari hasil wawancara tidak hilang. Bibliografi ini dapat menambah kemampuan refleksi dari responden sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan spiritual responden dan mempercepat proses berduka dan mencegah terjadinya berduka disfungsi.

Ke tiga tahap ini harus dilewati oleh responden untuk meningkatkan spiritualitas. Responden akan mengalami peningkatan spiritual ketika telah melewati ke tiga tahap tersebut. Saat responden mencapai tahap refleksi koping individu mulai muncul dan diperkuat dengan gambar-gambar spiritual sehingga pemaknaan hidup individu akan terbentuk. Pemaknaan hidup yang kuat adalah salah satu indikator spiritualitas individu meningkat. Penelitian ini memang tidak melihat secara objektif tahapan yang telah dilalui. Evaluasi yang digunakan adalah outcome terakhir berupa tingkat kesejahteraan spiritual, sehingga tidak bisa menggambarkan perjalanan secara jelas mengenai apa yang sedang dialami oleh

pasien selama terapi yang dilakukan.

Proses *bereavement life review* ini sangat dipengaruhi oleh keadaan awal dari responden (Ando, Sakaguchi, *et al.*, 2013). Pasien dengan depresi akut tidak bisa dilakukan *bereavement life review*, perlu adanya intervensi lain untuk menenangkan individu tersebut dahulu, kemudian dilakukan intervensi *bereavement life review*. *Bereavement life review* dalam beberapa teori mampu untuk meningkatkan kesejahteraan spiritual dan menurunkan depresi, namun depresi dalam konteks ini adalah depresi sedang yang bukan dalam keadaan akut (Ando, Tsuda, *et al.*, 2013).

Proses *bereavement life review* juga sangat terkait dengan budaya. Penelitian dilakukan kepada pasien dengan budaya yang sama. Ahli keperawatan jiwa sebagai fasilitator *bereavement life review* adalah individu yang telah lama tinggal di Jember, hal ini sebagai upaya pendekatan budaya dalam proses *bereavement life review*. Budaya Jember sendiri menurut hasil wawancara dengan perawat ruang melati, menyebutkan bahwa individu dengan latar belakang etnis Jember lebih nyaman berdiskusi dan mengutarakan pendapat dengan orang yang mempunyai latar budaya yang sama. Keunikan etnis Jember juga adalah keterbukaan informasi akan lebih cepat diutarakan sehingga sesuai apabila menggunakan *Bereavement life review* dalam menggali makna hidup sebagai upaya peningkatan kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke.

Spiritual adalah aspek yang dinamis dalam suatu individu. Mempertahankan kesejahteraan spiritual agar tetap dalam keadaan baik adalah fungsi perawat dalam upaya peningkatan kualitas hidup dan sebagai faktor protektif terjadinya berduka disfungsi (Strada-Russo, 2006). Spiritual yang bersifat dinamis ini sangat memengaruhi intervensi *bereavement life review* ini, dalam pelaksanaannya *bereavement life review* perlu dilakukan berkelanjutan, tidak bisa dilakukan sekali. dalam setting klinik, *bereavement life review* perlu dilakukan ketika pasien telah mulai dalam keadaan penurunan harapan hidup dan menuju depresi. Pengkajian berkelanjutan juga perlu dilakukan secara berkala sebagai dasar dilakukan intervensi *bereavement life review*.

Pengembangan alat ukur spiritual juga perlu dilakukan. Spiritual yang berpengaruh pada budaya merupakan hal yang perlu diperhatikan. Item pertanyaan dalam SWBS perlu pengkajian lebih dalam terkait kesesuaian dengan budaya dan agama di Jember khususnya dan di Indonesia pada umumnya. Proses pengembangan kuesioner juga membutuhkan kajian riset yang mendalam sebagai upaya menjaga realibilitas dan validitas kuesioner tersebut.

*Life review* merupakan terapi yang telah lama dikembangkan tapi masih sangat jarang digunakan dalam setting klinik. *Life review* sangat potensial digunakan sebagai terapi komplementer dalam penguatan status psikologis dan status spiritual pasien maupun keluarga (Jenko, Gonzalez, & Alley, 2010). penelitian selanjutnya terkait *bereavement life review* perlu adanya modifikasi intervensi. *Life review* dapat dikombinasikan dengan pendidikan kesehatan perawatan pascastroke, hal ini dapat memperkuat status spiritual keluarga juga dapat meningkatkan pengetahuan keluarga dalam perawatan pascastroke. *Bereavement life review* bisa menjadi terapi yang lengkap dan dapat memberikan hasil yang maksimal bagi keluarga dan pasien.

Dampak *bereavement life review* yang lain terkait status kesehatan yang berkaitan dengan spiritual seperti kecemasan, depresi, kompleksitas berduka dan motivasi serta kualitas hidup belum dimunculkan dalam penelitian ini, karena tingkat kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke berkaitan dengan aspek psikologis yang lain sehingga pembahasan akan lebih komprehensif. Penelitian ini masih murni penelitian kuantitatif. Seharusnya penelitian terkait *bereavement life review* juga harus dikaji dari sisi kualitatif, terkait analisis data yang diungkapkan langsung oleh pasien dalam proses intervensi sehingga terlihat proses yang dilalui saat pemberian intervensi *bereavement life review*. Penelitian ini juga hanya terbatas terhadap keluarga pasien stroke serangan pertama dengan latar belakang etnis Jember, sehingga belum bisa untuk digeneralisir secara umum dari pengaruh *bereavement life review* terhadap peningkatan kesejahteraan spiritual.

## Simpulan

Hasil penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh dari *bereavement life review* sebagai terapi psikologis dalam peningkatan kesejahteraan spiritual keluarga pasien stroke. *Bereavement life review* memberikan efek peningkatan koping melalui proses peningkatan integritas diri sehingga dapat meningkatkan pemaknaan terhadap diri dan lingkungan. Saran untuk penelitian selanjutnya adalah studi terkait intervensi *bereavement life review* dalam dampaknya terhadap depresi, kecemasan dan kualitas hidup keluarga dan pasien stroke.. Pengembangan penelitian keterkaitan *bereavement life review* dapat dilakukan dengan melihat pengaruh intervensi terhadap penyakit kronis yang lain seperti, diabetes mellitus atau hipertensi. Pengembangan indikator psikologis lain dari pengaruh *bereavement life review* seperti pemberdayaan, manajemen diri, efikasi diri maupun kualitas hidup juga perlu dilakukan.

## Daftar Pustaka

- Anam, K. (2012). *Konsepsi Ibnu Qayyim Al-Jauziyah tentang muhasabah*. UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta. Retrieved from: <http://digilib.uin-suka.ac.id/id/eprint/993>.
- Ando, M., Minota, H., Shibukawa, C., & Kira, H. (2012). Simple life review for terminally ill cancer patients with low cognitive function. *Journal of Cancer Therapy*, 3(5), 528–533. <https://doi.org/10.4236/jct.2012.35068>.
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., & Okamoto, T. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 993–1002. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.320>.
- Ando, M., Morita, T., & Miyashita, M. (2010). Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(3), 453–459. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.028>.

- Ando, M., Sakaguchi, Y., Shiihara, Y., & Izuhara, K. (2013). Universality of bereavement life review for spirituality and depression in bereaved families. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1177/1049909113488928>.
- Ando, M., Tsuda, A., Morita, T., Miyashita, M., Sanjo, M., & Shima, Y. (2013). A pilot study of adaptation of the transtheoretical model to narratives of bereaved family members in the bereavement life review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1177/1049909113490068>.
- Arjmandi, H., Tahir, M., Shabankareh, H., Shabani, M., & Mazaheri, F. (2011). Psychological and spiritual effects of light and color from Iranian traditional houses on dwellers. *Journal of Social Science and Humanities*, 6(2), 288–301.
- Clarke, J. (2009). A critical view of how nursing has defined spirituality. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1666–73. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02707.x>.
- Crowe, C., Coen, R.F., Kidd, N., Hevey, D., Cooney, J., & Harbison, J. (2015). A qualitative study of the experience of psychological distress post-stroke. *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105315581067>.
- Daulay, N. M., Setiawan, S., & Febriani, N. (2014). Pengalaman Keluarga sebagai *Caregiver* dalam Merawat Pasien Strok di Rumah. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 2(3), 161–170.
- Garland, J., & Garland, C. (2005). *Life review in health and social care: A practitioner's guide*. Philadelphia: Taylor & Francis e-Library.
- Houwen, K., Van Der, Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Bout, J., Van Den, & Meij, L. W.-D. (2010). Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach. *Death Studies*, 34(3), 195–220. <https://doi.org/10.1080/07481180903559196>.
- Imam, S., Noor, I., Abdul, H., Nor, K., & Jusoh, R. (2009). Malay version of spiritual well-being scale: Is Malay spiritual well-being scale a psychometrically sound instrument. *Journal of Research in Nursing* 4(1), 59–69.
- Iosif, C., Papathanasiou, M., Staboulis, E., & Gouliamos, A. (2012). Social factors influencing hospital arrival time in acute ischemic stroke patients. *Neuroradiology*, 54(4), 361–7. <https://doi.org/10.1007/s00234-011-0884-9>.
- Jenko, M., Gonzalez, L., & Alley, P. (2010). Life review in critical care: Possibilities at the end of life. *Critical Care Nurse*, 30(1). <https://doi.org/10.4037/ccn2010122>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012). Gambaran penyakit tidak menular di rumah sakit tahun 2011. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan*, 1–48.
- Kissane, D.W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D.P., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: A randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1208–18. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1208>.
- Morton, P., & Fontaine, D. (2005). *Critical care nursing: A holistic approach* (8<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Musa, A., & Pevalin, D.J. (2012). An Arabic version of the spiritual well-being scale. *International Journal for the Psychology of Religion*, 22(2). <https://doi.org/10.1080/10508619.2011.638592>.
- Nuraeni, A., Nurhidayah, I., Hidayati, N., Windani, C., & Sari, M. (2015). Kebutuhan Spiritual pada Pasien Kanker. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 3(2), 57–66.
- Nurbani. (2009). *Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap masalah psikososial: Ansietas dan beban keluarga (caregiver) dalam merawat pasien stroke di RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta*. Tesis Universitas Indonesia. Depok.
- Paloutzian, R., Bufford, R., & Wildman, A.

(2012). *Spiritual well-being scale: Mental and physical health relationship*. In M. Cobb, C. Puchalski, & B. Rumbold (Eds.), *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*. New York: Oxford University Press.

Payne, S., Burton, C., Addington-Hall, J., & Jones, A. (2010). End-of-life issues in acute stroke care: A qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. *Palliative Medicine*, 24(2), 146–53.

<https://doi.org/10.1177/0269216309350252>.

Polit, D., & Beck, C. (2009). *Nursing research: Principle and method* (7<sup>th</sup> Ed.). Lippincott: William&Wilkins.

Stevens, T., Payne, S., Burton, C., Addington-Hall, J., & Jones, A. (2007). Palliative care in stroke: A critical review of the literature. *Palliative Medicine*, 21(4), 323–31. <https://doi.org/10.1177/0269216307079160>.