

**REAKSI BERDUKA PADA PENYINTAS KEHILANGAN BUNUH DIRI:
LAPORAN KASUS**

Grief Reactions in Suicide Loss Survivor: A Case Report

Dyani Pitra Velyani^{1*}, Mulia Rahmansyah², Ika Nur Fitriana³

¹Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti, Jakarta, Indonesia

²Departemen Radiologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti, Jakarta, Indonesia

³Departemen Psikiatri, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti, Jakarta, Indonesia

Diterima

20 Januari 2024

Revisi

21 Januari 2024

Disetujui

24 Januari 2024

Terbit Online

27 Januari 2024

*Penulis Koresponden:

dyani.pitra@trisakti.ac.id



Abstract

World Health Organization reported that there were more than 700,000 deaths due to suicide each year. Suicide incidents were like stones thrown into calm lakes, causing widespread ripples. Levi-Belz, in his study, stated that each suicide case affected an average of five family members and up to 135 individuals, including partners, colleagues, and the community. Suicide loss survivors were at a higher risk of experiencing complicated grief, depression, and suicide compared to the bereaved due to causes. Stigmatisation of suicide behavior and suicide loss survivors made them reluctant to disclose themselves, leading to less access to the help they needed. This case report described a 51-year-old woman experiencing grief reactions due to her daughter's suicide. She exhibited denial, anger, guilt, and self-blame. Her decision not to disclose her condition to family and relatives forced her to face emotional and mental turmoils on her own. This patient is still in the acute phase of grief reactions and is receiving psychological intervention in an individual setting. The assessment of suicide risk and ongoing observation of persistent psychological symptoms should be conducted periodically.

Keywords: Suicide loss survivor, grief, psychological intervention

Abstrak

Data World Health Organization melaporkan bahwa terjadi lebih dari 700.000 kematian akibat bunuh diri setiap tahunnya. Kejadian bunuh diri ini, bagaikan batu yang dilempar ke dalam air danau yang tenang, akan menimbulkan riak yang luas. Levi-Belz dalam studinya menyatakan bahwa setiap kasus bunuh diri akan memengaruhi rata-rata lima anggota keluarga hingga 135 individu yang terdiri dari pasangan, keluarga, kolega, dan komunitas. Penyintas kehilangan bunuh diri memiliki risiko yang lebih tinggi untuk mengalami *complicated grief*, depresi, dan bunuh diri dibandingkan individu yang berduka karena sebab kematian lainnya. Adanya stigma yang kental terhadap tindakan bunuh diri serta penyintas kehilangan bunuh diri membuat para penyintas enggan terbuka dengan kondisinya sehingga lebih jarang mendapatkan pertolongan yang dibutuhkan. Laporan kasus ini menjelaskan tentang perempuan berusia 51 tahun yang sedang mengalami reaksi berduka akan kematian anaknya akibat bunuh diri. Ia menunjukkan adanya penyangkalan, kemarahan, rasa bersalah, serta menyalahkan diri yang dominan. Keputusannya untuk tidak terbuka mengenai kondisinya kepada keluarga dan kerabat membuat pasien selama ini harus menghadapi lonjakan emosi dan pikiran-pikirannya sendiri. Laporan ini membahas hal-hal khusus terjadi dalam proses berduka seorang penyintas kehilangan bunuh diri yang harus menjadi perhatian saat memberikan intervensi psikologis. Pada kasus, pasien masih menunjukkan fase akut reaksi berduka dan diberikan intervensi psikologis dalam pengaturan individual. Penilaian risiko bunuh diri dan observasi gejala-gejala psikologis yang menetap harus dilakukan secara berkala

Kata kunci: penyintas kehilangan bunuh diri, berduka, intervensi psikologis

PENDAHULUAN

“Suicide is not only the end of life for the deceased but also the beginning of a highly challenging life for those left behind” – Edwin Shneidman.⁽¹⁾

Menurut World Health Organization (WHO) terjadi lebih dari 700.000 kematian akibat bunuh diri setiap tahunnya dan merupakan penyebab kematian tertinggi keempat pada rentang usia 15-29 tahun.⁽²⁾ Levi-Belz dalam studinya menyatakan bahwa setiap kasus bunuh diri akan memengaruhi rata-rata lima anggota keluarga dan hingga 135 individu dalam komunitas.⁽³⁾ Berbagai studi juga mendapatkan bahwa penyintas kehilangan bunuh diri memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami *complicated grief*, gangguan kesehatan fisik, depresi, serta ide dan perilaku bunuh diri dibandingkan individu yang berduka oleh sebab lainnya.⁽⁴⁻⁶⁾

Kehilangan seseorang akibat kematian, terlepas dari apa pun penyebab kematiannya, adalah situasi yang menyakitkan sekaligus merupakan pengalaman yang manusiawi. Penyintas kehilangan bunuh diri, sebagaimana individu lain yang berduka, akan mengalami fase berduka namun dengan rasa bersalah dan menyalahkan diri yang lebih besar.⁽⁷⁾ Selain itu, rasa malu, penyangkalan diri, dan juga stigma serta praduga kematian akibat bunuh diri akan membuat penyintas kehilangan bunuh diri ragu dan mengalami kesulitan untuk mencari dukungan dan pertolongan.^(8,9)

Kekhasan dalam proses berduka bagi penyintas kehilangan bunuh diri, serta kebutuhan pendampingan yang harus menjangkau kekhasan tersebut **menjadi latar belakang** pembahasan laporan kasus tentang reaksi berduka pada penyintas kehilangan bunuh diri. **Tujuan dari artikel ini adalah** untuk menjadi bekal pengetahuan berbasis bukti yang akan dapat digunakan oleh pemberi layanan kesehatan mental secara umum agar dapat memberikan pertolongan yang lebih optimal bagi penyintas kehilangan bunuh diri. Dengan penanganan yang lebih baik, diharapkan risiko kesehatan fisik maupun mental yang dihadapi oleh penyintas kehilangan bunuh diri dapat menjadi minimal.

DESKRIPSI KASUS

Seorang perempuan, Ny.X berusia 51 tahun datang ke Poliklinik Psikiatri seorang diri. Kalimat pertama yang disampaikan oleh pasien adalah “Dokter, saya butuh bantuan untuk memroses ini semua.”. Pasien menjelaskan bahwa ia baru saja kehilangan anaknya dua bulan yang lalu akibat bunuh diri dan kesulitan untuk memroses kehilangannya tersebut. Pasien memiliki tiga orang anak, dan anaknya yang meninggal tersebut adalah perempuan satu-satunya. Menurutny, sejak hari itu ia merasa tidak lagi menjadi dirinya yang seutuhnya. Pasien dan suami memutuskan untuk tidak menceritakan penyebab meninggalnya sang anak kepada keluarga maupun kerabat. Pasien masih merasakan kesedihan yang mendalam, hampir sepanjang hari, dalam dua bulan terakhir. Ia memaksakan diri untuk keluar rumah setiap hari karena setiap hal di rumah membawa memori yang sangat jelas tentang anaknya. Ia merasa seperti dapat melihat sang anak beraktivitas di sofa, di kamarnya, di semua tempat. Setiap aktivitas keseharian yang ia lakukan membuatnya teringat akan interaksinya dengan sang anak. Ia mulai kehilangan nafsu makan, sulit berkonsentrasi di tempat bekerja, dan sulit untuk memulai tidur. Ia banyak bermimpi dengan rinci mengenai memori-memori spesifik tentang anaknya, baik hal yang menyenangkan maupun yang tidak menyenangkan. Ia memiliki banyak pertanyaan mengapa hal ini terjadi, hal-hal apa yang terlewat olehnya sebagai ibu, apa yang sebenarnya bisa ia lakukan untuk mencegah hal tersebut terjadi, dan mempertanyakan apa yang bisa menjadi alasan baginya untuk melanjutkan hidup.

HASIL

Reaksi berduka

Tal Young dkk dalam risetnya membagi reaksi berduka ini menjadi *acute grief*, *integrated grief*, dan *complicated grief*.⁽⁶⁾ Pada fase akut, dapat dialami mati rasa (*numbness*), syok, penyangkalan, diikuti kesedihan, rasa kehilangan dan kerinduan. Beberapa bulan setelah kehilangan, individu akan mulai menerima kehilangan, secara emosi maupun kognitif, dan mulai kembali menjalani kehidupan. Fase ini disebut sebagai *integrated*

grief.⁽⁶⁾ Pada kasus tertentu, emosi-emosi yang dirasakan pada fase akut terus bertahan dan berkepanjangan, disebut sebagai *complicated grief*.^(9,10)

Berardelli dkk menyatakan pada proses berduka penyintas kehilangan bunuh diri terdapat tema-tema yang muncul dengan intens, yaitu: (1) merasa menjadi penyebab langsung kematian, melalui perlakuan yang tidak tepat maupun pengabaian; (2) menyalahkan dirinya karena tidak ikut melakukan bunuh diri; dan (3) merasakan penolakan, pengabaian, dan kemarahan.⁽¹¹⁾ Tema-tema khas ini dikaitkan dengan terjadinya *complicated grief* dan peningkatan risiko bunuh diri.⁽¹¹⁻¹⁶⁾

Mekanisme koping

Individu yang berduka akan menggunakan mekanisme koping sesuai dengan kebiasaan, karakteristik dan nilai kultural yang dianut.⁽¹⁷⁻²⁰⁾ Tidak ada perbedaan bermakna dalam penggunaan mekanisme koping pada penyintas kehilangan bunuh diri.^(17,21)

Shame dan Stigma

Shame adalah salah satu perasaan khas yang dialami oleh penyintas kehilangan bunuh diri.^(8,12-11) *Shame*, sebagaimana dikutip oleh Levi-Belz dari Brown, adalah perasaan dan penghayatan yang sangat menyakitkan akibat adanya keyakinan bahwa diri kita tercela dan tidak berharga untuk diterima sebagai bagian dari suatu komunitas.⁽⁸⁾ Levi-Belz juga mengutip beberapa hasil studi dari Jordan, Pitman, dan Tangney, yang mendapatkan bahwa *shame* menyebabkan distress yang lebih tinggi dan secara emosional lebih menyakitkan dari rasa bersalah (*guilt*).⁽²²⁾

Stigma yang dialami oleh penyintas kehilangan bunuh diri terjadi dalam dua perspektif. Yang pertama adalah *self-stigma* yang sangat berkaitan dengan *shame*, nilai moral tentang bunuh diri, rasa bersalah sebagai penyebab bunuh diri dan kegagalan dalam mencegah hal tersebut.^(2,8,23) Perspektif yang kedua adalah stigma di masyarakat. Banyak studi melaporkan bahwa penyintas kehilangan bunuh diri mendapatkan reaksi yang tidak empatik dari sekelilingnya yang membuat penyintas memilih untuk mengisolasi diri.^(8,11,23) Proses penyidikan terhadap kematian akibat bunuh diri yang

rumit dan tidak dipahami, dapat menjadi traumatik dan memperberat stigma dan *shame* yang sudah dialami oleh penyintas.⁽²⁴⁾

Intervensi Psikologis

Jordan menyatakan intervensi psikologis dalam pendampingan penyintas kehilangan bunuh diri memiliki beberapa tugas, yaitu: (1) pembendungan trauma dan restorasi keamanan serta kendali psikologis; (2) reparasi kepercayaan terhadap dunia, (3) *Self-dosing* kebutuhan untuk terbebas dari rasa sakit; (4) membangun kembali *social-skills*; (5) reparasi relasi dengan mendiang, (6) membuat biografi mendiang; (7) rekoneksi dengan kehidupan.⁽²⁵⁾

Beberapa jenis intervensi yang menunjukkan hasil yang baik adalah terapi suportif, psikoedukasi, berbasis terapi kognitif-perilaku, baik dalam pengaturan individu maupun kelompok (termasuk *peer support*).⁽¹¹⁾ Intervensi ini bertujuan untuk menormalisasi reaksi emosional yang terjadi selama berduka, penguatan mekanisme koping adaptif, serta edukasi mengenai aspek biopsikosial.^(3,6,25,26)

DISKUSI

Pemahaman bahwa bunuh diri memiliki dampak yang besar pada komunitas membuat perhatian terhadap penyintas kehilangan bunuh diri telah meningkat. Banyak studi telah dilakukan untuk lebih memahami apa yang dilewati oleh penyintas, dan walaupun studi mengenai intervensi psikologis masih terbatas, studi-studi yang dilakukan telah menunjukkan hasil yang baik.⁽²⁷⁾ Penulis sendiri belum menemukan studi mengenai penyintas kehilangan bunuh diri di Indonesia. Hal ini sangat mungkin disebabkan masih tingginya stigma terhadap bunuh diri sehingga masih sedikit penyintas kehilangan bunuh diri yang akhirnya mengakses bantuan profesional.⁽²³⁾

Ny.X dalam sesinya, menyampaikan keluhan dan gejala yang menunjukkan bahwa ia masih berada dalam fase akut reaksi berduka.⁽⁶⁾ Kesulitan untuk menerima bahwa kejadian bunuh diri ini benar adanya dan keberadaan memori-memori intens

seakan anaknya masih ada, menunjukkan adanya penyangkalan pada pasien.⁽⁶⁾ Yang menjadi perhatian bagi kami adalah, saat sesi konseling, Ny.X tidak sepenuhnya melakukan *disclosing* kepada terapis, juga kepada keluarga dan kerabat.⁽²³⁾

Pertanyaan mengapa hal ini bisa terjadi, kembali meminta informasi terkait faktor bio-psiko-sosial kepada terapis, mempertanyakan apa yang kurang ia lakukan, di mana ia terlewat, sesuai dengan hasil studi yang dikemukakan oleh Andriessen⁽¹¹⁾ dan Berardelli.⁽¹¹⁾

“Saya sudah jaga dia dok, saya bolak balik ke kota tempat dia tinggal. Dia tidak mau saya tinggal bersama dia, saya turutin, tapi saya menyewa rumah di dekatnya. Tanpa dia tahu, saya titipkan dia ke ibu kost, ke teman dekatnya, ke pacarnya.”

“Saya minta maaf sama dia berkali-kali, saya tanya, apa mama terlalu keras, apa mama membuatmu merasa tertekan ... dia selalu bilang, salahnya bukan di mama. Otakku yang salah”.

Keyakinan bahwa penyintas berkontribusi terhadap kejadian bunuh diri akibat perlakuannya, serta bahwa seharusnya ada yang dapat ia lakukan untuk mencegah kejadian ini masih sangat kental dirasakan oleh terapis. Pikiran ini menimbulkan rasa bersalah dalam diri pasien. Juga kemarahan baik ke diri sendiri maupun suaminya yang ia anggap tidak berusaha cukup keras. Kata-kata mendiang anaknya yang menyebutkan faktor biologis juga mendorong pasien untuk mencari informasi mengenai riwayat gangguan psikiatri di keluarganya dan keluarga suaminya. Hal ini menjadi catatan bagi terapis karena dapat menjadi hal yang akan mengganggu hubungan pasien dan suaminya.⁽²⁵⁾

Dengan adanya keluhan perasaan sedih hampir sepanjang hari, kehilangan motivasi serta pasien yang mempertanyakan alasannya untuk melanjutkan hidup menjadi alasan terapis untuk menilai risiko bunuh diri pada pasien ini. Adanya mekanisme koping yang baik, latar belakang keluarga, adanya pekerjaan, menjadi faktor

protektif bagi pasien, serta tidak adanya riwayat depresi maupun riwayat perilaku bunuh diri sebelumnya menjadikan pasien ini berada dalam risiko bunuh diri yang rendah.^(3,4)

Intervensi psikologis yang dilakukan oleh terapis pada pasien ini terutama adalah memberikan afirmasi, validasi empatik dan menormalisasi lonjakan-lonjakan reaksi emosional dan kognitif yang dialami oleh pasien. Psikoedukasi mengenai reaksi berduka dan kebutuhan waktu yang sangat individual juga menjadi salah satu fokus untuk mengajak pasien lebih dapat mengintegrasikan proses berdukanya. Penguatan terhadap mekanisme koping adaptif yang pasien miliki dan bersama-sama mencari strategi untuk mendapatkan waktu yang aman untuk mengekspresikan perasaan traumatiknya serta mengenali kebutuhannya untuk membantu membebaskan rasa sakitnya diharapkan akan membantu pasien untuk dapat kembali terkoneksi dengan kehidupannya saat ini.^(11,25,27)

KESIMPULAN

Ny. X pada kasus ini menunjukkan bahwa ia masih berada dalam fase akut kedukaan. Risiko yang lebih tinggi pada penyintas kehilangan bunuh diri untuk mengalami *prolonger complicated grief*, depresi, dan perilaku bunuh diri mengharuskan intervensi psikologis sesuai dengan kebutuhan pada fase akut ini. Intervensi yang diberikan adalah terapi suportif dan psikoedukasi. Menimbang bahwa pasien belum melakukan *disclosure* dengan keluarga dan kerabatnya menjadi dasar terapis memilih pendekatan dalam pengaturan individual. Penilaian risiko bunuh diri dan observasi gejala-gejala psikologis yang menetap harus dilakukan secara berkala.

Kami menyarankan studi lebih lanjut mengenai penyintas kehilangan bunuh diri serta program edukasi yang akan mengurangi stigmatisasi pada kasus bunuh diri. Hal ini diharapkan dapat mendorong para penyintas untuk dapat mengakses program-program *postvention* yang sebenarnya saat ini sudah tersedia.

Konflik kepentingan

Tidak ada konflik kepentingan.

Ucapan Terima kasih

Terima kasih sebesar-besarnya pada guru-guru penulis dr. Petrin Redayani, SpKJ, Subsp.PK(K), MPdKed, dr. Feranindhya Agiananda, SpKJ, Subsp KL(K), dan mentor penulis dr. Monica Dwi Hartanti, M Biomed, PhD yang telah memberikan bimbingan hingga terselesaikan laporan kasus ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Leenaars AA. Lives and deaths: Biographical notes on selections from the works of Edwin S. Shneidman. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2010;40(5):476-491. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.476>
2. World Health Organization. Suicide prevention. Available at : https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1. Diakses 19 Januari 2024
3. Levi-Belz Y, Krysinska K, Andriessen K. What Do We Know about Suicide Bereavement, and What We Can Do to Help Suicide-Loss Survivors? *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(8):5577. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085577>
4. Molina N, Viola M, Rogers M, Ouyang D, Gang J, Derry H, Prigerson HG. Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behav Sci (Basel)*. 2019;9(5):53. doi:10.3390/bs9050053
5. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019472. doi:10.1136/bmjopen-2017-019472
6. Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S. Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012;14(2):177-186. doi:10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung
7. Feigelman W, Cerel J. Feelings of Blameworthiness and Their Associations With the Grieving Process in Suicide Mourning. *Front Psychol*. 2020;11:610. doi:10.3389/fpsyg.2020.00610
8. Levi-Belz Y, Hamdan S. Shame, depression, and complicated grief among suicide loss-survivors: the moderating role of self-disclosure. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(1):2182820. doi:10.1080/20008066.2023.2182820
9. Zisook S, Simon NM, Reynolds CF, et al. Bereavement, complicated grief, and DSM, part 2: complicated grief. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1097-1098.

10. Simon NM, Shear KM, Thompson EH, et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comp Psychiatry*. 2007;48:395-399
11. Berardelli I, Erbuto D, Rogante E, Sarubbi S, Lester D, Pompili M. Making Sense of the Unique Pain of Survivors: A Psychoeducational Approach for Suicide Bereavement. *Front Psychol*. 2020;11:1244. doi:10.3389/fpsyg.2020.01244
12. Andriessen, K.; Kryszynska, K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012,9, 24–32.
13. Chen Y, Laitila A. Longitudinal Changes in Suicide Bereavement Experiences: A Qualitative Study of Family Members over 18 Months after Loss. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(4):3013. doi:10.3390/ijerph20043013
14. Kőlves, K.; Zhao, Q.; Ross, V.; Hawgood, J.; Spence, S.H.; de Leo, D. Suicide and other sudden death bereavement of immediate family members: An analysis of grief reactions six-months after death. *J. Affect. Disord*. 2019, 243, 96–102. doi:10.1011/j.jad.2018.09.018
15. Ross V, Kőlves K, Kunde L, De Leo D. Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(4):618. doi:10.3390/ijerph15040618
16. Entilli L, Ross V, De Leo D, Cipolletta S, Kőlves K. Experiences of Parental Suicide-Bereavement: A Longitudinal Qualitative Analysis Over Two Years. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):564. doi:10.3390/ijerph18020564
17. Mathieu S, Todor R, De Leo D, Kőlves K. Coping Styles Utilized during Suicide and Sudden Death Bereavement in the First Six Months. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14709. doi:10.3390/ijerph192214709
18. Grafiadeli R, Glaesmer H, Wagner B. Loss-Related Characteristics and Symptoms of Depression, Prolonged Grief, and Posttraumatic Stress Following Suicide Bereavement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11):10277. doi:10.3390/ijerph191110277
19. Lipp, N.S.; O'Brien, K.M. Bereaved college students: Social support, coping style, continuing bonds, and social media use as predictors of complicated grief and posttraumatic growth. *Omega J. Death Dying* 2022, 85, 178–203.
20. Ryckebosch-Dayez, A.S.; Zech, E.; Mac Cord, J.; Taverne, C. Daily life stressors and coping strategies during widowhood: A diary study after one year of bereavement. *Death Stud*. 2011, 40, 461–478
21. Wagner, B.; Knaevelsrud, C.; Maercker, A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Stud* 2006, 30, 429–453.
22. Tangney JP, Stuewig J, Mashek DJ. Moral emotions and moral behavior. *Ann Rev Psychol*. 2007;58(1):345-372. doi:10.1146/annurev.psych.56.091103.070145
23. Silvén Hagström A. Research-Based Theater and "Stigmatized Trauma": The Case of Suicide Bereavement. *Front Psychol*. 2020;11:1129. doi:10.3389/fpsyg.2020.01129
24. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. How suicide-

- bereaved family members experience the inquest process: a qualitative study using thematic analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019;14(1):1563430. doi:10.1080/17482631.2018.1563430
25. Jordan JR. Lessons Learned: Forty Years of Clinical Work With Suicide Loss Survivors. *Front Psychol*. 2020;11:766. doi:10.3389/fpsyg.2020.00766
26. Čepulienė AA, Skruibis P. The Role of Spirituality during Suicide Bereavement: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8740. doi:10.3390/ijerph19148740
27. Linde K, Trembl J, Steinig J, Nagl M, Kersting A. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(6):e0179496. doi:10.1371/journal.pone.0179496