



UNIVERSITAS INDONESIA

**RESPON DAN KOPING IBU DENGAN  
KEMATIAN JANIN: STUDI *GROUNDLED THEORY***

Tesis

Diajukan Sebagai Persyaratan untuk  
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Maternitas

Oleh

**ESTI BUDI RAHAYU**

**0606026830**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA, 2008**

## PANITIA SIDANG TESIS

Depok, 17 Juli 2008

Ketua

**Dra. Setyowati, SKp., M.App.Sc., PhD.**

Anggota

**Wiwin Wiarsih, SKp., MN**

Anggota

**Uly Desmarnita, SKp., M.Kep., Sp.Mat**

Anggota

**Irma Nurbaeti, SKp., M.Kep., Sp.Mat**

## PANITIA SIDANG TESIS

Depok, 17 Juli 2008

Ketua

**Dra. Setyowati, SKp., M.App.Sc., PhD.**

Anggota

**Wiwin Wiarsih, SKp., MN**

Anggota

**Uly Desmarnita, SKp., M.Kep., Sp.Mat**

Anggota

**Irma Nurbaeti, SKp., M.Kes., Sp.Mat**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa oleh pembimbing dan disetujui dan dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas

Indonesia

Depok, Juli 2008

Pembimbing I

**Dra. Setyowati, SKp., M.App.Sc., Ph.D**

Pembimbing II

**Wiwin Wiarsih, SKp, MN**

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Esti Budi Rahayu

Respon dan Koping Ibu dengan Kematian Janin : Studi *Grounded Theory*

xii + 125 hal + 11 skema+ 10 lampiran

Abstrak

*Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) atau kematian janin merupakan salah satu dari peristiwa kehilangan yang menimbulkan respon berduka, bahkan jika berkepanjangan respon tersebut dapat menjadi bersifat patologis sehingga menimbulkan dampak negatif baik fisik maupun psikologis ibu. Sementara belum ada penelitian yang spesifik tentang respon dan koping ibu dengan IUFD tersebut. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan suatu konsep tentang respon dan pola koping ibu dengan IUFD. Jumlah partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini sampai dengan terjadi saturasi data sebanyak 7 orang. Prosedur sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Prosedur pengumpulan data menggunakan teknik wawancara dan observasi. Analisis data dilakukan dengan menggunakan langkah – langkah analisis Hutchinson (2001 dalam Streubert & Carpenter, 2003). Hasil penelitian menunjukkan tiga bentuk respon ditunjukkan oleh ibu dalam menjalani proses berduka yaitu menolak untuk menerima kehilangan, tawar menawar dan kesedihan yang mendalam. Ibu melakukan berbagai upaya dalam bentuk koping yang adaptif dan maladaptif. Ibu dengan IUFD dalam berespon dan membentuk koping terhadap peristiwa kehilangan dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Rekomendasi untuk pelayanan keperawatan agar menjadikan hasil penelitian sebagai pedoman dan strategi dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya dukungan kepada ibu dengan IUFD. Rekomendasi juga ditujukan pada penelitian selanjutnya agar menggunakan partisipan yang lebih banyak.

Kata kunci: Respon kehilangan, koping, IUFD, *grounded theory*.  
Daftar Pustaka 76 (1998 – 2008)

POSTGRADUATE PROGRAM NURSING FACULTY  
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2008

Esti Budi Rahayu

Mother's Response and Coping with Intra Uterine Fetal Death : Grounded Theory Study

xi + 125 pages + 11 image + 10 attachment

Abstract

Intra Uterine Fetal Death (IUFD) is loss of fetus that consider as a grieving loss event of the mother. Prolonged reactions following a fetal loss or gradually increase in intensity overtime are labeled as pathological grief process and it can potentially have a negative impact on physical and mental health on mother. This research is using a qualitative research design with grounded theory method. The aim of this research is to develop a concept of mother's response and coping mechanism with IUFD. Mothers who involved to this research until saturated data processes and participating as participant are 7 people. Sampling procedure utilized is purposive sampling. Collecting data procedures using in-depth interview techniques and observational. Data analyzing using the Hutchinson (2001) cited in Streubert & Carpenter, 2003). Research result shown that the grief responses of mothers with IUFD consist of the three levels, those are denial, bargaining and circumstantial sadness. Some of them used an adaptive coping mechanism while another group used a maladaptive coping mechanism. Internal and external factors influence the response and coping mechanism that they used. Research recommended to nursing professionals to used this result as a guidance and strategy in giving support in nursing care to mothers with IUFD, further research with more participants are also recommended.

Keyword: The loss response, coping, IUFD, grounded theory.  
Bibliography: 76 (1998 – 2008)

## KATA PENGANTAR

Segala puji kehadiran Allah SWT atas anugerah dan rahmatNya yang dilimpahkan kepada penulis selama proses penyusunan tesis dengan judul “Respon dan Koping Ibu dengan Kematian Janin : Studi *Grounded Theory*” sehingga dapat berjalan dengan lancar.

Banyak pihak telah berpartisipasi dalam membantu penyelesaian tesis ini dalam segala bentuk. Untuk itu sudah layak dan pantas apabila pada kesempatan ini penulis menghaturkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawati, SKp., MA., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisnayetti, S.Kp., M.App.Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana FIK UI dan Koordinator Mata Ajar Tesis.
3. Dra. Setyowati, SKp., M.App.Sc., Ph.D selaku pembimbing I tesis dan juga selaku pembimbing akademik yang telah dengan sabar dan penuh pengertian dalam memberikan bimbingan.

4. Ibu Wiwin Wiarsih, SKp, MN., selaku pembimbing II, yang telah memberikan motivasi dan bimbingan dengan penuh kesabaran dan pengertian.
5. Ibu Ulti Desmarnita, SKp, M.Kep. Sp.Mat., sebagai anggota tim penguji tesis saya yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun.
6. Ibu Irma Nurbaeti, SKp, MKep. Sp.Mat., sebagai anggota tim penguji tesis saya yang telah memberikan saran dan masukan yang membangun.
7. Seluruh staf pengajar yang memberikan masukan dan bahan-bahan sebagai bekal penyusunan proposal tesis ini dan staf non akademik yang membantu memfasilitasi secara administratif.
8. Ibu-ibu yang telah bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini, membantu memberikan informasi dan memperlancar proses pengambilan data.
9. Rekan-rekan mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, khususnya mahasiswa Keperawatan Maternitas, yang telah memberikan dorongan dan masukan dalam penyusunan tesis ini.
10. Kedua orang tuaku tercinta, Mbah Kakung dan Putri tersayang, keluarga besar yang selalu setia menemani di saat-saat berjuang, mendoakan dan memberi dukungan selama penyusunan tesis ini.
11. Suamiku tersayang Dudut Tanjung, yang selalu sabar membantu penyelesaian tesis ini hingga rampung sesuai dengan waktunya. Terima kasih juga atas dukungan dan semangat yang diberikan pada saat-saat sulit dalam

penyusunan tesis ini, terutama saat menjelang persalinan yang bersamaan dengan ujian sidang hasil penelitian.

12. Fathimatuz Zahra, Abidzar Al-Ghifari dan sikecil Abdurrahman adalah permata hati yang selalu memberikan cahaya saat menjalani hari-hari yang penuh perjuangan. Mereka juga bagai mata air yang selalu memberikan inspirasi dan kekuatan bagi peneliti.

Semoga bantuan dan kebaikan serta dukungan yang telah diberikan kepada penulis menjadi amal sholeh dan mendapatkan ridho dari Allah SWT. Akhir kata, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk penyempurnaan tesis ini.

Depok, Juli 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR SKEMA .....	vii
DAFTAR LAMPIRAN .....	viii
<b>B A B I : PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Masalah Penelitian .....	10
C. Tujuan Penelitian .....	11
D. Manfaat Penelitian .....	11
<b>B A B II : TINJAUAN TEORI</b>	
A. Kematian Janin.....	13
B. Berduka Akibat Kematian Janin.....	19
1. Proses Kehilangan dan Berduka .....	19
2. Gambaran Umum Respon Ibu dengan Kematian Janin.....	26
C. Gambaran umum koping ibu dengan kematian janin dalam Kandungan.....	29
D. Peran perawat maternitas dalam memfasilitasi koping ibu dengan kematian janin.....	35
E. Kerangka Teori .....	38
<b>B A B III : METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	40
B. Partisipan .....	41
C. Tempat Penelitian .....	42
D. Waktu Penelitian .....	43

D. Pertimbangan Etik .....	44
E. Alat Pengumpul Data .....	46
F. Metode dan Prosedur Pengumpulan Data .....	51
G. Pengolahan dan Analisis Data .....	56
H. Keabsahan dan Validitas Data .....	59
B A B IV: HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Karakteristik Partisipan .....	62
B. Gambaran Hasil Penelitian .....	65
C. Hasil <i>Grounded Theory</i> .....	107
B A B V: PEMBAHASAN	
A. Teori dan koping ibu dengan IUFD .....	109
B. Keterbatasan penelitian .....	121
C. Implikasi keperawatan .....	122
B A B VI: SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan .....	124
B. Saran .....	125
DAFTAR PUSTAKA .....	127
LAMPIRAN	

## DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1: Kerangka Teori .....	33
Skema 3.1: Metode Analisis Data .....	48
Skema 4.1: Proses Analisa Data Tema 1 .....	67
Skema 4.2: Proses Analisa Data Tema 2 .....	71
Skema 4.3: Proses Analisa Data Tema 3 .....	74
Skema 4.4: Proses Analisa Data Tema 4 .....	79
Skema 4.5: Proses Analisa Data Tema 5 .....	85
Skema 4.6: Proses Analisa Data Tema 6 .....	89
Skema 4.7: Proses Analisa Data Tema 7 .....	91
Skema 4.8: Proses Analisa Data Tema 8 .....	95
Skema 4.9: Proses Analisa Data Tema 9 .....	101

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Persetujuan Menjadi Responden Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Permohonan Ijin Penelitian
- Lampiran 4 : Pedoman Wawancara
- Lampiran 5 : Data Demografi Partisipan
- Lampiran 6 : *Field Note* hasil observasi partisipan
- Lampiran 7 : Kisi-Kisi Tema
- Lampiran 8 : Surat Lulus Uji Etik
- Lampiran 9 : Surat Memperoleh Ijin Penelitian
- Lampiran 10 : Contoh transkrip verbatim 1
- Lampiran 11 : Daftar Riwayat Hidup

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Kehamilan merupakan suatu peristiwa penting dalam kehidupan sebagian besar keluarga khususnya calon ibu (Hamilton, 2000). Selain merupakan suatu anugerah, kehamilan juga menjadi suatu hal yang mencemaskan. Kecemasan terjadi karena adanya perubahan identitas dan peran dari setiap anggota keluarga, meskipun demikian kehamilan selalu memberikan pengharapan agar anak yang ada dalam kandungan dapat dilahirkan dengan selamat. Namun, adakalanya harapan ini tidak dapat terwujud ketika mengalami bayi lahir mati atau bahkan janin meninggal sebelum sempat dilahirkan (Gorrie, Mc Kinney & Murray, 2003).

Janin saat ini dipandang sebagai pasien yang menghadapi risiko morbiditas dan mortalitas yang cukup serius (Harjanto, 2002). Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Depkes RI (2003) mengenai semua kegagalan yang terjadi selama kehamilan, didapatkan data tingkat mortalitas perinatal di Indonesia yaitu 24 per 1.000 kehamilan. Risiko tingginya angka kematian perinatal tersebut berkaitan dengan ibu yang melahirkan diatas usia 40 tahun dan ibu yang menjalani kehamilan dengan jarak 15 bulan sejak persalinan terakhir, meskipun demikian kondisi kesehatan janin tetap

berkontribusi lebih besar yaitu 39% dibandingkan dengan komplikasi maternal yang hanya sebesar 5,1% dalam meningkatkan angka kematian perinatal.

Dari data Rumah Sakit Dr Cipto Mangunkusumo (RSCM), dilaporkan sekitar 81,6% kematian perinatal berasal dari ibu-ibu dengan risiko tinggi yang datang ke bagian kebidanan RSCM (Pusat data dan informasi PERSI, 2008). Sedangkan jumlah kasus ibu dengan kematian janin dalam kandungan atau *Intra Uterine fetal death* (IUFD) di RSCM mulai dari bulan Desember 2007 sampai dengan Februari 2008 tercatat sebanyak 11 kasus dengan rata-rata jumlah kasus setiap bulan adalah 3-4 kasus (Bagian Rekam Medis RSCM, 2008).

Kejadian IUFD dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satunya adalah faktor ibu. Faktor ibu sangat berkaitan dengan kondisi dan kesehatan ibu. Usia ibu yang terlalu muda atau terlalu tua, penyakit yang dialami ibu seperti penyakit *auto-immun*, hipertensi, anemia, syphilis dan diabetes dapat mempengaruhi, bahkan membahayakan kondisi janin dalam kandungannya (Jamiyah, 2002, ¶ 3, <http://www.familydoctor.org/650.xml>, diperoleh tanggal 09 Januari 2008).

Gilbert dan Harmon (2003) menambahkan bahwa ibu hamil dengan janin yang dikandungnya juga sangat peka terhadap infeksi. Infeksi TORCH (*Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus dan Herpes Simplex*) sudah lama dikenal dan beberapa di antaranya meskipun tidak mengancam nyawa ibu, namun dapat menimbulkan dampak yang membahayakan janin, yaitu abortus, pertumbuhan janin terhambat,

janin mati dalam kandungan, serta cacat bawaan. Hasil penelitian Karkata dan Sumardewa (2006) menunjukkan bahwa dari 100 sampel ibu hamil yang pernah mengalami infeksi salah satu unsur TORCH meskipun tanpa menunjukkan gejala, didapatkan 12% ibu pernah melahirkan anak cacat, 70% pernah mengalami abortus dan 18% pernah mengalami janin mati dalam kandungan.

Hasil penelitian Aquino, Cecatti dan Neto (2008) menyimpulkan bahwa jumlah kunjungan antenatal yang minimal dan riwayat rawat inap di rumah sakit selama kehamilan juga termasuk dalam faktor ibu yang berkontribusi terhadap kejadian IUFD. Engler (2000) menambahkan bahwa riwayat kehamilan ibu dengan komplikasi merupakan salah satu faktor risiko dari kelainan kehamilan. Seorang ibu yang pernah melahirkan bayi yang meninggal (*stillbirth*), selama ini dianggap memiliki risiko yang lebih besar untuk mengalami kelainan kehamilan pada kehamilan berikutnya, meskipun beberapa penelitian menyebutkan angka kekambuhan dari kejadian bayi lahir mati berkisar antara 0% sampai dengan 8%.

Kondisi dan kesehatan janin juga merupakan salah satu faktor yang mencetuskan terjadinya IUFD. Janin yang berisiko mengalami IUFD pada umumnya adalah janin yang memiliki kelainan kromosom, kecacatan dan pertumbuhan yang terhambat dikarenakan cairan ketuban terlalu sedikit (*oligohidramnion*), ketuban pecah sebelum waktunya, kelainan tali pusat dan kelainan plasenta (Jamiyah, 2002, ¶ 3, <http://www.familydoctor.org/650.xml>, diperoleh tanggal 09 Januari 2008). Plasenta yang mengalami infark dengan luas lebih dari 30%, selain menyebabkan kematian janin

juga dapat membahayakan bayi yang masih sempat dilahirkan yaitu berupa asfiksia neonatus dan bayi dengan berat lahir rendah. Sebuah kasus dilaporkan oleh Lubis, Siddik dan Wibisono (2007), IUFD dilahirkan oleh seorang ibu muda dan dari hasil pemeriksaan histopatologi didapati adanya infark pada plasenta disertai malformasi tali pusat.

Peristiwa IUFD adalah suatu peristiwa kehilangan yang menimbulkan traumatik psikologik bagi ibu dan keluarganya (Suheimi, 2007, ¶1, <http://www.Farmacia.com>, diperoleh tanggal 28 desember 2007), meskipun setiap manusia akan mengalami peristiwa kehilangan karena kematian orang yang dicintai, namun kehilangan bayi yang diharapkan lebih menyedihkan karena berarti orang tua seperti kehilangan masa depan (Thompson, 2001). Gilbert dan Harmon (2003) menambahkan bahwa periode krisis juga akan dialami oleh ibu dan keluarganya tidak hanya berkaitan dengan kematian janin yang belum sempat dilahirkan, tetapi juga hancurnya impian dan harapan.

Keluarga terutama ibu dengan pengalaman IUFD atau pernah melahirkan bayi meninggal akan mengalami proses berduka-berkabung sebagai respon terhadap kehilangan. Respon tersebut bervariasi, dinamis dan sangat individual (Brown dalam Patterson, 2000). Measey (2006) mengemukakan bahwa interval yang lebih dari 24 jam sejak didiagnosis mengalami kematian janin sampai berlangsungnya induksi persalinan sangat berkaitan dengan peningkatan respon berduka yang dialami ibu. Respon berduka terhadap peristiwa kehilangan selama kehamilan dapat diekspresikan

dalam bentuk fisik, psikologis, spiritual, sosial, emosional dan perilaku yang bercampur dengan stres berat disertai penderitaan (Stuart & Sundeen, 2000). Sebenarnya respon berduka adalah suatu fenomena universal yang dialami setiap orang di sepanjang kehidupan, bersifat normal dan sangat fundamental namun respon berduka tersebut dapat berubah menjadi bersifat patologis (Kozier, et al, 2004).

Respon berduka yang bersifat patologis diindikasikan dengan respon berduka yang berkepanjangan melebihi batas waktu satu tahun dengan intensitas berduka yang semakin meningkat, karena pada dasarnya respon berduka akan hilang dalam batas waktu satu tahun segera setelah peristiwa kehilangan (Gilbert & Harmon, 2003).

Respon berduka yang patologis menimbulkan stres yang berkepanjangan hingga depresi sehingga memberikan dampak negatif terhadap kesehatan fisik dan psikologis bahkan dapat mempengaruhi ibu dalam menjalankan perannya pada kehamilan berikutnya (Marco & Renker, 2002).

Masalah fisik sebagai dampak dari stres yang berkepanjangan akan dirasakan ibu dalam berbagai bentuk gejala seperti penurunan berat badan, gangguan menelan, muntah, lemah, sakit kepala, pusing, gangguan penglihatan, konsentrasi, pola makan, pola tidur, aktivitas, komunikasi, palpitasi, nyeri dada, dispnea dan infeksi. Gejala yang paling menonjol dan berkaitan dengan masalah reproduksi adalah penurunan libido, gangguan pola menstruasi dan gangguan pola seksual. Masalah psikologis dimanifestasikan dalam bentuk perasaan khawatir, firasat buruk, mudah tersinggung, mudah terkejut, tegang, gelisah dan cemas (Malacrida, 2003).

Kecemasan akibat stres yang berkepanjangan akan dirasakan ibu terutama saat menjalani kehamilan kembali setelah pernah mengalami IUFD, kecemasan tersebut merupakan salah satu bentuk trauma psikologis atas kegagalan pada kehamilan sebelumnya, ibu menjalani kehamilan dengan penuh kekhawatiran serta ketakutan akan kondisi kandungannya (Gilbert & Harmon, 2003). Kecemasan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh, menyebabkan kelelahan bahkan mempengaruhi kondisi janin dalam kandungan. Kecemasan menyebabkan sekresi katekolamin dari kelenjar adrenal yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus (Farrer, 2001).

Stres berkepanjangan yang dialami ibu hamil selain menimbulkan kecemasan, melalui sistem saraf pusat mengubah keseimbangan hormonal hingga merusak respon daya tahan tubuh, mengurangi kemampuan melawan bakteri dan virus yang menyerang tubuh. Hal tersebut dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan janin sehingga akan meningkatkan risiko kematian janin (Thompson, 2001).

Masalah-masalah fisik dan psikologis dari proses berduka yang bersifat patologis di atas dapat dicegah dengan perilaku adaptasi yang tepat. Ibu dan keluarga dapat menggunakan berbagai strategi koping dalam beradaptasi dan berespon terhadap peristiwa kehilangan tersebut sehingga dapat memiliki kekuatan untuk menjalani proses berduka sealamiah mungkin dalam batas waktu yang normal dan tidak berkepanjangan (Stuart & Sundeen, 2000). Hasil penelitian Falvo (2000) mengenai

ibu yang berduka karena kematian anaknya menunjukkan bahwa ibu beradaptasi terhadap kehilangan melalui berbagai cara, beberapa ibu menceritakan kedekatan dan kenangan bersama anaknya meskipun saat ini sudah berada di dunia yang berbeda, sedangkan ibu yang lainnya berusaha meyakinkan diri sendiri bahwa anak dalam keadaan tenang di sisi Tuhan dan mempertahankan posisi atau urutan anak dalam anggota keluarga dengan menganggap anak tetap hidup selamanya di dalam hati.

Van (2001) dalam penelitiannya menemukan beberapa strategi pemulihan yang digunakan masing-masing ibu dalam menghadapi peristiwa kehilangan karena keguguran, kematian janin dan lahir mati (*still birth*). Strategi tersebut meliputi; ibu bersikap menghindari pembicaraan yang berkaitan dengan peristiwa kehilangan yang dialaminya dengan alasan orang lain tidak akan bisa memahami kebutuhan mereka untuk berduka, ibu juga berusaha melupakan peristiwa tersebut karena setiap mereka teringat, timbul gangguan fisik dan emosional. Strategi lain yang digunakan ibu adalah menemukan makna positif dari kehilangan sebagai suatu pengalaman yang membentuk diri menjadi lebih dewasa dalam menjalankan peran di masa mendatang, selain itu ibu juga selalu mendengarkan bisikan suara hati yang mengajak mereka untuk memulai berbuat sesuatu yang lebih baik dan membimbing mereka melakukan sesuatu yang dapat memulihkan diri mereka dari kesedihan. Aspek agama dan spiritual juga berperan dalam proses pemulihan ibu yaitu keyakinan akan adanya kehidupan setelah kematian dan bayi berada di tempat yang baik dan dalam pemeliharaan kakek dan neneknya yang juga telah tiada.

Respon berduka yang ditunjukkan oleh ibu dengan IUFD juga ditemukan peneliti di lapangan. Pada saat peneliti menjalani praktik aplikasi keperawatan maternitas di RS Cipto Mangunkusumo Jakarta bulan Oktober-November 2007, peneliti menemukan 7 kasus ibu dengan IUFD dalam usia kehamilan yang bervariasi. Dari hasil observasi beberapa kasus, ibu menunjukkan wajah muram, sering termenung dengan mata berkaca-kaca, sedikit apatis, sering menatap ke arah pasien lain ketika sedang diajak berbicara, makanan dari rumah sakit hanya dihabiskan sedikit atau bahkan tidak dimakan sama sekali, sering marah pada suaminya dan ibu tidak tertarik dan tidak bersemangat ketika diajak berbicara tentang kematian janinnya.

Beberapa penelitian dan hasil observasi di atas menunjukkan bahwa ibu menggunakan berbagai cara yang berbeda dalam menyelesaikan dan menyesuaikan diri dengan masalah kehilangan yang sedang dihadapinya. Meskipun demikian setiap individu tetap membutuhkan bantuan orang lain dalam menjalani proses berduka (Worden, 2000). Perawat maternitas sebagai bagian dari tenaga kesehatan harus ikut berperan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada ibu dan keluarga yang mengalami kehilangan karena IUFD (Bobak, 2005), hal ini berkaitan dengan filosofi keperawatan maternitas yang utama yaitu *Family Center Care* (FCC) dimana pemberian asuhan keperawatan didasarkan pada peningkatan kesehatan ibu dan keluarga selama periode perinatal (May & Mahlmeister, 1999).

Pelayanan keperawatan maternitas diberikan kepada ibu dan keluarga yang sedang mengalami krisis karena peristiwa kehilangan ditujukan untuk membantu ibu dan

keluarga dalam menjalani proses berduka secara adaptif sehingga dapat terhindar dari stres yang berkepanjangan yang berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidup (Stuart & Sundeen, 2000). Dalam mencapai tujuan tersebut perawat maternitas diharapkan mampu menangkap setiap respon yang dialami oleh ibu dan keluarga yang sedang mengalami krisis karena peristiwa kehilangan, memberikan dukungan psikologis, menggali berbagai sumber-sumber yang dimiliki termasuk *social support*, upaya yang telah dilakukan ibu dan keluarga dalam menanggulangi permasalahan tersebut serta mengajarkan tentang penggunaan mekanisme koping yang tepat (Estes, 2002). Penggunaan mekanisme koping dapat membantu seseorang dalam beradaptasi terhadap peristiwa kehilangan agar dapat terhindar dari stres berkepanjangan yang berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidup (Lazarus & Folkman, 1999).

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk menemukan suatu konsep yang berkaitan dengan IUFD. Dalam hal ini peneliti menggunakan metode kualitatif untuk menghasilkan gambaran yang mendalam dari respon ibu yang mengalami IUFD serta berbagai upaya yang telah dilakukan ibu untuk mengatasi permasalahannya, pendekatan *grounded theory* digunakan peneliti untuk membantu dalam mengembangkan teori dari data-data yang diperoleh melalui pengalaman yang digambarkan dan didefinisikan oleh ibu sendiri selaku partisipan.

## B. Masalah Penelitian

IUFD merupakan peristiwa kehilangan yang menimbulkan kedukaan mendalam khususnya bagi ibu yang mengalaminya, proses berduka tersebut dapat bersifat normal, namun jika berlangsung secara berkepanjangan dapat menjadi patologis dan menimbulkan stres yang memberikan dampak negatif berupa masalah fisik dan psikologis. Masalah fisik salah satunya yang berkaitan dengan reproduksi adalah penurunan libido, gangguan pola menstruasi dan gangguan pola seksual. Sedangkan masalah psikologis yang paling menonjol adalah kecemasan saat menjalani kehamilan berikutnya dimana perasaan cemas tersebut dapat membahayakan kondisi kesehatan janin dalam kandungan.

Proses berduka patologis dapat dicegah melalui sikap dan perilaku adaptasi yang tepat dengan menggunakan sumber-sumber coping yang dimiliki. Ibu dengan pengalaman IUFD menjalani proses berdukanya dengan sangat bervariasi tergantung dari sumber-sumber coping yang tersedia dan kemampuan untuk menggunakannya. Perawat maternitas berperan penting dalam membantu ibu menggunakan sumber-sumber coping tersebut sehingga dapat beradaptasi terhadap peristiwa kehilangan yang dialaminya.

Sebagian besar penelitian di Indonesia yang berkaitan dengan kehilangan pada kehamilan selama ini hanya berfokus pada proses berduka, namun untuk penelitian keperawatan mengenai coping ibu khususnya dengan IUFD, masih sangat sedikit.

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka pertanyaan penelitian adalah bagaimana respon dan pola koping ibu yang mengalami kematian janin?.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Dikembangkannya konsep tentang respon dan pola koping ibu dengan IUFD

#### **2. Tujuan khusus**

- a. Diidentifikasinya karakteristik ibu dengan IUFD
- b. Diidentifikasinya respon ibu dengan IUFD.
- c. Diidentifikasinya pola koping ibu dengan IUFD.
- d. Diidentifikasinya faktor-faktor yang mempengaruhi respon dan pola koping ibu dengan IUFD

### **D. Manfaat Penelitian**

#### **1. Bagi ibu yang mengalami IUFD**

Penelitian ini memberikan kesempatan pada ibu dengan IUFD untuk mengungkapkan perasaan dan berbagai upaya yang telah dilakukan dalam mengatasi masalah berkaitan dengan peristiwa IUFD sehingga diharapkan ibu lebih mampu dalam mengidentifikasi peristiwa tersebut dan memahami dirinya untuk dapat berespon secara adaptif. Hasil penelitian diharapkan menjadi informasi dan masukan yang berharga bagi ibu dengan IUFD lainnya dalam

melihat dan belajar melalui pengalaman yang serupa dalam menjalani proses berduka dan mengatasi masalah yang ada serta mendapat gambaran untuk menggunakan sumber-sumber koping dan beradaptasi dengan peristiwa IUFD.

2. Bagi instansi pelayanan keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi masukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan dengan memperhatikan semua aspek klien khususnya ibu yang mengalami proses berduka karena kematian janin dalam kandungan. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi salah satu acuan bagi perawat maternitas dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh termasuk aspek psikososial sehingga dapat membantu ibu beradaptasi secara psikologis terhadap peristiwa kehilangan yang dialaminya.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah data dan kepustakaan khususnya yang berkaitan dengan teori dan konsep mengenai respon berduka dan pola koping ibu yang mengalami kematian janin. Selain itu juga dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan atau acuan dalam mengembangkan kurikulum pendidikan keperawatan khususnya keperawatan maternitas yang berkaitan dengan peristiwa kehilangan selama kehamilan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kematian janin

*Intra Uterine fetal death* (IUFD) merupakan kematian yang terjadi saat usia kehamilan lebih dari 20 minggu dan janin sudah mencapai ukuran 500 gram atau lebih. Umumnya, IUFD terjadi menjelang persalinan saat kehamilan sudah memasuki usia 32 minggu dan istilah lahir mati (*stillbirth*) yang merupakan kelahiran hasil konsepsi dalam keadaan mati yang telah mencapai usia kehamilan 28 minggu, sering digunakan bersamaan dengan IUFD (Nasdaldy, 2007). Bobak, et al (2005) menyatakan bahwa IUFD adalah kematian *in utero* sebelum terjadi pengeluaran lengkap dari hasil konsepsi dan bukan disebabkan oleh aborsi terapeutik atau elektif. Winkosastro (2005) menggolongkan IUFD ke dalam empat golongan, yaitu: golongan I: kematian janin sebelum masa kehamilan mencapai 20 minggu penuh; golongan II: kematian janin sesudah masa kehamilan mencapai 20 hingga 28 minggu; golongan III: kematian janin sesudah masa kehamilan lebih dari 28 minggu; golongan IV: kematian janin yang tidak dapat digolongkan pada ketiga golongan di atas.

IUFD dapat disebabkan oleh banyak hal (Suheimi, 2007, ¶ 2, <http://www.Farmacia.com>, diperoleh tanggal 28 desember 2007), pada umumnya penyebab

tersebut dikelompokkan menjadi; 1) Kausa janin (berkontribusi sebesar 25-40 % kematian janin), terdiri dari anomali atau malformasi kongenital mayor (*Neural tube defects*, hidrops fetalis, hidrosefalus, kelainan jantung kongenital) dan infeksi janin oleh bakteri dan virus. 2) Kausa plasenta (berkontribusi sebesar 15-25 % kematian bayi), terdiri dari solusio plasenta, infeksi plasenta dan selaput ketuban, infark plasenta dan perdarahan di belakang plasenta. 3) Kausa ibu, berupa penyakit hipertensi dan diabetes yang diderita ibu hamil merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan 5-8% bayi lahir mati. 4) Kematian yang tidak dapat dijelaskan, sekitar 10 % kematian janin tetap tidak dapat dijelaskan. Kesulitan dalam memperkirakan kausa kematian janin paling besar adalah pada janin preterm.

Ketidaksesuaian rhesus dan golongan darah juga bisa mengakibatkan kematian janin. Masalah rhesus terjadi jika ibu memiliki rhesus negatif dengan suami yang memiliki rhesus positif, kemudian anak mengikuti rhesus dominan yaitu rhesus positif sehingga antara ibu dan janin mengalami ketidaksesuaian rhesus. Ketidaksesuaian ini mempengaruhi kondisi janin, diantaranya menyebabkan terjadinya hidrops fetalis yang merupakan suatu reaksi imunologis yang menimbulkan berbagai gejala antara lain edema abdomen akibat terbentuknya cairan berlebih dalam rongga perut (asites), pembengkakan kulit janin, penumpukan cairan di dalam rongga dada atau rongga jantung, bahkan darah bercampur dengan air, sehingga janin tidak dapat diselamatkan lagi. Sedangkan ketidaksesuaian golongan darah antara ibu dan janin terjadi antara golongan darah anak A atau B dengan ibu yang memiliki golongan darah O atau sebaliknya. Darah ibu dan janin akan mengalir bersamaan melalui plasenta,

ketidaksesuaian antara kedua darah tersebut akan menyebabkan tubuh ibu membentuk zat antibodi (Nasdaldy, 2002).

Jamiyah (2002) menambahkan bahwa gerakan janin yang hiperaktif dan kelainan kromosom juga dapat menjadi penyebab dari kematian janin. Gerakan janin yang sangat berlebihan, terutama pada satu arah yang sama akan menyebabkan tali pusat terpelintir sehingga aliran darah ke janin menjadi terhambat, menyebabkan janin kekurangan oksigen atau nutrisi. Kondisi janin akan semakin memburuk jika aktivitas ibu berlebihan, hal ini dikarenakan kebutuhan ibu akan oksigen dan nutrisi semakin meningkat sehingga janin relatif kekurangan kedua unsur tersebut. Kelainan kromosom termasuk dalam kelainan genetik. Kematian janin akibat kelainan genetik pada umumnya baru terdeteksi setelah terjadi kematian melalui tindakan otopsi bayi. Pemeriksaan kromosom saat janin masih dalam kandungan masih jarang dilakukan, hal ini berkaitan dengan biaya pemeriksaan yang mahal dan risiko yang tinggi dari tindakan *amniocentesis* berupa aborsi, cacat janin dan kelahiran prematur.

Trauma kehamilan dan status gizi ibu hamil juga dianggap sebagai pencetus terjadinya kematian janin. Trauma bisa mengakibatkan terjadinya *solusio plasenta*. Trauma yang terjadi, misalnya kecelakaan, benturan atau pemukulan menyebabkan pecahnya pembuluh darah di plasenta, sehingga menimbulkan perdarahan pada plasenta atau terlepasnya plasenta (Lubis, Siddik & Wibisono, 2007). Gangguan pada asupan gizi selama kehamilan dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan dan daya tahan tubuh janin sehingga beberapa penyakit bisa berdampak kepada janin;

kebiasaan ibu hamil dalam mengkonsumsi minuman beralkohol dan menghisap rokok baik sebagai perokok aktif maupun pasif juga sangat membahayakan bagi kesehatan janin (Depkes RI, 2003).

Diagnosa IUFD ditegakkan dengan melakukan pengkajian berupa pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Data yang didapat antara lain; ibu tidak merasakan gerakan janin, kandungan tidak bertambah besar malah mengecil, penurunan berat badan, perubahan pada payudara atau nafsu makan, fundus uteri menurun, palpasi janin tidak/kurang jelas, bunyi jantung janin tidak terdengar (Hamilton, 2000). Pemeriksaan USG menunjukkan bekuan darah pada ruang jantung janin, tidak didapati denyut jantung dan pergerakan janin. Sedangkan dari pemeriksaan X-Ray tampak tulang-tulang tengkorak janin saling tumpah tindih dan pencairan otak dapat menyebabkan overlapping tulang tengkorak (*Spalding's sign*), tulang punggung janin sangat melengkung (*Nanjouk's sign*), tampak gelembung-gelembung gas pada pembuluh darah besar, tanda ini ditemui setelah janin mati paling kurang 12 jam (*Robert's sign*). Hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan reaksi biologis negatif setelah 10 hari janin mati dan hipofibrinogenemia setelah 4-5 minggu janin mati (Winkjosastro, 2005).

IUFD dapat menimbulkan komplikasi berupa kerusakan pada desidua plasenta, menghasilkan tromboplastin yang kemudian masuk kedalam peredaran darah ibu, terjadi pembekuan intravaskuler yang dimulai dari endotel pembuluh darah oleh trombosit, lalu pembekuan darah semakin meluas (*Disseminated intravascular*

*coagulation*) dan hipofibrinogenemia (kadar fibrinogen < 100 mg%). Kadar normal fibrinogen pada wanita hamil adalah 300-700 mg%. Akibat kekurangan fibrinogen maka dapat terjadi hemoragik postpartum (Suheimi, 2007, ¶ 5, <http://www.Farmacia.com>, diperoleh tanggal 28 desember 2007).

Menurut Nasdaldy (2007) penanganan terhadap IUFD dilakukan berdasarkan usia kehamilan; jika uterus tidak lebih dari 12 minggu kehamilan, maka pengosongan uterus dilakukan dengan tindakan kuret; jika ukuran uterus antara 12-28 minggu, dapat digunakan prostaglandin E<sub>2</sub> vaginal supositoria dimulai dengan dosis 10 mg. Jika kehamilan > 28 minggu dapat dilakukan induksi dengan oksitosin. Tindakan-tindakan tersebut menyebabkan keluarga berada dalam masa krisis, sehingga dibutuhkan peran perawat dalam membantu menjaga kestabilan mental ibu dan keluarga yang sedang menjalani proses berduka dan menunggu penataksanaan yang tepat bagi janinnya yang telah tiada (Hamilton, 2000).

Saifuddin (2002) menyatakan bahwa terdapat dua cara persalinan bagi ibu yang mengalami IUFD, yaitu aktif dan ekspektatif. Penanganan ekspektatif dilakukan dengan menunggu persalinan spontan hingga 2 minggu, jika trombosit dalam dua minggu menurun tanpa persalinan spontan maka dilakukan penanganan aktif. Penanganan aktif dilakukan dengan menggunakan oksitoksin untuk serviks matang dan prostaglandin atau kateter foley untuk serviks yang belum matang. Pada kasus IUFD, persalinan dengan seksio sesaria merupakan alternatif terakhir seperti pada

kondisi bayi dengan posisi melintang atau ibu mengalami preeklamsi (Nasdaldy, 2007).

Janin yang sudah meninggal harus segera dikeluarkan karena dapat membahayakan ibu, jika lebih dari dua minggu bersemayam dalam rahim maka akan mengganggu proses pembekuan darah dan menurunkan kadar fibrinogen ibu sehingga pada saat persalinan, perdarahan akan sulit dihentikan dan jika terlalu lama dapat mengalami pengerasan atau membatu di dalam rahim sehingga dapat menyebabkan ruptur uterus dan laserasi jalan lahir (Winkjosastro, 2005).

Ibu hamil dengan riwayat IUFD masih mempunyai kesempatan untuk hamil kembali dan bisa memulai program tersebut kapan saja, namun sebaiknya penyebab IUFD terdahulu sudah diketahui sebelum menjalani kehamilan berikutnya sehingga hal-hal yang menjadi permasalahan pada kasus sebelumnya dapat dicegah. Penyebab kematian janin sebelumnya yang diketahui dengan jelas akan mempermudah penatalaksanaan yang harus diberikan kepada ibu. Ibu hamil dengan riwayat IUFD dan telah diketahui penyebabnya karena perbedaan rhesus, maka dapat segera dilakukan penanganan dengan pemberian obat sehingga tidak terbentuk zat anti yang berbahaya bagi kehamilan berikutnya. Selama ini sangat sedikit orang tua yang bersedia menyetujui tindakan otopsi terhadap janinnya yang telah meninggal, sehingga penyebab kematian tidak dapat diketahui dengan pasti (Nasdaldy, 2007).

Riwayat kehamilan dengan IUFD sebelumnya dapat menyebabkan gangguan hasil konsepsi pada kehamilan berikutnya, sehingga perlu dilakukan evaluasi prenatal untuk memastikan penyebab sebelumnya. Tindakan pengambilan sampel villus khorionik atau *amniocentesis* dapat mempermudah deteksi dini dan memungkinkan dipertimbangkannya terminasi kehamilan jika penyebab lahir mati terdahulu diketahui sebagai kelainan karyotipe atau kausa poligenik (Saifuddin, 2002). Pada kasus ibu hamil dengan diabetes, cukup banyak terjadi kematian perinatal berkaitan dengan kelainan kongenital. Pengendalian kadar glukosa yang intensif pada periode prekonsepsi dan perinatal dilaporkan menurunkan insiden malformasi dan secara umum dapat memperbaiki hasil (Engler, 2000).

## **B. Berduka akibat kematian janin**

### **1. Proses kehilangan dan berduka**

Menurut Dyer (2001), kehilangan adalah pengalaman perpisahan atau pengakhiran yang berhubungan dengan suatu obyek, orang, kepercayaan/keyakinan atau hubungan antar manusia yang bernilai. Pengalaman tersebut mengharuskan untuk direorganisasi kembali dari satu atau lebih aspek dari kehidupan manusia secara holistik. Sedangkan Kozier, et al. (2004), mendefinisikan kehilangan sebagai situasi saat ini atau yang akan terjadi, dimana sesuatu yang bernilai menjadi berbeda nilainya karena hilang keberadaannya.

Kematian orang yang dikasihi akibat penyakit, kecelakaan ataupun penyebab lainnya merupakan salah satu dari sumber kehilangan yang paling berat, bersifat permanen dan menjadi stressor yang dapat memicu terjadinya stres dalam kehidupan (Nield, 2006, ¶ 5, <http://www.cancer.gov>, diperoleh tanggal 06 Januari 2008).

Berduka merupakan respon emosional yang dialami berhubungan dengan peristiwa kehilangan dan terdiri dari berbagai tugas yang dihubungkan dengan situasi ketika seseorang melewati dampak dan efek dari perasaan kehilangan seseorang yang dicintai. Proses berduka bersifat dinamis dan selalu berubah-ubah serta berpotensi untuk berlangsung tanpa batas waktu (Valnyek, 2004, ¶ 3, <http://www.counselingforloss.com>, diperoleh tanggal 28 Desember 2007).

Kubler – Ross (1969, dalam Kozier, et al. 2004), membagi respon kehilangan menjadi 5 tahapan dalam proses berduka :

1. *Denial*/menolak. Ditunjukkan dengan perilaku menolak untuk percaya bahwa sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah – masalah yang akan terjadi, reaksi *denial* berlangsung segera 24 jam setelah terjadinya kehilangan.
2. *Anger*/marah. Individu atau keluarga secara langsung menunjukkan reaksi marah kepada orang-orang di sekitarnya. Kemarahan tersebut berhubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka. Respon *anger* biasanya dimulai sejak 2 hari setelah kejadian hingga minggu-minggu pertama.
3. *Bargaining*/tawar-menawar. Ditunjukkan dengan perilaku mulai menawarkan diri untuk menghindari kesulitan, belajar menerima kepedihan dan menerima hubungan

ketergantungan dengan orang yang sangat mendukung terkadang disertai keraguan akan kemampuan untuk melaluinya, berpikir dan berbicara tentang kenangan dari orang yang telah meninggal serta mengungkapkan perasaan bersalah, terkadang merasa cemas, mengingat hukuman dan dosa masa lalu yang dilakukan secara nyata ataupun tidak. Respon tawar-menawar biasanya lebih melalui aspek verbalisasi. Respon *bargaining* berlangsung mulai dari minggu pertama hingga minggu ketiga.

4. *Depression*/depresi, ditunjukkan dengan respon perilaku sedih yang mendalam terhadap apa yang telah berlalu dan apa yang tidak dapat terjadi lagi, mengingat atau berfikir masa lalu berkaitan dengan almarhum, masih belum mampu menerima orang baru untuk dicintai sebagai ganti orang yang meninggal, biasanya tidak akan banyak berbicara ataupun menyendiri/menarik diri. Respon depresi ini lebih dominan tercermin dari aspek perilaku. Respon *depression* berlangsung mulai dari minggu ketiga dan lamanya tergantung kemampuan individu dalam menggunakan strategi koping dan beradaptasi jika berhasil maka respon tersebut biasanya hanya berlangsung selama 1-2 minggu kemudian berlanjut ke tahapan *acceptance*/menerima, namun jika tidak berhasil respon tersebut dapat menimbulkan stres yang berkepanjangan dan berlangsung lebih dari satu tahun.

5. *Acceptance*/menerima merupakan tahap akhir dari kehilangan, respon yang ditampilkan berupa pengontrolan atau pengendalian diri, menyadari realitas, mempunyai harapan tentang masa depan, merasakan kondisi diri sendiri sudah lebih baik dan dapat melanjutkan fungsi dan peran, menerima tanggung jawab atas dirinya sendiri termasuk dalam hal perawatan diri dan belajar hidup tanpa keberadaan orang yang telah tiada.

Sanders (1989, dalam Koziar, et al. 2004) menggambarkan fase – fase dari respon berduka sebagai berikut :

*Pertama*, fase syok : Orang yang bertahan/selamat ditinggalkan dengan perasaan bingung, khayalan dan ketidakpercayaan. Mereka sering kali tidak berfikir secara normal. Fase ini terjadi dari beberapa menit hingga beberapa hari. Respon yang ditampilkan yaitu, ketidakpercayaan, kebingungan, kegelisahan, merasa tidak nyata, kemunduran dan ketidakberdayaan, status bahaya. Gejala fisik : Mulut dan tenggorokkan kering, mendesah, menangis, kehilangan kontrol otot, tubuh bergetar tidak terkontrol, gangguan tidur dan kehilangan nafsu makan; gejala psikologis : Pikirannya dipenuhi oleh orang yang telah meninggal dan menjauh secara psikologis.

*Kedua*, fase menyadari kehilangan : Setelah pemakaman, teman dan keluarga kembali pada aktivitas mereka sehari – hari. Orang yang berduka merasa kehilangan dukungan sosial. Respon yang ditampilkan yaitu, kecenderungan memisahkan diri, konflik, menampilkan ekspresi emosi, stres yang berkepanjangan. Gejala fisik : Menangis dan gangguan tidur. Gejala psikologis : Kemarahan, merasa bersalah, frustrasi, malu, sangat sensitif, tidak percaya dan pengingkaran, bermimpi, merasa kehadiran orang yang telah meninggal dan takut akan kematian.

*Ketiga*, fase konservasi/menarik diri : Pada fase ini, orang yang bertahan/selamat merasa perlu waktu untuk menyendiri agar dapat memelihara dan mengisi energi fisik dan emosinya. Dukungan dari masyarakat menurun dan mereka mengalami keputusasaan dan ketidakberdayaan. Respon yang ditampilkan, yaitu, gejala fisik : Lemah, lelah, butuh waktu tidur lebih, menurunnya system kekebalan tubuh. Gejala

Psikologis : Menarik diri, pikiran yang menghantui, berduka dan memperbaharui/merubah harapan.

*Keempat*, fase pemulihan kembali: Mulai merasa tidak menderita hidup tanpa orang yang dicintainya dan belajar hidup mandiri. Respon yang ditampilkan yaitu:

Pengontrolan/pengendalian diri, pembaharuan identitas, melepaskan peran misalnya sebagai suami, isteri, anak atau orangtua. Gejala fisik : Bertambahnya energi, kembalinya waktu tidur, kembalinya system kekebalan tubuh dan penyembuhan fisik. Gejala psikologis : Memaafkan, melupakan, pencarian makna dan harapan baru.

*Kelima*, fase pembaharuan : Mulai menyadari realitas baru, suatu penerimaan akan tanggung jawab atas dirinya sendiri dan belajar hidup tanpa didampingi orang yang telah tiada. Respon yang ditampilkan yaitu: Keseimbangan fungsi, penyegaran kembali, merasa bertanggung jawab akan kebutuhan merawat diri sendiri. Gejala

Psikologis : Kesepian, reaksi terhadap perayaan atau hari jadi, berusaha mencari orang lain.

Menurut Martocchio (1985, dalam Kozier, et al. 2004), respon berdukacita terbagi dalam 5 kluster sebagai berikut :

*Pertama*, shok dan tidak percaya, dengan respon: Perasaan mati rasa adalah perasaan yang biasa dialami saat seseorang berdukacita karena kehilangan orang yang dikasihi.

Orang tersebut bisa merasakan marah, perasaan bersalah dan sedih. Ketidakpercayaan atau penolakan tetap terjadi walaupun kehilangan tersebut telah dapat diterima secara intelektual/rasio.

*Kedua*, protes, dengan respon : Perasaan marah yang dirasakan bisa ditujukan pada almarhum, pada Tuhan, pada orang – orang di sekitar almarhum yang masih hidup atau pada perawat. Individu tersebut akan mulai merasa ketakutan dengan kemunduran mentalnya dan memutuskan untuk menarik diri dan tidak mau membicarakan pikiran dan perasaan mereka dengan orang lain.

*Ketiga*, kesedihan yang mendalam, putus asa dan kekacauan, dengan respon : ketika kenyataan dari kehilangan sungguh – sungguh diakui, orang bisa mulai depresi. Tangisan biasa terjadi pada situasi seperti ini hingga mengalami syok. Individu kehilangan motivasi tentang masa depan, panik dan tidak mampu membuat keputusan, kehilangan rasa percaya diri dan tujuan hidup. Berbagai kegiatan yang pernah dilakukan bersama almarhum menjadi tidak menarik.

*Keempat*, kehilangan identitas selama berdukacita, dengan respon : Orang yang berdukacita bisa meniru perilaku, habit dan ambisi dari almarhum. Kadang mereka juga merasakan tanda dan gejala yang sama dengan penyakit almarhum.

*Kelima*, Reorganisasi dan restitusi, dengan respon : Meraih stabilitas dan reintegrasi membutuhkan waktu yang cukup lama, kurang dari satu tahun hingga beberapa tahun. Walaupun orang yang merasa kehilangan merasa dirinya baik – baik saja dan dapat melanjutkan fungsi pola hidupnya, perasaan berdukacita tidak hilang begitu saja. Bagi kebanyakan orang timbul rasa sakit karena kehilangan, walaupun berkurang tetap membekas dalam hidupnya.

Engel's (1964, dalam Kozier, et al. 2004), menggambarkan tingkatan berduka disertai respon perilaku sebagai berikut :

*Pertama*, shock dan tidak percaya. Respon perilaku yang ditampilkan: Penolakan untuk menerima kehilangan, perasaan kacau, menerima secara intelektual tetapi menolak secara emosional.

*Kedua*, mengembangkan kesadaran. Individu mulai memasuki tahap menyadari akan kehilangan, dengan perilaku yang ditampilkan yaitu, kemarahan dapat terjadi dan dilampiaskan kepada di sekitarnya, menangis dan menyalahkan diri sendiri.

*Ketiga*, Restitusi. Respon perilaku yang ditampilkan yaitu, mengikuti kegiatan /ritual perkabungan, misalnya pemakaman, dan lain – lain. Individu menyatu dengan situasi perkabungan bersama orang lain.

*Keempat*, menyelesaikan masalah kehilangan. Respon perilaku yang ditampilkan yaitu, berusaha untuk menerima rasa sakit, masih belum mampu menerima orang baru untuk dicintai sebagai ganti orang yang meninggal. Mungkin mulai menerima hubungan ketergantungan dengan orang yang sangat mendukung, berpikir dan berbicara tentang kenangan orang yang telah meninggal.

*Kelima*, idealisasi, dengan respon perilaku : Menggambarkan sikap respek terhadap orang yang meninggal dan menekan semua perasaan negatif dan bermusuhan terhadap almarhum. Timbul rasa bersalah karena semua perbuatan dan pikiran di masa lalu yang tidak baik pada almarhum, tanpa sadar menghargai almarhum, perasaan sedih saat mengingat almarhum semakin berkurang dan mulai memiliki perasaan memiliki orang lain.

*Keenam*, tahap mencapai hasil. Respon perilaku yang ditampilkan dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti, pentingnya orang yang meninggal sebagai sumber dukungan selama ini dan sejauh mana tingkat ketergantungan dan hubungan diantara mereka. Apakah ada perasaan yang bertentangan di antara mereka, jumlah persahabatan/hubungan dengan orang lain selain almarhum, dan pengalaman berdukacita yang sudah pernah dialami oleh individu selama ini.

Jacob, Knick & Sally (2003) menyatakan bahwa fase *Acceptance*/menerima dicapai oleh masing-masing individu dalam rentang waktu yang bervariasi tergantung dari kemampuan individu untuk membentuk koping dalam menjalani proses berduka. Ada individu yang mampu adaptif dalam waktu 1-3 bulan setelah peristiwa kehilangan, namun beberapa individu lain mencapainya dalam 6 bulan hingga 1 tahun.

Perasaan berduka sebagai respon terhadap kehilangan dipengaruhi oleh banyak faktor, terdiri dari hubungan antara orang yang berduka dengan obyek yang hilang, sifat alami dari kehilangan, dan kehadiran sistem pendukung (*support system*). Faktor-faktor lain memiliki efek yang kuat pada perasaan berduka adalah pengalaman individu sebelumnya dengan perasaan kehilangan, kepercayaan spiritual, nilai-nilai, status fisiologis, batasan sosial budaya, dan yang lainnya (Reed, 2003).

## **2. Gambaran umum respon ibu dengan kematian janin**

Perasaan berduka dialami ibu dengan IUFD sebagai respon terhadap kehilangan. Ibu berduka karena calon bayinya tidak bisa dipertahankan, hilangnya harapan terhadap

kehamilan yang telah dinantikan, dan rasa bersalah kepada anggota keluarga lainnya terutama pasangan karena tidak sesuai dengan harapan mereka (Patterson, 2000). Brier (2004) menambahkan bahwa *pregnancy loss* termasuk didalamnya peristiwa IUFD, selain menimbulkan respon berduka juga merupakan sebuah stressor psikososial bagi ibu yang dapat mengakibatkan ketidaknyamanan dan perasaan sedih yang mendalam hingga mengganggu pandangan ibu terhadap kehamilan selanjutnya.

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa kesedihan yang dialami ibu dengan IUFD bersifat unik, ibu berduka terhadap kehilangan sebagai bagian dari dirinya sendiri. Janin adalah bagian dari tubuh ibu selama proses kehamilan, ibu juga merasakan perubahan fisik dan psikologis, sehingga kelangsungan hidup janin merupakan hal yang sangat berkaitan erat dengan mental ibu. Ketika bayi yang diharapkan tersebut telah tiada sebelum sempat dilahirkan, maka ibu merasa seperti kehilangan dirinya sendiri (Jacob, Knick, & Sally, 2003).

Penelitian kualitatif yang dilakukan Thomson (2001) mengenai makna berduka bagi orang tua yang mengalami bayi lahir mati mendapatkan tema *Hurting* dan *Loss*. *Hurting*, merupakan sebuah tema yang dikarakteristikan dengan perasaan emosional yang menyakitkan, perasaan sedih yang mendalam diungkapkan dengan tangisan dan air mata. *Loss*, merupakan kesadaran akan kematian, mencakup keinginan, pengharapan atas bayi yang sudah tiada dan diekspresikan dalam bentuk ketidakmampuan menjalankan peran baru sebagai orang tua.

Isolasi sosial juga merupakan tindakan yang dilakukan oleh ibu yang berduka karena kematian janinnya. Ibu menjauhi orang lain di sekitarnya sebagai bentuk melindungi diri sendiri dari interaksi sosial yang dapat mencetuskan stres emosional. Ibu tidak menjalankan fungsi sosialnya karena khawatir akan situasi yang tidak nyaman, tidak memperdulikan kehilangan yang dialaminya. Ibu juga menghindari lingkungan sosialnya dikarenakan ibu takut akan kesedihan yang bertambah jika melihat perempuan yang sedang hamil atau sedang bersama dengan anak-anak mereka (Patterson, 2000).

Beberapa penelitian telah banyak menggali pengalaman berduka perempuan di *African American* yang mengalami peristiwa kehilangan selama kehamilan. Hasil penelitian tetap menunjukkan hasil yang sama dengan yang terdapat dalam literatur mengenai proses berduka, yaitu mengalami berbagai gejala yang kompleks sebagai respon dari peristiwa kehilangan (Malacrida, 2003). Meskipun perempuan di *African American* mendapat perlakuan yang berbeda daripada perempuan *European American*, pengalaman mereka sering dianggap sebagai hal yang normal dan biasa di kalangan petugas kesehatan, masing-masing anggota keluarga dan teman-teman dikarenakan angka kematian perinatal di *African American* dua sampai tiga kali lebih tinggi dibandingkan dengan yang terjadi di *European American* (Beaman-Dodd, Fung, Ney, & Wickett, 2004).

Beberapa peneliti menyimpulkan bahwa setiap respon berduka yang dialami ibu dengan kematian janin dan bayi lahir mati berada pada batas normal dalam rentang

waktu 6 bulan hingga satu tahun, namun respon berduka yang berlarut-larut dan berkepanjangan akan menimbulkan banyak sekali gangguan fisik dan psikologis (Patterson, 2000). Gangguan tersebut meliputi syok, tidak percaya, sedih, cemas, marah, menyalahkan diri sendiri, gangguan makan dan tidur, penurunan berat badan, ulkus lambung, konflik interpersonal, isolasi sosial, ketergantungan, larut dengan peristiwa kematian, melakukan pekerjaan yang sia-sia hingga akhirnya dapat mengalami depresi (Fox, 2001; Cowles & Rodgers, 2001).

Hasil penelitian Malacrida (2003) memperlihatkan bahwa ibu yang mengalami kegagalan dalam kehamilan menunjukkan tanda-tanda depresi postpartum akibat stres yang berkepanjangan. Beberapa stressor dari penyebab stres tersebut adalah kurangnya dukungan psikososial terutama dari pasangan dan tenaga kesehatan, diskriminasi lingkungan serta ketidakmampuan beradaptasi dan menggunakan strategi koping yang tepat.

### **C. Gambaran umum mekanisme koping ibu dalam proses berduka**

Koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress termasuk upaya dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri dari masalah (Stuart & Sundeen, 2000). Johnson (2001) mendefinisikan koping sebagai suatu cara yang digunakan seseorang agar dapat beradaptasi terhadap stress dalam kehidupan sehari-hari, termasuk di dalamnya kemampuan individu dalam perubahan, pertukaran sikap, pikiran, perasaan, proses memperoleh informasi, pengetahuan, memori dan

sebagainya. Menurut Brooten, Gennaro dan Kumar (2000) koping merupakan suatu proses yang berperan dalam membuat keadaan lebih baik yang berasal dari berbagai tekanan. Koping tidak selalu berarti reaksi dalam menyelesaikan masalah namun juga meliputi usaha menghindari, mentoleransi, meminimalkan atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut. Berdasarkan ketiga definisi ini, maka peneliti menyimpulkan bahwa yang dimaksud mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya, mengatasi berbagai perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam diri baik secara kognitif maupun ditunjukkan melalui perilaku.

Menurut Lazarus (2000) koping dapat berfokus pada emosi atau berfokus pada masalah. Koping yang berfokus pada masalah bertujuan untuk membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif, strategi koping ini bersifat aktif. Perilaku yang terlihat berupa upaya untuk mengontrol situasi yang tidak menyenangkan dan memecahkan permasalahan seperti berorientasi positif dan mencari bantuan. Koping yang berfokus pada emosi dilakukan untuk membuat nyaman dengan memperkecil gangguan emosi yang dirasakan. Jenis koping ini bertujuan untuk meredakan atau mengatur tekanan emosional atau mengurangi emosi negatif dan memahami kejadian yang penuh dengan stressor. Koping ini lebih bersifat pasif. Perilaku yang terlihat berupa upaya mengatasi emosi yang timbul pada tingkat kognitif seperti menghindari, menyalahkan diri sendiri, mengatur atau mengusir emosi yang disebabkan oleh stresor (Scott, 2000).

Menurut Stuart dan Sundeen (2005) mekanisme koping merupakan cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi dan situasi yang mengancam baik secara kognitif maupun perilaku. Berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua) yaitu 1). Mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif. 2). Mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan.

Hasil penelitian Danis, Dietz, Hirshberg, dan Zaenah (2005) menunjukkan beberapa ibu tidak mengalami gangguan yang berarti dalam kehidupan saat menghadapi peristiwa kehilangan selama kehamilan dikarenakan mereka selalu berusaha melupakan kesedihan, pasrah dan mempersiapkan diri untuk peristiwa yang lebih besar. Perspektif lain memandang bahwa ibu mampu berusaha untuk segera melupakan semua harapan dan respon berduka yang menimbulkan gangguan dikarenakan ibu beradaptasi secara baik dengan mengembangkan keterampilan koping dalam menghadapi pengalaman yang penuh dengan stressor.

Thompson (2001) mengidentifikasi strategi koping yang digunakan orang tua dengan bayinya yang lahir mati. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang tua berusaha

mempertahankan keberadaan bayi dalam ingatan dengan menjaga eksistensi bayi yang telah tiada seperti tetap mengingat dan merayakan hari kelahirannya.

Hasil penelitian Kavanaugh (2000) mengenai ibu dengan bayi lahir mati menunjukkan bahwa beberapa ibu menggunakan koping yang berfokus pada emosi. Ibu bersikap apatis ketika diajak berbicara tentang bayinya yang telah meninggal, berusaha mengalihkan perhatian orang lain terutama lawan bicara terhadap masalah kehilangan yang sedang dihadapinya dan membicarakan hal lain untuk mengurangi ketegangan dan kekurangan yang ada pada dirinya. Bobak, et al (2005) menambahkan bahwa beberapa ibu dan keluarga yang sedang berduka karena pengalaman kehilangan dan masih dirawat di rumah sakit meminta pindah rawat dari unit maternitas. Bayi mereka telah meninggal dan mereka tidak ingin berada dalam satu lingkungan dengan ibu-ibu postpartum yang sedang bahagia bersama bayinya, meskipun mereka sebenarnya membutuhkan perawatan postpartum dari perawat maternitas.

Melnyk (2003) menyatakan bahwa terdapat beberapa sumber koping ibu hamil yang mengalami kegagalan dalam kehamilan, meliputi sumber internal, sumber material dan sumber eksternal. Koping yang berasal dari sumber internal dipengaruhi oleh karakter seseorang, meliputi kesehatan dan energi; sistem kepercayaan seseorang termasuk kepercayaan eksistensial (iman, kepercayaan agama); komitmen atau tujuan hidup dan perasaan seseorang seperti harga diri, kontrol dan kemahiran; pengetahuan; ketrampilan pemecahan masalah; dan ketrampilan sosial (kemampuan berkomunikasi

dan berinteraksi dengan orang lain). Ketangguhan yang berasal dari pengalaman masa kanak-kanak yang kaya, bervariasi dan membanggakan, juga merupakan sumber internal. Sedangkan koping yang bersumber material merupakan sumber dukungan eksternal yang meliputi barang-barang dan jasa.

Menurut Recker (2007) sumber eksternal yang paling utama adalah dukungan sosial. Dukungan sosial diartikan sebagai rasa memiliki informasi bagi seseorang. Dukungan sosial tersebut memiliki tiga kategori yaitu: 1) Kategori informasi yang membuat orang percaya bahwa dirinya diperhatikan atau dicintai (dukungan emosional). 2) Kategori informasi yang membuat seseorang merasa bahwa dirinya dianggap atau dihargai (dukungan harga diri). 3) Kategori informasi yang membuat seseorang merasa bahwa dirinya merupakan bagian dari jaringan komunikasi dan saling ketergantungan.

Hasil penelitian Patterson (2000) mendukung pernyataan di atas mengenai pentingnya dukungan sosial sebagai sumber koping eksternal. Ibu yang mengalami peristiwa kegagalan dalam kehamilan menggunakan strategi berbicara dengan orang terdekat tentang kesedihan yang dirasakannya dan mereka menyatakan pentingnya *support* yang mereka terima dari orang-orang yang mereka ajak berbicara dan memberikan dukungan yang sangat menenangkan hati mereka. Keluarga dan teman yang selalu siap mendampingi, mendengarkan dengan penuh perhatian semua keluhan ibu yang diiringi tangisan tanpa memberikan vonis dan kritikan sangat membuat mereka

merasa nyaman dan tidak membutuhkan bantuan atau konseling dari suatu *support groups* tertentu.

Selain dukungan sosial, terdapat beberapa hal penting yang dinyatakan oleh Harr dan Thistlethwaite (2001) dapat digunakan oleh ibu dalam menghadapi suatu kegagalan dalam kehamilan, yaitu: 1) Optimis mengenai masa depan. Sikap optimis atau berharap akan masa yang akan datang merupakan suatu langkah yang dapat memberikan motivasi atau semangat bagi orang yang sedang menghadapi kehilangan, ibu hendaknya tetap berharap akan kehamilan berikutnya sehingga fokus pemikiran ibu hanya tertuju pada usaha bagaimana ibu harus bebas dari kesedihan yang berkepanjangan dan menjaga kesehatannya. 2) Penggunaan sumber spiritual yang dimiliki dalam diri atau yang berasal dari orang lain merupakan modal dalam menghadapi peristiwa kehilangan. Ibu harus meningkatkan keyakinan pada takdir Tuhan dengan menumbuhkan harapan dan optimis akan apa yang sudah dan akan terjadi pada dirinya. 3) Kontrol juga diperlukan ibu baik terhadap situasi maupun perasaan sehingga tidak larut dengan kesedihan yang dapat menimbulkan stres emosional. 4) Ibu juga harus menumbuhkan sikap sabar dan terus belajar menerima kenyataan yang ada.

Meskipun banyak hal yang dapat dilakukan ibu untuk membentuk strategi koping dalam menghadapi peristiwa kegagalan dalam kehamilan, namun hasil penelitian Jacob, Knick, dan Sally (2003) menyimpulkan bahwa suami lebih dapat mengendalikan diri, lebih tenang dan dapat membentuk strategi koping dalam

menghadapi peristiwa kehilangan, hal ini berkaitan dengan manifestasi dari respon berduka ibu yang mengalami kematian janin dan bayi lahir mati lebih dirasakan sebagai sebuah sanksi sosial bagi ibu daripada bagi suaminya sendiri, kehamilan dipersepsikan sebagai sebuah tanggung jawab ibu terhadap segala kondisi janin sehingga ketika terjadi sesuatu terhadap janin maka seorang bapak berada dalam posisi yang lebih aman dari stres emosional.

#### **D. Peran perawat maternitas dalam memfasilitasi koping ibu dengan kematian janin**

Perawat maternitas adalah tenaga profesional di bidang keperawatan maternitas sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada individu pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas sesuai dengan kebutuhannya (May & Mahlmeister, 2000). Perawat maternitas juga bertanggung jawab dalam meningkatkan kesehatan, keselamatan dan kesejahteraan ibu dan keluarga berupa kesejahteraan fisik dan psikososial (Gorrie, Mc Kinney, & Murray, 2003).

Berkaitan dengan tanggung jawab perawat maternitas tersebut, Swanson (2000) mengidentifikasi lima komponen keperawatan maternitas dalam memberikan perawatan pada ibu dan keluarga yang mengalami kehilangan selama periode perinatal, terdiri dari: 1). *Knowing*, perawat melakukan pengkajian untuk memahami apa yang dimaksud dengan kehilangan dan bagaimana arti kehilangan tersebut bagi

ibu dan keluarganya. 2). *Empathy*, perawat menerima kondisi ibu dan keluarga yang sedang berduka, memahami berbagai perasaan dan persepsi yang dialami oleh setiap anggota keluarga. 3). *Doing for*, mengacu pada kegiatan atau intervensi yang dilakukan perawat meliputi perawatan fisik, kenyamanan dan keamanan ibu beserta keluarganya, seperti melakukan perawatan postpartum, mendampingi dan memberikan dukungan pada ibu dan keluarga dalam menjalani proses berduka. 4). *Enabling* merupakan upaya perawat dalam menawarkan berbagai alternatif dalam mengatasi masalah yang sedang dihadapi. Perawat memberikan informasi, bimbingan antisipasi, pilihan dalam mengambil keputusan dan dukungan selama perawatan selama di rumah sakit dan setelah pulang ke rumah sehingga ibu dan keluarga tidak merasa sendirian dan lebih mampu dalam mengendalikan situasi yang dapat menyebabkan stres, dengan menerapkan konsep ini diharapkan harga diri ibu dan keluarga meningkat, lebih merasa nyaman untuk bertanya tentang pilihan yang didasarkan pada kebutuhan untuk membentuk strategi koping. 5). *Maintaining belief*, perawat memberikan dorongan pada ibu dan keluarga agar mempercayai kemampuan mereka sendiri dalam mengumpulkan kekuatan dan berusaha untuk pulih. Perawat juga terus meluangkan waktu untuk menemani ibu dan keluarga, menggali kekuatan dan kemampuan koping serta penerapannya dalam menghadapi peristiwa kehilangan.

Williams dan Wilkins (2000) menambahkan bahwa peristiwa IUFD merupakan periode krisis bagi ibu dan keluarga sehingga perawat harus menggunakan berbagai teknik komunikasi yang tepat. Worden (2000) mengidentifikasi beberapa teknik konseling yang digunakan perawat maternitas untuk membantu ibu dan keluarga

dalam berbagi dan mengungkapkan rasa berduka mereka. Teknik tersebut meliputi tindakan mengaktualisasikan kehilangan untuk membantu keluarga dalam mengungkapkan pengalaman dan perasaan kehilangan, menyediakan waktu untuk mendengarkan, menginterpretasikan perasaan normal dengan menjelaskan proses berduka, respon kehilangan berupa fisik, sosial dan emosional termasuk perbedaan antara perempuan dan laki-laki yang berduka. Perawat juga harus dapat menerima perbedaan individual karena berduka bersifat personal dan pribadi, menerima periode kehilangan sebagai periode yang sulit bagi ibu dan keluarga dan memahami betapa sulitnya mereka untuk mengemban tanggungjawab dalam menjalani proses berduka.

Bobak, et al (2005) menyatakan bahwa perawat maternitas dapat berperan sebagai *educator, conselor, caregiver/provider, researcher dan advocate*. Berkaitan dengan berbagai perannya tersebut, perawat harus memiliki pengetahuan tentang respon kehilangan dari peristiwa IUFD dan penggunaan strategi koping sehingga perawat dapat memahami hal-hal yang diperlukan keluarga, menciptakan lingkungan yang tidak menghakimi, dimana keluarga dapat mengungkapkan perasaan dan emosi mereka, mengambil keputusan berdasarkan kebutuhan dan merasa mendapat dukungan atas keputusannya. Perawat juga dapat berperan dalam memberikan informasi yang berkaitan dengan dampak dari proses berduka yang berkepanjangan, pembentukan strategi koping, dan hal-hal lain yang diperlukan keluarga sesuai dengan hasil pengkajian. Perawat juga dapat bertindak sebagai peneliti dengan melakukan dan mengembangkan berbagai penelitian yang berkaitan dengan IUFD, tidak hanya pada masalah fisik namun juga masalah psikososial sehingga dapat

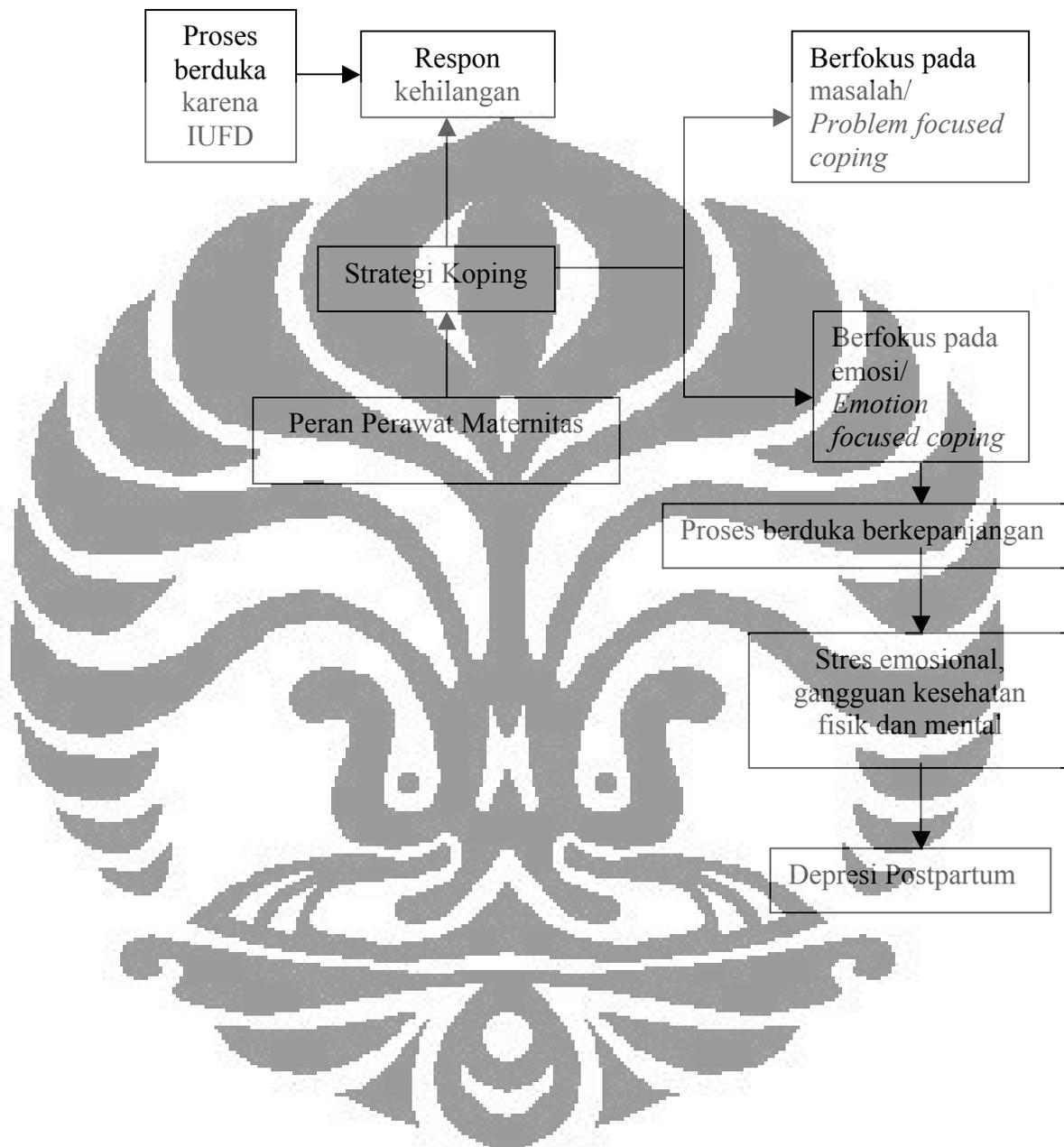
berguna dalam meningkatkan efektifitas intervensi keperawatan bagi ibu dan keluarga dengan IUFD.

Berdasarkan beberapa uraian teori di atas dapat disimpulkan bahwa ibu dengan IUFD akan mengalami proses berduka sebagai respon dari kehilangan. Respon berduka tersebut dapat bersifat patologis jika berlangsung terus menerus atau berkepanjangan dapat menjadi stressor sehingga menimbulkan stres emosional yang mengganggu kesehatan fisik dan mental bahkan dapat berlanjut kepada depresi postpartum. Perawat maternitas sebagai salah satu tenaga kesehatan dapat berperan dalam membantu ibu beradaptasi dan mencegah terjadinya stres yang berkepanjangan melalui pembentukan strategi koping. Koping yang digunakan dapat berfokus pada masalah atau berfokus pada emosi, penggunaan kedua koping tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor. Perawat dapat mendampingi, mengarahkan dan membimbing ibu agar menggunakan strategi koping yang tepat sehingga kondisi ibu dapat menjadi lebih baik dan adaptif.

#### **E. Kerangka teori penelitian**

Bagian ini menjelaskan tentang kerangka teori yang dapat memberikan arah, cara berpikir ilmiah dan dasar asumsi bagi peneliti dalam melakukan penelitian (Bogdan & Biklen, dalam Moleong, 2006). Kerangka teori penelitian ini digambarkan dalam skema 2.1.

Skema 2.1. Kerangka teori penelitian



Sumber : Modifikasi dari Bobak (2005); Brier (2004); Cowles & Rodgers (2001); Falvo (2000); Fox (2001); Lazarus (2000); Malacrida (2003); Patterson (2000); Stuart & Sundeen (2000); Thompson (2001).

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*, yaitu suatu pendekatan ilmiah yang menekankan pada makna dari pengalaman seseorang yang menghasilkan suatu teori (Creswell, 1998). Tujuan penggunaan *grounded theory* adalah untuk memahami perilaku manusia yang alamiah dengan menggeneralisasikan teori tentang fenomena sosial dan psikologi (Streubert & Carpenter, 1998). Konsep penting dari penelitian dengan pendekatan *grounded theory* adalah penelitian tidak memulai dari suatu teori namun berdasarkan data-data yang diperoleh saat penelitian kemudian data-data tersebut dibentuk menjadi suatu teori, kemudian teori yang sudah diperoleh dihubungkan dengan penemuan data-data dari penelitian sebelumnya (Corbin & Strauss, 1998).

Berdasarkan uraian konsep diatas, maka penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk menghasilkan gambaran dan memahami secara mendalam respon ibu yang mengalami IUFD serta berbagai upaya yang telah dilakukan ibu untuk mengatasi permasalahannya. Pendekatan *grounded theory* digunakan karena penelitian ini mengembangkan sebuah teori yang berkaitan dengan respon dan pola koping ibu

dengan IUFD. Teori tersebut diharapkan dapat bermanfaat bagi ilmu keperawatan khususnya bagi keperawatan maternitas dalam memberikan dan mengembangkan intervensi keperawatan bagi ibu dengan IUFD serta dalam memperluas dan memperkuat keabsahan dari teori yang sudah ada.

## B. Partisipan

Sugiyono (2007) dan Hutchinson (2001 dalam Streubert & Carpenter, 2003) menyatakan bahwa penentuan unit sampel (partisipan) dalam penelitian *grounded* dianggap telah memadai apabila telah sampai pada taraf saturasi (data telah jenuh dan bila ditambah sampel lagi tidak memberikan informasi yang baru). Thomson (2004) menambahkan bahwa jumlah sampel pada penelitian *grounded* adalah berkisar antara 10 – 30 partisipan. *Purposeful sampling* juga biasa disebut dengan *theoretical sampling* dimana terminologi dari *theoretical sampling* selalu digunakan dalam *grounded theory* (Glasser & Strauss dalam Streubert & Carpenter, 1999) untuk mengembangkan kategori yang muncul menjadi lebih pasti dan berguna dan membantu peneliti dalam mengidentifikasi batasan-batasan konsep dan kesesuaian kategori yang ditemukan (Denzin & Lincoln, 2003). Pada *Purposeful sampling*, sampel dipilih dengan kriteria tertentu tergantung dari tujuan penelitian (Patton, 1990). Selain itu sampel yang dipilih juga merupakan sampel yang dianggap paling mampu dan paling baik berkontribusi dalam pembentukan teori (Creswell, 1998).

Partisipan yang dilibatkan pada penelitian ini adalah semua ibu dengan IUFD yang sedang atau pernah dirawat di RS. Dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) dengan proses pemilihan menggunakan pendekatan *purposeful sampling*, berjumlah 7 orang partisipan dan data yang diperoleh telah saturasi. Sebelumnya peneliti merencanakan dan telah mendapatkan 10 calon partisipan namun tiga orang partisipan dianggap gugur karena satu orang menolak proses perekaman melalui tape, satu orang tidak diizinkan suami dan satu orang lagi tidak mampu menyelesaikan proses wawancara karena masih sangat berduka.

### C. Tempat Penelitian

Menurut Streubert dan Carpenter (1999), *setting* penelitian adalah lapangan di mana individu menjalani pengalaman hidupnya. Tujuan dilakukan riset di lapangan adalah untuk mendapatkan *setting* natural dimana satu fenomena terjadi. *Setting* tempat penelitian memerlukan interaksi sosial tertutup untuk memudahkan dalam mendapatkan informasi.

Sedangkan Morse dan Jenice (1999) berkaitan dengan *setting* penelitian, menyatakan bahwa dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data lapangan harus dilakukan dari latar alamiah dimana fenomena terjadi tanpa intervensi dari peneliti baik dalam bentuk rekayasa dan eksperimentasi. Menurut Streubert (1999), penelitian dapat dilakukan di rumah, unit perawatan, ruang kelas, atau lokasi yang dipilih oleh partisipan.

Penelitian dilakukan di RSCM ruang Irna A2 kiri kemudian karena perpindahan ruangan, dilanjutkan di ruang *Public Wings* sayap kiri lantai 2 atau di rumah partisipan yang bertempat tinggal di Jakarta dan sekitarnya. RSCM merupakan rumah sakit pusat rujukan nasional di Indonesia, jumlah kasus ibu dengan IUFD di RSCM mencapai rata-rata 13 kasus perbulan, peneliti juga sudah mengenal situasi atau lingkungannya berkaitan dengan pengalaman aplikasi keperawatan maternitas yang sudah dijalani. Sedangkan partisipan yang sudah pulang dari perawatan, memerlukan *follow up* untuk kelengkapan data atau berkehendak melakukan wawancara di rumah, maka peneliti menindaklanjutinya di rumah partisipan.

#### **D. Waktu Penelitian**

##### **1. Waktu persiapan**

Waktu persiapan dimulai dengan menentukan hal-hal yang ingin diteliti dan peran peneliti dalam penelitian sehingga menghasilkan pemahaman yang lebih baik tentang fenomena penelitian (Corbin & Strauss, 1998). Dalam persiapan penelitian ini, peneliti telah memilih beberapa topik yang akan menjadi rencana penelitian. Peneliti mengajukan topik atau judul penelitian tersebut kepada pembimbing untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti mencari bahan referensi dan menyusun proposal penelitian dimulai dari bulan Januari dan selesai pada bulan Maret 2008. Peneliti juga telah melakukan persiapan teknis antara lain persiapan administrasi seperti izin proses penelitian,

uji coba alat pengumpul data, pedoman wawancara serta penggunaan format pencatatan dan *tape recorder*.

## 2. Waktu pelaksanaan

Penelitian dilakukan setelah proposal disetujui melalui sidang proposal yang telah dilaksanakan pada akhir maret 2008, peneliti mendapatkan banyak masukan, melakukan perbaikan dan akhirnya telah dinyatakan layak untuk melakukan penelitian. Penelitian disertai proses analisa data mulai dilakukan pada awal april 2008 hingga awal juni 2008.

## 3. Waktu penyusunan laporan

Penyusunan laporan, perbaikan analisa data dan konsultasi pembimbing dilakukan peneliti mulai dari awal juni sampai dengan pertengahan juli 2008.

## E. Pertimbangan Etik

Menurut Streubert dan Carpenter (1999), dalam penelitian pertimbangan etik harus selalu menjadi pertimbangan kritikal dalam penelitian. Penelitian menimbulkan konsekuensi dan tanggung jawab personal dan profesional untuk meyakinkan bahwa desain yang dipilih sesuai dengan pertimbangan etik dan moral. Peneliti harus melindungi hak-hak setiap individu yang menjadi subjek, *guidelines* harus ditentukan atau dibuat sebelumnya dengan memperhatikan berbagai prinsip etik dalam penelitian. Beberapa aspek etik yang harus diperhatikan peneliti meliputi *autonomy*,

*confidentiality* dan *anonymity*, *nonmaleficence* dan *protection from discomfort* (Polit & Hugler, 2001).

Berdasarkan aspek-aspek etik tersebut, maka peneliti telah memperhatikan prinsip *autonomy* dengan memberikan kebebasan kepada partisipan untuk menentukan apakah mereka bersedia berpartisipasi dalam penelitian atau tidak, tanpa paksaan dan sewaktu-waktu partisipan dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun. Partisipan akan diberikan penjelasan secara rinci semua hal yang terkait dengan penelitian (*lihat lampiran 1*), kemudian menanyakan kesediaan dan kerelaan partisipan untuk dilibatkan dalam penelitian, jika partisipan sudah bersedia maka partisipan diminta untuk menandatangani *informed consent* atau lembar persetujuan menjadi partisipan (*lihat lampiran 2*).

Peneliti juga memperhatikan prinsip *confidentiality*, yaitu menjamin dan menjunjung tinggi kerahasiaan partisipan dan memperlakukan partisipan dengan rasa hormat. Untuk itu peneliti telah menerapkan berbagai upaya dalam menjaga kerahasiaan partisipan tersebut. Peneliti membuat kode partisipan tanpa nama (*anonymity*), menyimpan seluruh data yang diperoleh baik dalam bentuk rekaman maupun transkrip di tempat khusus yang hanya diketahui oleh peneliti. Peneliti akan menghapus isi rekaman tersebut paling lama lima tahun setelah kegiatan penelitian selesai.

Prinsip *nonmaleficence* juga diterapkan oleh peneliti untuk menjaga jangan sampai partisipan merasa dirugikan karena telah berpartisipasi menjadi partisipan. Ketika dalam wawancara partisipan merasakan kesedihan atau menangis karena proses berduka, maka peneliti memberikan kesempatan pada partisipan untuk terlebih dahulu melanjutkan proses tersebut lalu menghentikan pengambilan data untuk sementara dan memberi kesempatan partisipan untuk menenangkan diri. Wawancara dilanjutkan kembali setelah partisipan bersedia dan telah merasa tenang kembali.

Peneliti juga menjaga kenyamanan partisipan (*protection from discomfort*), partisipan diberi kebebasan dalam menentukan waktu dan tempat wawancara. Peneliti memilih waktu yang tidak mengganggu istirahat partisipan dan disesuaikan dengan keinginan partisipan, peneliti juga memberikan pilihan tempat wawancara di ruangan khusus (kamar periksa di ruang Irna A2 Kiri) atau menggunakan tirai penyekat yang ada dikamar masing-masing pasien bagi partisipan yang menginginkan ruangan lebih *privacy* atau tertutup dari orang atau pasien lain. Sedangkan bagi partisipan yang menginginkan dan memerlukan wawancara di rumah, pelaksanaannya disesuaikan juga dengan keinginan partisipan.

#### **F. Alat Pengumpulan Data**

Menurut Streubert & Carpenter (1999) pada dasarnya alat pengumpulan data dari penelitian *Grounded Theory* adalah peneliti sendiri sedangkan alat-alat lainnya seperti

catatan, *audiotape*, *videotape* dan alat tulis lain merupakan alat pelengkap untuk membantu kelengkapan pengumpulan data.

Pada penelitian ini, peneliti telah menggunakan diri sendiri sebagai alat utama dalam melaksanakan wawancara dan observasi, pedoman wawancara (*lihat lampiran 4*), alat tulis dan alat perekam yang sebelumnya direncanakan hanya *tape recorder*, setelah partisipan keempat alat perekam diganti dengan MP4 1 Gb dikarenakan *tape recorder* mengalami kerusakan. Peneliti tidak menggunakan alat *video tape* untuk merekam proses, karena dengan pertimbangan akan banyak mengganggu terutama konsentrasi partisipan dalam memberikan informasi. Selain itu kedatangan orang ketiga juga dapat menjadi penghambat proses pengumpulan data karena belum terjalinnya *trust*.

Peneliti juga menggunakan pedoman observasi yaitu catatan lapangan “*field note* hasil observasi” pada saat wawancara dan juga sesudah wawancara untuk melihat dan mencatat hal-hal yang belum dan sudah diperoleh selama wawancara (*lihat lampiran 5*). Menurut Spradley (1980 dalam Sugiyono, 2007) terdapat tiga komponen dalam observasi partisipan untuk mengetahui situasi sosial, yaitu *place*, *actor* dan *activity*. *Place*/tempat yang merupakan area dimana interaksi dalam situasi sosial berlangsung dalam hal ini adalah tempat wawancara, *actor*/pelaku merupakan orang-orang yang memainkan peran tertentu dalam hal ini semua orang yang terlibat atau berada disekitar aktifitas peneliti dan partisipan, dan *activity*/aktifitas yang merupakan kegiatan yang dilakukan oleh aktor dalam situasi sosial dalam hal ini aktifitas pelaku. Tiga komponen tersebut kemudian diperluas sehingga dilengkapi dengan *object* yaitu

benda-benda yang terdapat dalam area tersebut, *act* yaitu perbuatan atau tindakan tertentu yang dilakukan partisipan, *event* yaitu serangkaian kegiatan terkait diluar kegiatan wawancara, *time* yaitu urutan kegiatan atau gambaran pelaksanaan kegiatan, dan *feeling* yang merupakan ekspresi emosi atau nonverbal partisipan.

Validasi peneliti sebagai alat penelitian dilakukan oleh peneliti sendiri, meliputi validasi terhadap pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti memasuki objek penelitian baik akademik maupun logistik (Sugiyono, 2007). Peneliti melakukan validasi terhadap dirinya sendiri dengan mengevaluasi pemahamannya dalam penelitian kualitatif dalam hal ini peneliti telah menyelesaikan dan lulus dalam mata kuliah riset kualitatif, peneliti juga mengevaluasi penguasaan konsep dan teori tentang IUFD dalam hal ini peneliti juga telah menyelesaikan dan lulus dalam mata kuliah keperawatan maternitas 1 dan 2 serta telah menjalani aplikasi keperawatan maternitas lanjut 1 dan 2. Sedangkan kesiapan peneliti terjun ke area penelitian di ukur melalui uji coba yang dilakukan sebelumnya, jika peneliti telah mampu melakukan wawancara dan mencatat hasil observasi dengan baik maka peneliti dianggap sebagai alat yang sudah valid.

Uji coba pedoman wawancara dilakukan pada saat uji coba wawancara, apakah semua pertanyaan dalam pedoman wawancara dapat dijawab dengan baik oleh partisipan. Apabila terdapat pertanyaan-pertanyaan yang tidak dapat dijawab oleh partisipan, peneliti akan memperbaiki pertanyaan atau menambahkan ilustrasi

sederhana dan untuk mengarahkan jawaban partisipan pada topik. Pedoman wawancara dikatakan telah valid jika pertanyaan-pertanyaan yang telah dibuat dapat dipahami oleh partisipan dan dapat dijawab sesuai dengan yang dialami partisipan.

Hasil uji coba terhadap catatan lapangan juga menunjukkan validitasnya sebagai alat penelitian, catatan lapangan dikatakan baik dan valid jika catatan tersebut dapat mempermudah peneliti dalam mendapatkan data selama dan sesudah wawancara juga secara lengkap dapat memberikan informasi serta menggambarkan respon non verbal dan segala kondisi selama dan sesudah proses wawancara berlangsung.

Uji coba alat perekam *tape recorder* akan dilakukan dengan cara menggunakan *tape* tersebut selama proses wawancara. Sebelum digunakan *tape recorder* dipersiapkan baik baterai maupun kasetnya, pengaturan volume dan jarak antara *tape* dan *sumber suara*. Uji coba *tape recorder* dinyatakan valid bila isi rekaman menghasilkan suara yang jelas, tidak ada bising dan dapat menangkap suara apapun juga yang paling rendah seperti desahan nafas atau hembusan angin.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah melakukan uji coba terhadap peneliti sendiri, pedoman wawancara dan observasi serta *tape recorder* terlebih dahulu guna melatih persiapan diri dan kelancaran dalam melakukan wawancara serta menguji validitas dari alat-alat penelitian tersebut. Uji coba telah dilakukan kepada seorang ibu post partum hari keempat dengan riwayat IUFD yang sedang dirawat di ruang Irna A2 kiri RSCM.

Dari uji coba tersebut, peneliti merasa perlu meningkatkan kemampuan teknik mendengar dengan penuh perhatian, penguasaan pertanyaan berikut pengembangannya dan lebih melatih kesabaran dalam menggali informasi dari seseorang yang sedang dan masih berduka. Kemampuan peneliti dalam menggunakan alat rekaman *tape recorder* sudah cukup baik dilihat dari hasil rekaman yang dapat diputar kembali dan didengar dengan jelas. Peneliti juga sudah bisa menggunakan pedoman observasi dengan baik sehingga didapatkan data yang cukup memadai berkaitan dengan hal-hal yang ditemukan selama dan sesudah wawancara.

Hasil uji coba pedoman wawancara berupa transkrip selanjutnya dikonsultasikan ke pembimbing, peneliti kemudian mendapat masukan dan beberapa saran perbaikan untuk teknik bertanya selama proses wawancara agar peneliti mendapatkan data yang lebih mendalam. Sebenarnya semua pertanyaan dalam pedoman wawancara dapat dijawab partisipan dengan baik, namun peneliti merasakan ada beberapa pertanyaan berada dalam urutan yang kurang tepat sehingga proses wawancara menjadi kurang efektif, oleh karena itu peneliti melakukan revisi untuk urutan pertanyaan dan menambahkan satu pertanyaan pengantar di awal wawancara.

Pedoman observasi juga sudah sangat membantu peneliti dalam memandu untuk mendapatkan data yang cukup lengkap berkaitan dengan situasi dan kondisi selama dan sesudah wawancara berlangsung.

*Tape recorder* yang digunakan peneliti juga sudah cukup baik dalam memberikan hasil rekaman dari proses wawancara, keseluruhan proses wawancara dapat didengar ulang dan suara yang dihasilkan juga cukup jelas dan tidak ada bising.

## G. Metode dan Prosedur Pengumpulan Data

### 1. Metode pengumpulan data

Pada penelitian *grounded*, proses kerja pengumpulan data terdiri dari dua metode utama yang dapat digunakan secara simultan, yaitu observasi dan wawancara mendalam (*in depth interview*). Metode observasi dan wawancara dalam *grounded theory* tidak berbeda dengan observasi dan wawancara pada jenis penelitian kualitatif lainnya. Hal yang spesifik yang membedakan pengumpulan data pada penelitian *grounded theory* dari pendekatan kualitatif lainnya adalah pada pemilihan fenomena yang dikumpulkan, pada *grounded theory* ditekankan penggalian data perilaku yang sedang berlangsung (*life history*) untuk melihat prosesnya serta ditujukan untuk menangkap hal-hal yang bersifat kausalitas (Streubert & Carpenter, 2003).

Wawancara dalam penelitian merupakan teknik komunikasi antara peneliti dengan partisipan. Peneliti sebagai interviewer harus responsif, tidak subjektif, menyesuaikan diri dengan partisipan, tidak memberikan kesan negatif, memberi pengertian kepada partisipan tentang pentingnya informasi yang diberikan oleh mereka dan pembicaraan harus terarah. Lama wawancara untuk setiap partisipan sekitar 60-75 menit. Hal ini

dimaksudkan untuk menjaga agar pasien tidak terlalu lelah karena menjadi partisipan, sehingga dapat mempengaruhi kondisinya (Dempsey & Dempsey, 2000).

Metode lainnya yang digunakan dalam penelitian adalah observasi. Menurut Sugiyono (2007) metode observasi dalam kualitatif merupakan sebuah teknik pengumpulan data yang mengharuskan peneliti turun ke lapangan mengamati hal-hal yang berkaitan dengan ruang, tempat, pelaku, kegiatan, benda-benda, waktu, peristiwa dan perasaan. Pada penelitian *grounded*, semua sumber data langsung dapat menjadi objek pengamatan peneliti. Pada penelitian ini, peneliti melakukan observasi terhadap respon partisipan selama dan sesudah wawancara berlangsung. Streubert dan Carpenter (2003) menambahkan bahwa observasi yang dilakukan oleh peneliti kepada partisipan akan menghasilkan dokumen berupa catatan lapangan (*field note*).

Wawancara dilakukan peneliti sesuai dengan pedoman wawancara yang telah dibuat namun terkadang berkembang mengikuti jawaban partisipan untuk mendapatkan data yang lebih mendalam. Peneliti merekam hasil wawancara tersebut, selain itu untuk memperluas data, peneliti juga telah mencatat dan merekam sumber data langsung yang berupa kata-kata atau kalimat-kalimat yang diungkapkan oleh orang-orang yang berada di sekitar partisipan yang berkaitan dengan penelitian, seperti pada saat peneliti melakukan wawancara, ada hal-hal yang diungkapkan oleh orang terdekat partisipan berkaitan dengan data yang diperlukan untuk penelitian, hal-hal yang diungkapkan tersebut telah didokumentasikan oleh peneliti melalui rekaman dan juga *field note*.

Selain wawancara dan observasi yang merupakan metode utama dalam penelitian ini, peneliti juga melakukan penelusuran literatur berbagai artikel, buku dan jurnal mencakup hasil-hasil penelitian yang terkait dengan penelitian sehingga peneliti mendapatkan bahan perbandingan beserta informasi yang lebih luas dan mendalam.

## 2. Prosedur pengumpulan data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta izin untuk mengadakan penelitian kepada Direktur Umum RSCM, kemudian bertemu dengan Kabag. Diklit RSCM. Setelah perizinan keluar, peneliti datang ke unit rawat inap kebidanan menemui kepala unit terkait untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian sekaligus memohon untuk mendapatkan fasilitator yang dapat memfasilitasi untuk mendapatkan calon partisipan. Kegiatan penelitian dilanjutkan dengan mencari data calon partisipan dari buku registrasi ruangan dan status pasien, setelah mendapatkan calon partisipan, fasilitator mendampingi peneliti untuk mengadakan perkenalan. Selanjutnya peneliti sendiri yang melakukan pendekatan lebih mendalam kepada partisipan.

Pendekatan dimulai peneliti dengan mengucapkan rasa belasungkawa atas peristiwa kehilangan yang dialami partisipan, kemudian sebelum wawancara peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian, manfaat penelitian, peran serta partisipan sesuai dengan kesepakatan, risiko yang mungkin terjadi selama menjadi partisipan, data yang diberikan akan dirahasiakan, nama partisipan tidak dicantumkan namun akan diberi kode, dan kebebasan partisipan

untuk menghentikan keterlibatannya bila merasa terancam selama menjadi partisipan. Dalam penjelasan ini peneliti memberikan format *informed consent* yang memuat semua penjelasan tersebut secara rinci.

Peneliti juga memberi waktu kepada calon partisipan untuk mempelajari format *informed consent* sebagai pertimbangan untuk memutuskan kesanggupannya menjadi partisipan. Peneliti kemudian meminta persetujuan partisipan untuk menjadi partisipan dalam penelitian setelah mempelajari format tersebut. Persetujuan tersebut dinyatakan dengan kesediaan partisipan menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Selanjutnya peneliti mengadakan perjanjian dengan partisipan untuk menentukan waktu pengambilan data (wawancara).

Peneliti memulai wawancara dengan wawancara pengantar seperti menanyakan hal-hal yang bersifat umum seperti perasaan dan kondisi kesehatan partisipan saat itu, kemudian masuk pada wawancara inti dengan menggunakan pedoman wawancara yang telah dibuat. Wawancara berlangsung rata-rata sekitar 70-90 menit untuk setiap partisipan. Selama wawancara berlangsung peneliti melakukan pencatatan terhadap respon partisipan, sementara *tape recorder* tetap dipasang. Waktu dilakukannya wawancara di rumah sakit yaitu sore hari antara pukul 14.30 – 17.00 wib dan telah disesuaikan dengan keinginan partisipan, adapun dalam penelitian ini tiga orang partisipan telah bersedia dilakukan wawancara di rumah sakit. Sedangkan empat orang partisipan lainnya dilakukan wawancara di rumah partisipan dengan waktu wawancara yang telah disesuaikan dengan hasil kesepakatan dengan partisipan.

Setelah semua hasil wawancara direkam, selanjutnya dibuat dalam transkrip data, kemudian peneliti melakukan interpretasi dengan mengidentifikasi kemungkinan berbagai tema sementara dari hasil wawancara berdasarkan penjelasan-penjelasan yang diberikan oleh partisipan. Peneliti kemudian melakukan konsultasi kepada pembimbing untuk mendapat masukan tentang kelengkapan data atau tambahan pertanyaan. Selanjutnya peneliti juga melakukan validasi dengan mengklarifikasi data-data yang kurang jelas yang telah diperoleh sebelumnya dengan cara meminta partisipan membaca transkrip yang telah dibuat apakah sudah sesuai atau belum, peneliti juga memberikan kesempatan kepada partisipan untuk memperluas, menambahkan serta mengurangi deskripsi pengalaman mereka sehingga diperoleh keakuratan data.

Peneliti melakukan wawancara sebanyak dua kali pada setiap partisipan berkaitan dengan validasi dan klarifikasi data. Wawancara lanjutan (*follow up interview*) dilakukan rata-rata tiga hari sesudah wawancara pertama, dimana transkrip/data wawancara pertama telah selesai dibuat oleh peneliti. Wawancara kedua ini ditujukan untuk membuat perbaikan jika ada kesenjangan dari data yang diperoleh dari wawancara pertama juga mengklarifikasi hal-hal yang belum jelas dari partisipan. Peneliti melakukan *follow up interview* di rumah partisipan untuk klarifikasi data pada dua orang partisipan yang pernah diwawancara di rumah sakit karena partisipan sudah pulang dari perawatan.

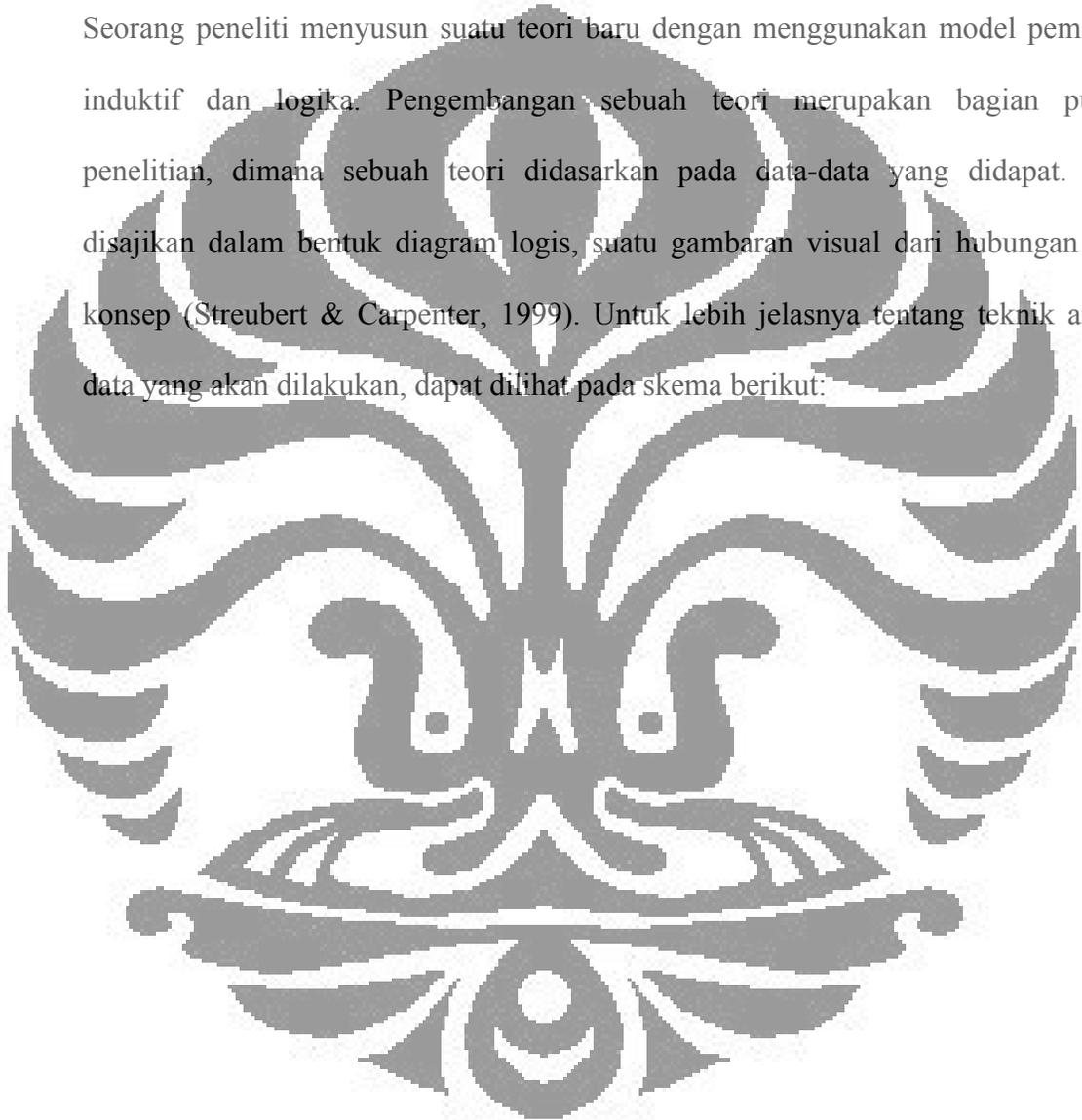
## H. Pengolahan dan Analisa Data

Proses pengumpulan data, pengkodean dan analisa data pada penelitian *grounded theory* dilakukan secara bersamaan (Streubert & Carpenter, 1999). Peneliti akan menggunakan tahapan analisis data yang dikemukakan oleh Hutchinson (2001 dalam Streubert & Carpenter, 2003) terhadap data yang telah diperoleh dalam penelitian meliputi seluruh data dari observasi partisipan, wawancara mendalam, catatan lapangan dan tinjauan literatur. Seluruh data yang telah dikumpulkan dibuat dalam bentuk transkrip, dibuat kode data, lalu kemudian data tersebut diidentifikasi melalui proses dan pola konseptual.

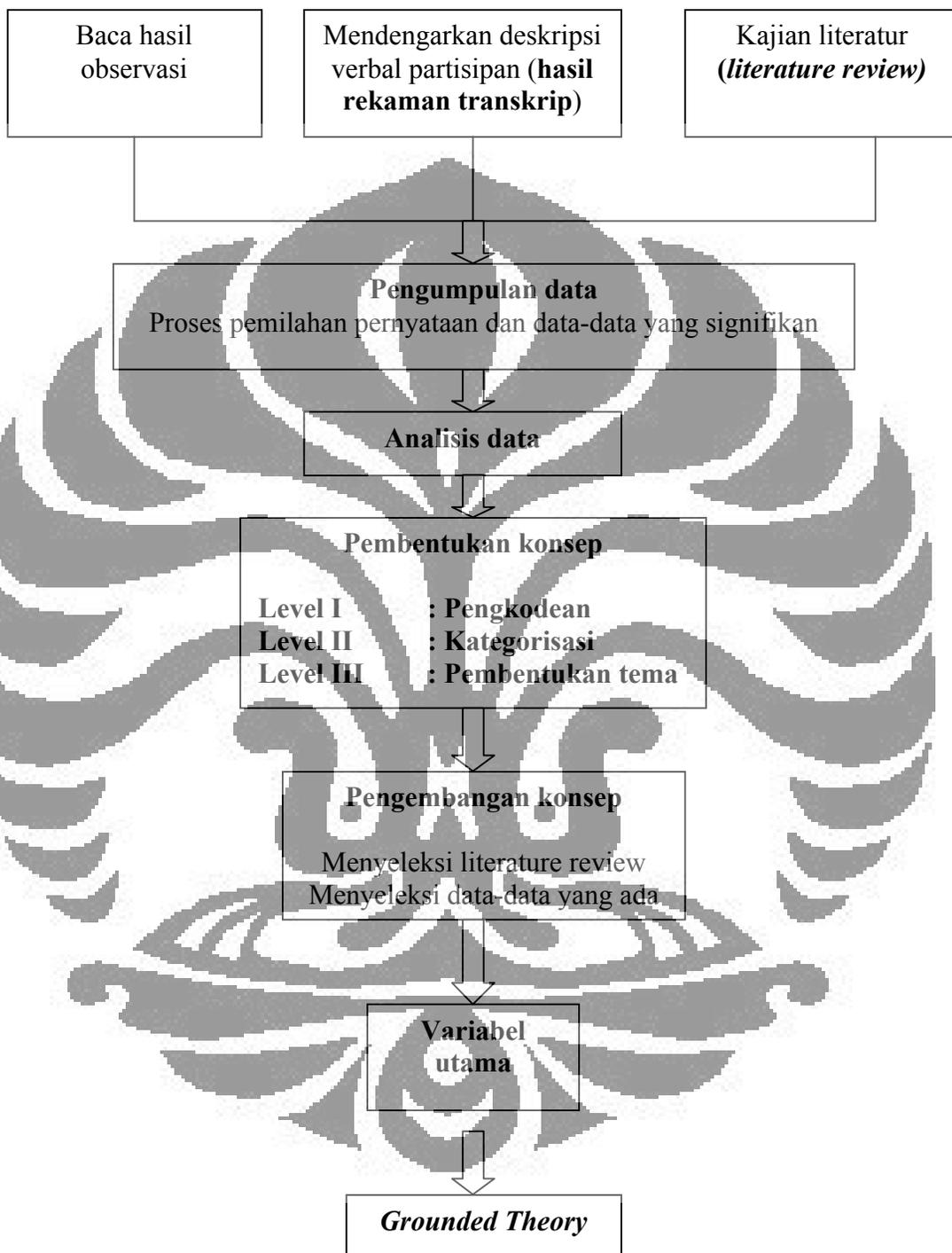
Pengkodean data akan dilakukan pada tiga tingkatan (*level*) yaitu; level I: pengkodean dilakukan pada substansi data atau kata-kata partisipan, dengan cara menggarisbawahi kata-kata yang signifikan (kata-kata kunci), level II: pengkodean atau pembentukan kategori-kategori. Kata-kata kunci yang telah ditemukan dikelompokkan untuk membentuk kategori-kategori. Level III: pengkodean atau pembentukan tema. Dari pengelompokkan kategori-kategori, dicari kaitan antara kategori yang satu dengan yang lainnya untuk membentuk tema. Penentuan tema-tema didasarkan pada tujuan penelitian yang akan dicapai. Proses analisis dilanjutkan dengan pengembangan konsep, hal ini dilakukan dengan jalan merumuskan pernyataan yang operasional untuk menjawab pertanyaan penelitian. Data-data yang ditemukan diseleksi dengan perbandingan teori-teori yang mendukung, hal ini digunakan sebagai perbandingan bagi peneliti terhadap hasil penelitian, kemudian

dibentuk pernyataan-pernyataan untuk mendapat variabel inti, dibuat skema-skema dengan mengumpulkan tema-tema essensial yang ada untuk menjadi suatu rangkaian dalam membentuk suatu teori dasar penelitian.

Seorang peneliti menyusun suatu teori baru dengan menggunakan model pemikiran induktif dan logika. Pengembangan sebuah teori merupakan bagian puncak penelitian, dimana sebuah teori didasarkan pada data-data yang didapat. Teori disajikan dalam bentuk diagram logis, suatu gambaran visual dari hubungan antar konsep (Streubert & Carpenter, 1999). Untuk lebih jelasnya tentang teknik analisa data yang akan dilakukan, dapat dilihat pada skema berikut:



Skema 3.1. Teknik Analisa Data



Sumber : Hutchinson (2001 dalam Streubert & Carpenter, 2003)

## I. Keabsahan dan validitas data

Validasi data diperlukan agar informasi yang diperoleh dalam penelitian valid. Validasi dilakukan dengan cara mengecek atau memeriksa data yang telah didapat. Menurut Moleong (2006), terdapat empat kriteria yang digunakan, yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), kebergantungan (*dependability*), keteralihan (*transferability*), dan kepastian (*confirmability*).

Derajat kepercayaan (*credibility*), berfungsi untuk melaksanakan penelitian sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai dan untuk menunjukkan derajat kepercayaan dari hasil-hasil penemuan yang dibuktikan oleh peneliti pada kenyataan yang sedang diteliti. Pada penelitian ini *credibility* dilakukan peneliti dengan cara mendengarkan hasil rekaman wawancara berkali-kali dan mengembalikan/memberikan transkrip hasil wawancara kepada setiap partisipan dan meminta tanda tangan partisipan yang telah menyetujui hasil transkrip tersebut. Selain itu ada tiga orang partisipan yang didampingi orang terdekatnya pada saat wawancara, sehingga transkrip tersebut juga diberikan peneliti kepada pendamping untuk melihat kebenarannya.

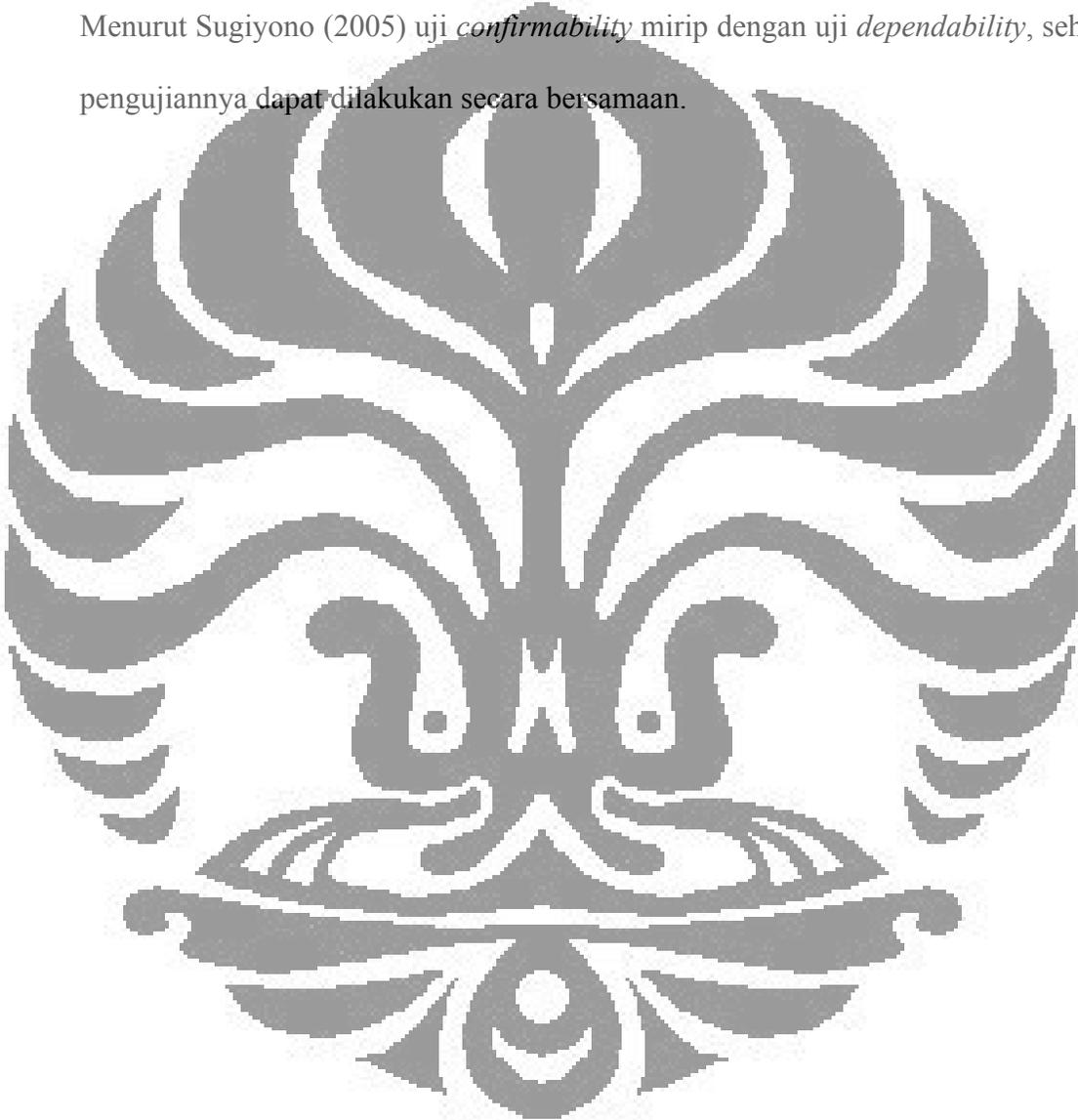
*Dependability* merupakan pengganti dari istilah reliabilitas dalam penelitian kuantitatif. Pada penelitian kuantitatif reliabilitas dapat ditunjukkan dengan cara mengadakan replikasi studi. Sedangkan dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan pemeriksaan (*auditing*) dengan melibatkan seseorang yang berkompeten di bidangnya

(Moleong, 2006). Pada penelitian ini proses *auditing* seluruh hasil penelitian dilaksanakan bersama-sama dengan pembimbing tesis.

*Transferability* merupakan cara untuk membangun keteralihan untuk menilai keabsahan data. Keteralihan bergantung pada kesamaan antara konteks pengirim dan penerima. Untuk melakukan pengalihan tersebut peneliti hendaknya mencari dan mengumpulkan kejadian empiris tentang kesamaan konteks (Moleong, 2006). Peneliti menyerahkan hasil temuan terhadap segala kemungkinan agar tetap memiliki makna terhadap orang lain dalam situasi yang sama (Streubert & Carpenter, 1999). Untuk memenuhi kriteria ini, peneliti telah mengumpulkan informasi sebanyak-banyaknya termasuk jurnal-jurnal terkait melalui penelusuran literatur sehingga dapat membuat dan melaporkan hasil penelitian secara rinci dan sebaik mungkin dalam bentuk naratif sehingga hasil penelitian dapat diterima oleh orang lain dalam konteks yang sama atau diterapkan di tempat lain yang kondisi dan konteksnya tidak jauh berbeda.

*Confirmability* berasal dari konsep objektivitas pada penelitian kuantitatif. Pada penelitian kuantitatif objektivitas ditetapkan dengan kesepakatan antar subjek. Menurut Moleong (2006) masih ada unsur kualitas yang melekat pada konsep objektivitas. Hal tersebut digali dari pengertian bahwa jika sesuatu itu objektif, berarti dapat dipercaya, faktual, dan dapat dipastikan. Berkaitan dengan persoalan itu, subjektif berarti tidak dapat dipercaya. Karena itu pengertian ini dijadikan tumpuan pangalihan pengertian subjektivitas menjadi kepastian (*confirmability*). Observasi digunakan peneliti untuk meningkatkan *confirmability* data dengan

menggunakan sumber lain selain data wawancara (Bowling, 2002). Catatan lapangan sebagai media observasi dibuat peneliti selama proses wawancara dilakukan dan berguna untuk mengkonfirmasi apa yang dikatakan partisipan dan bagaimana ia mengatakannya lalu melakukan *constant comparative* dalam proses analisa data. Menurut Sugiyono (2005) uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability*, sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan.



## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Pada bab empat ini akan dipaparkan hasil penelitian mengenai respon dan pola koping ibu dengan IUFD. Pada bagian ini terdiri dari uraian mengenai karakteristik partisipan dan analisis tema yang diperoleh dari berbagai respon ibu yang mengalami IUFD, bagaimana koping ibu dalam menghadapi dan menjalani peristiwa IUFD serta berbagai faktor yang mempengaruhi respon dan pola koping tersebut.

#### A. Gambaran Karakteristik Partisipan

Tujuh partisipan yang pernah mengalami IUFD mempunyai karakteristik sebagai berikut:

Partisipan 1:

Usia 25 tahun, agama islam, suku Batak, pendidikan SMEA, pekerjaan ibu rumah tangga, 3 bulan yang lalu saat usia kehamilan pertamanya 30 minggu ibu mengalami IUFD kemudian melahirkan bayi mati perempuan secara spontan. Ibu mengalami IUFD dengan indikasi solusio plasenta dan preeklamsi berat yang dialami ibu sejak usia kehamilan lima bulan. Saat wawancara partisipan masih dirawat di rumah sakit.

Partisipan 2 :

Usia 19 tahun, agama islam, suku Betawi, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, 2 bulan yang lalu mengalami IUFD saat kehamilan pertamanya memasuki usia 36 minggu dengan indikasi infeksi TORCH. Selama hamil, ibu tidak mempunyai keluhan berarti, namun pada usia kehamilan 36 minggu, ibu mengeluarkan bercak darah dari vagina. Saat wawancara, ibu masih dirawat di rumah sakit dan janin mati belum dilahirkan.

Partisipan 3 :

Usia 29 tahun, agama islam, suku Sunda, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, 2 bulan yang lalu saat kehamilan pertamanya berusia 28 minggu ibu mengalami hipertensi dan akhirnya mengalami IUFD dengan indikasi keracunan kehamilan, kemudian melahirkan bayi mati perempuan secara spontan. Saat wawancara, partisipan masih dirawat di rumah sakit.

Partisipan 4 :

Usia 35 tahun, agama islam, suku Jawa, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, mempunyai anak pertama perempuan berusia 8 tahun sehat, setahun yang lalu pada usia kehamilan 36 minggu, ibu jatuh terpeleset dalam posisi telungkup dan mengenai perut, 2 minggu kemudian mengeluarkan darah segar dan akhirnya mengalami IUFD dengan indikasi solusio plasenta, yang kemudian melahirkan bayi mati laki-laki secara spontan. Saat ini ibu sedang hamil anak ketiga dengan usia kehamilan 10 minggu.

Partisipan 5 :

Usia 27 tahun, agama islam, suku Betawi, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, mempunyai anak pertama laki-laki berusia 4 tahun sehat, selama hamil, ibu tidak mempunyai keluhan namun sebulan yang lalu ibu merasakan gerak janin berkurang dan akhirnya ibu mengalami IUFD pada usia kehamilan 36 minggu yang kemudian melahirkan bayi mati perempuan melalui operasi SC. Setelah dilahirkan melalui SC, barulah diketahui indikasi IUFD adalah terlilit tali pusat.

Partisipan 6 :

Usia 36 tahun, agama islam, suku Jawa, pendidikan S1, bekerja sebagai karyawan swasta, mempunyai anak pertama perempuan berusia 4 tahun sehat, empat bulan yang lalu mengalami IUFD pada usia kehamilan 36 minggu yang kemudian melahirkan bayi mati laki-laki melalui operasi SC. Setelah bayi dilahirkan dengan SC, baru diketahui penyebab IUFD adalah tali pusat terpelintir. Saat ini ibu sedang hamil anak ketiga dengan usia kehamilan 6 minggu.

Partisipan 7 :

Usia 24 tahun, agama islam, suku Betawi, pendidikan SMA, bekerja sebagai karyawan swasta, tahun 2006 mengalami abortus pada usia kehamilan 8 minggu, setahun yang lalu ketika dinyatakan hamil, ibu sering mengalami perdarahan berupa bercak selama 1 bulan hingga ibu mendapatkan terapi sampai usia kehamilan 20 minggu namun pada usia kehamilan 24 minggu, ibu mengalami IUFD yang kemudian

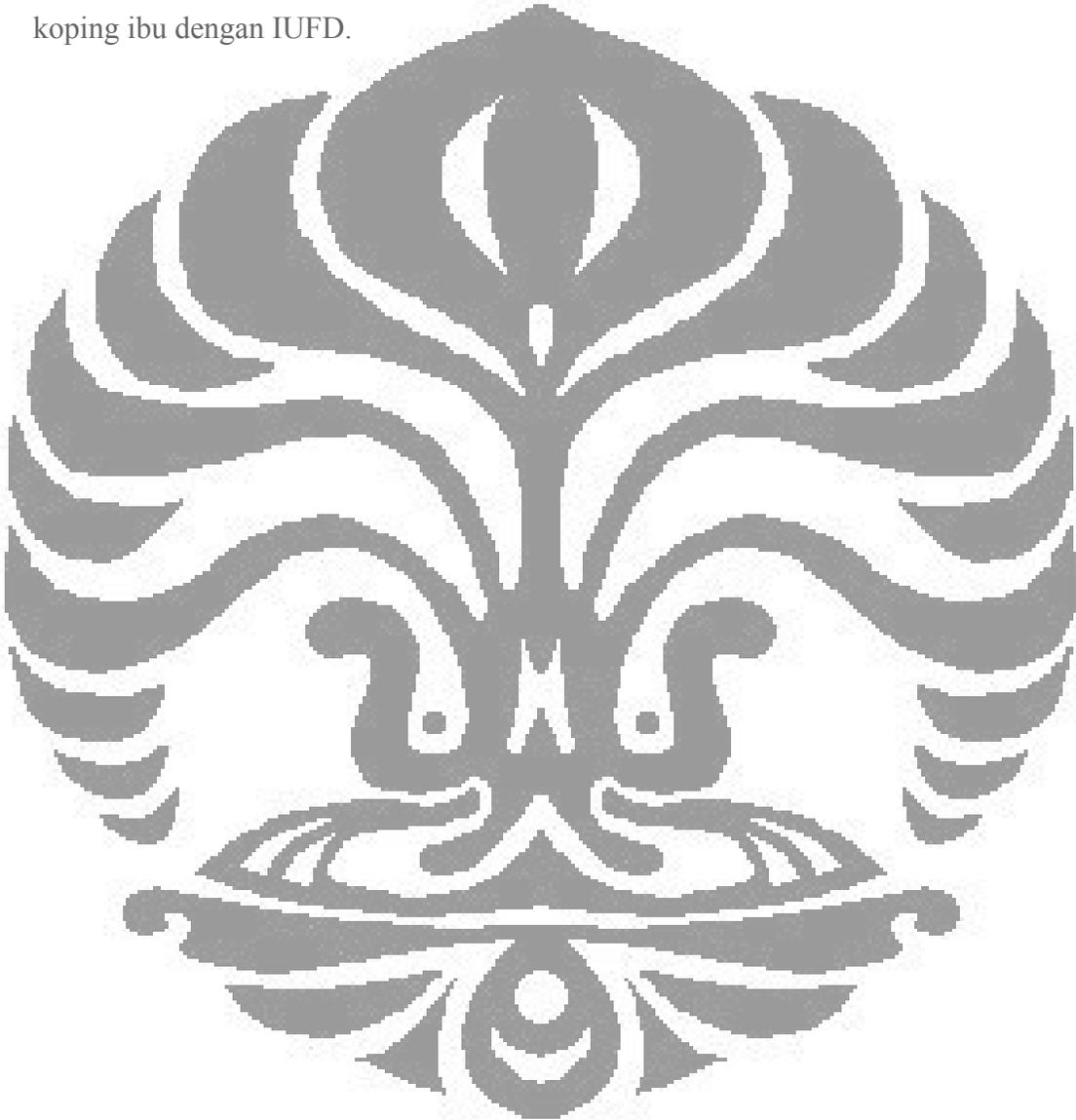
melahirkan bayi mati laki-laki secara spontan. Saat ini ibu sedang hamil anak ketiga dengan usia kehamilan 28 minggu.

## **B. Gambaran hasil penelitian**

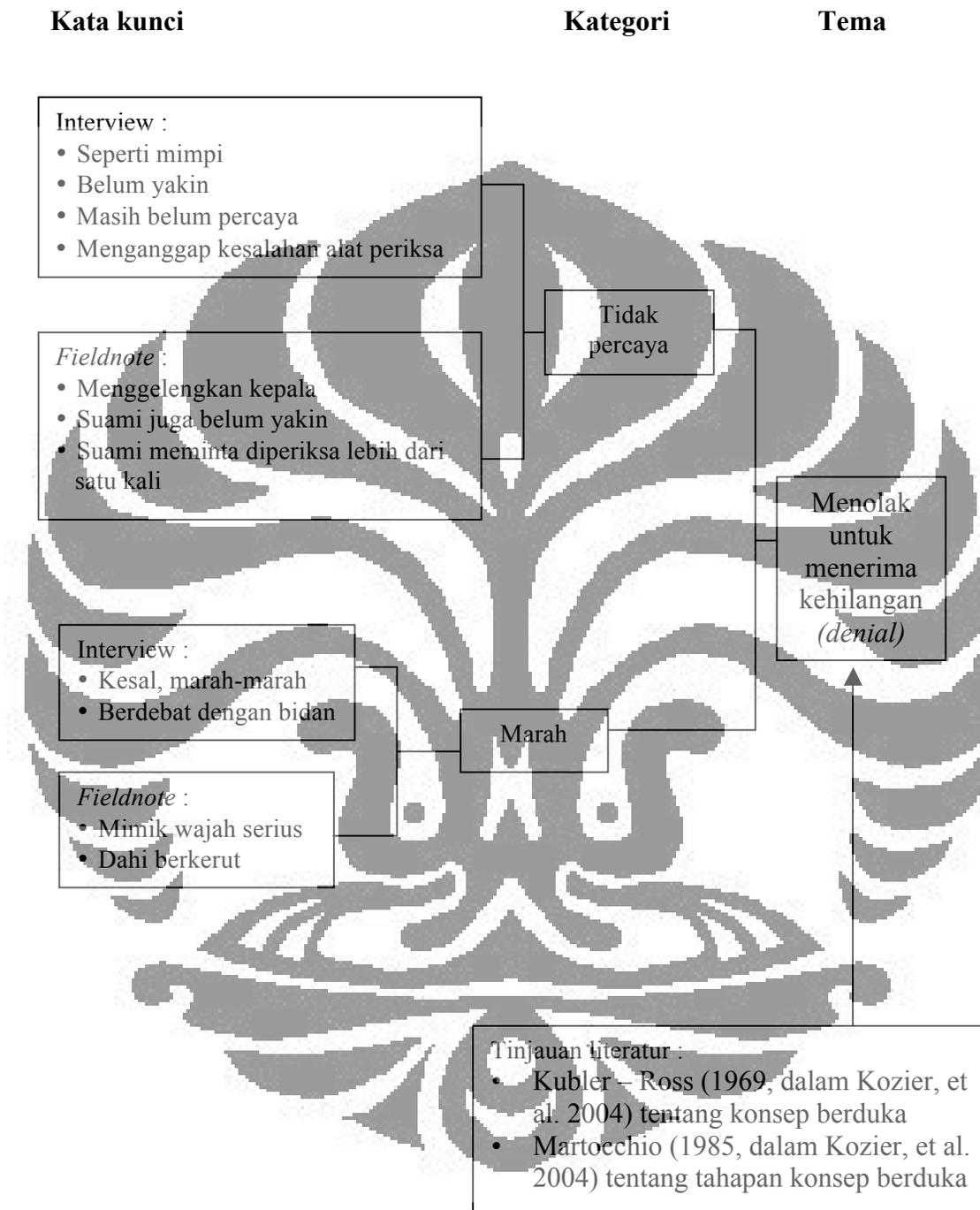
Setelah peneliti memperoleh data penelitian yang teridentifikasi dari hasil wawancara, observasi perilaku dan telaah literatur, peneliti kemudian menganalisisnya dan memperoleh sembilan tema sebagai hasil penelitian yaitu menolak untuk menerima kehilangan, tawar menawar, kesedihan yang mendalam, koping adaptif, koping maladaptif, persepsi dan sikap terhadap kondisi fisik yang lebih berat, situasi dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi kehilangan, dukungan sosial, komitmen dan sikap optimis.

Berdasarkan beberapa tujuan penelitian yang telah ditetapkan sebelumnya, maka peneliti telah mengelompokkan tiga tema untuk mengidentifikasi respon ibu dengan IUFD yaitu menolak untuk menerima kehilangan, tawar menawar dan kesedihan yang mendalam. Dua tema untuk mengidentifikasi koping ibu dengan IUFD yaitu koping adaptif dan koping maladaptif. Empat tema untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi respon ibu dengan IUFD yaitu persepsi terhadap kondisi fisik yang lebih berat, situasi dan kondisi lingkungan sekitar, sikap optimis dan komitmen serta dukungan sosial.

Tema-tema yang dihasilkan dari penelitian tersebut dibahas secara terpisah untuk memahami berbagai respon dan koping ibu dengan IUFD dari setiap partisipan yang telah dilibatkan dalam penelitian ini, selanjutnya tema-tema tersebut dihubungkan satu sama lainnya untuk menjelaskan suatu kerangka konsep tentang respon dan pola koping ibu dengan IUFD.



Skema 4.1 : Proses Analisa Data Tema 1



## 1. Menolak untuk menerima kehilangan (*denial*)

Partisipan menunjukkan respon kehilangan *denial* atau menolak untuk menerima kenyataan akan kehilangan. Hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

1). “tidak percaya” :

Semua partisipan menyatakan ketidakpercayaan saat pertama kali bidan, dokter dan perawat menyatakan bahwa janinnya telah meninggal. Dua dari tujuh partisipan menganggap kejadian tersebut berlangsung begitu cepat, hanya dalam beberapa hari janin yang sudah selama berbulan-bulan ada bersama mereka tiba-tiba dinyatakan sudah tiada. Sedangkan dua dari tujuh partisipan lainnya juga masih tidak percaya karena mereka seolah masih merasakan gerakan janin dalam perutnya, meskipun dokter sudah menjelaskan bahwa itu adalah kontraksi rahim yang bereaksi terhadap kematian janin, dan hanya ada satu partisipan yang belum bisa menerima dan percaya dikarenakan keraguan akan alat pemeriksaan yang digunakan. Suami yang terlibat dalam wawancara juga menceritakan ketidakyakinannya akan hasil pemeriksaan saat itu sehingga ia sempat meminta untuk diulang sampai beberapa kali. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*...perasaan saya waktu itu antara sadar tapi kayak mimpi juga...gak percaya gitu, sepertinya bayi saya masih hidup...pokoknya tidak percaya secepat itu kejadiannya (P-1). Aku bener-bener gak percaya.. minta bu bidan untuk meriksa lagi ..dalam hati sih aku masih aja belum yakin apa bener udah gak ada, kalo iya kenapa bisa..(P-2). ..sulit aja untuk langsung percaya kalo dibilang dah gak ada semua terjadinya tuh cepet banget (P-3). ya saya sih masih gak percaya.. di perut saya sebelah sini masih kenceng..kayaknya ada gerakannya..(P-4). ya Allah...yang bener...gak percaya, gak percavalah.(P-5). dalam hati saya masih percaya..gak mungkin ini gak bisa-gak bisa, gak mau... masih ada-masih ada gerakan (P-6). gak percaya aja..masa' sih, saya berpikir ah usgnya kan sepertinya masih yang lama .. kesalahan alat kali (P-7).*

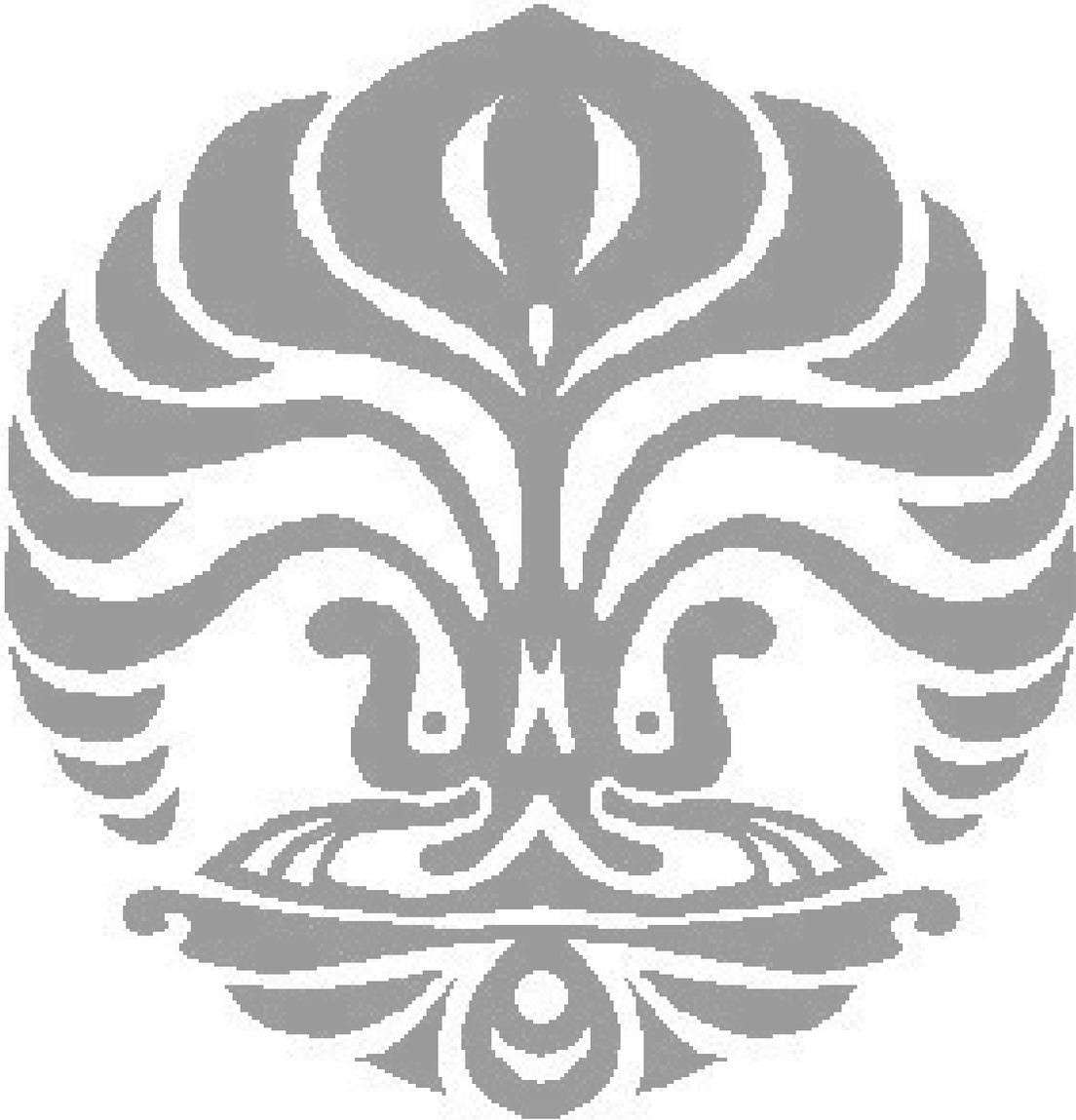
2). “marah” :

Marah juga menjadi salah satu respon yang diungkapkan partisipan saat janinnya dinyatakan meninggal. Salah satu partisipan dengan suaminya sempat marah kepada bidan sebagai orang pertama saat itu yang menyampaikan hasil pemeriksaannya dengan menyatakan bahwa denyut jantung janin sudah tidak terdengar dan mengindikasikan kemungkinan bahwa janin sudah meninggal. Perdebatan juga terjadi pada salah satu partisipan dengan bidan, dimana partisipan dan suaminya menganggap telah terjadi kesalahan alat pemeriksaan sementara bidan yakin dengan alat tersebut dan juga dengan pemeriksaan yang telah ia lakukan berulang kali.

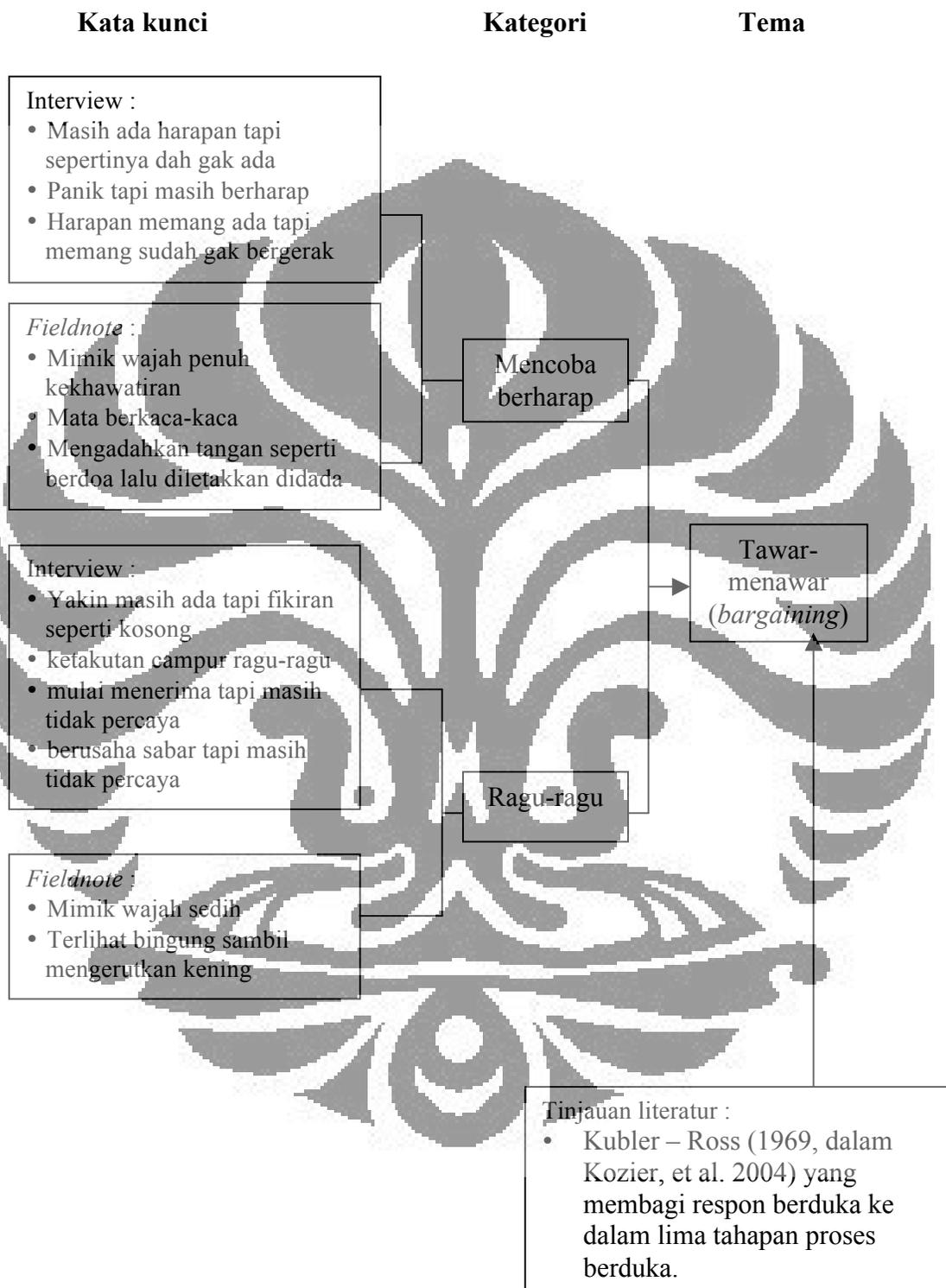
*Sayapun waktu itu bingung..kesal..(P-1)..”sampe marah-marah ke bu bidan..minta bu bidan meriksa lagi”(P-2). “Siapa tau alatnya rusak..otot-ototan gitu sama bidannya.(P-3).*

Respon menolak menerima kehilangan (*denial*) di atas didapatkan peneliti sebagai salah satu intisari dari jawaban-jawaban partisipan atas pertanyaan penelitian “bagaimana perasaan ibu saat mengetahui bahwa janin ibu sudah meninggal?” dengan pertanyaan ini peneliti ingin menggali respon partisipan terhadap IUFD. Respon ini sejalan dengan konsep berduka menurut Kubler – Ross (1969, dalam Kozier, et al. 2004) yang membagi respon berduka ke dalam beberapa tahapan, dimana respon *denial* atau menolak ditunjukkan dengan perilaku menolak untuk percaya bahwa sedang mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah – masalah yang akan terjadi, reaksi *denial* biasanya berlangsung segera 24 jam setelah terjadinya kehilangan.

Sedangkan bentuk respon *denial* berupa tidak percaya dan marah didukung oleh Martocchio (1985, dalam Kozier, et al. 2004) yang juga membagi respon berduka kedalam lima tahapan, dimana respon tidak percaya dan marah berada dalam tahapan pertama dari respon berduka.



Skema 4.2 : Proses Analisa Data Tema 2



## 2. Tawar-menawar (*bargaining*)

Partisipan selanjutnya menunjukkan respon kehilangan *bargaining* atau tawar-menawar. Hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

### 1). “mencoba berharap”

Saat tiga dari tujuh partisipan merasakan tanda-tanda ketiadaan janinnya diantaranya dari gerakan dan denyut jantung janin, mereka tetap berusaha melakukan *bargaining* dengan tetap mencoba berharap janinnya masih hidup. Berikut diungkapkan oleh partisipan :

” *saya sih masih ada harapan, tapi kayaknya di perjalanan udah gak ada (P-2)*” *Saya dah panik denyut jantungnya gak ada...cuma saya masih berharap...t..(P-4)*... *..harapan sih ada, tapi aku inget semaleman memang gak nendang-nendang.. (P-6).*”

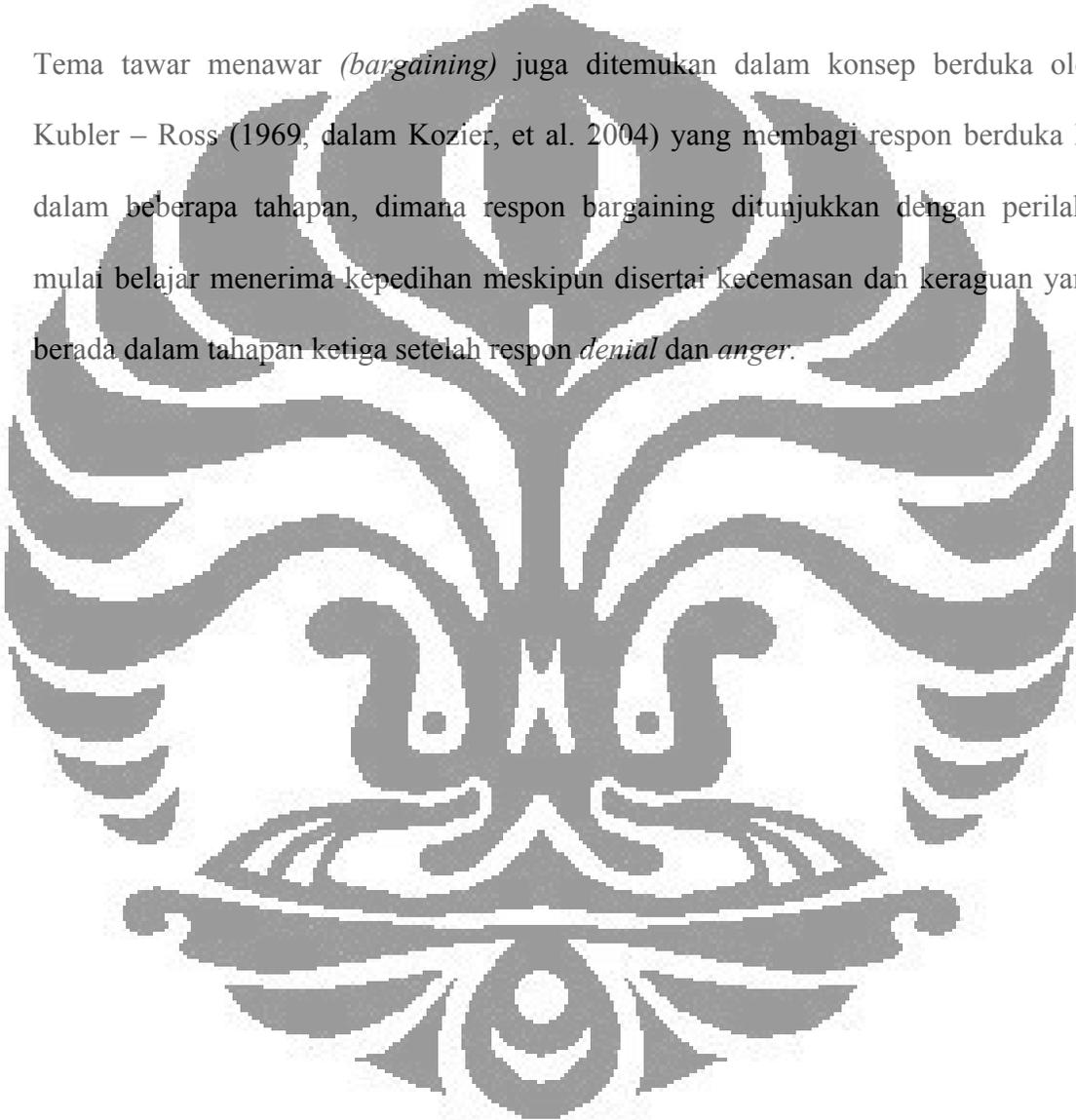
Pada saat menceritakan harapannya, empat dari tujuh partisipan menunjukkan mimik wajah penuh kekhawatiran, mengadahkan tangan seperti sedang berdoa lalu meletakkannya ke dada.

### 2). “ragu-ragu” :

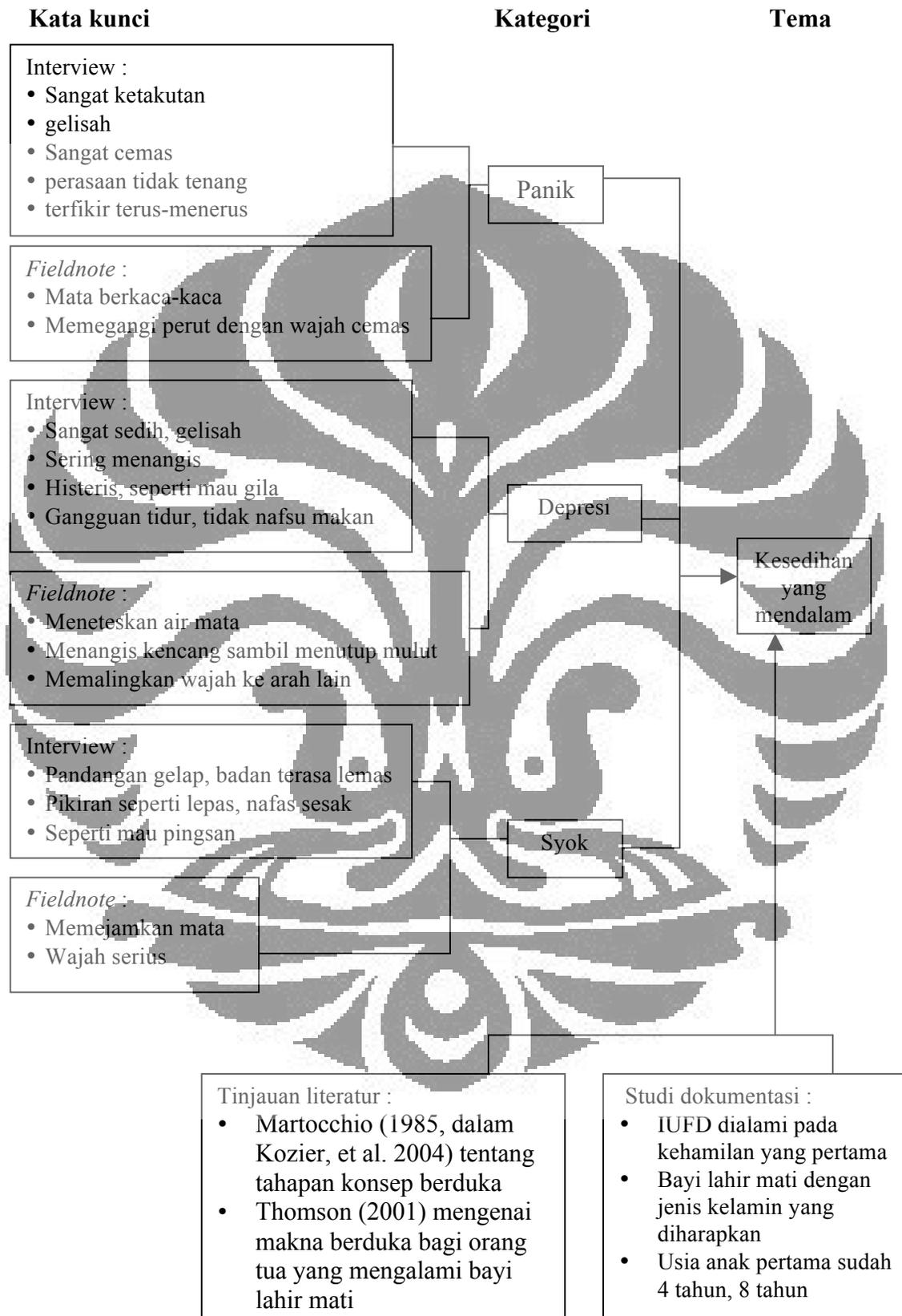
Empat dari tujuh partisipan mengungkapkan berbagai respon terhadap kematian janinnya seperti ketakutan, mulai menerima, berusaha sabar namun tetap disertai rasa keraguan dan ketidakpercayaan sebagai bentuk proses penawaran dalam diri. Berikut diungkapkan oleh partisipan :

*“..dihati kecil sih terus aja yakin masih ada (hidup)...tapi kok kayaknya pikiran banyakan kosongnya...beku aja (P-2) “..ada rasa ketakutan meskipun campur ragu-ragu..ah enggaklah bukan apa-apa, tapi kok gerakannya lama-lama gak terasa.(P-3)..” ..bayinya udah gak bisa diselamatkan..itu udah mulai sih nerima..tapi masih ada juga gak percayanya orang masih mules..(P-4)..” ..ya uadah akhirnya saya sabar, gimana caranyalah..tapi saya rasanya gak percaya adaa..a..gitu..(P-5)*

Tema tawar menawar (*bargaining*) juga ditemukan dalam konsep berduka oleh Kubler – Ross (1969; dalam Kozier, et al. 2004) yang membagi respon berduka ke dalam beberapa tahapan, dimana respon bargaining ditunjukkan dengan perilaku mulai belajar menerima kepedihan meskipun disertai kecemasan dan keraguan yang berada dalam tahapan ketiga setelah respon *denial* dan *anger*.



### Skema 4.3 : Proses Analisa Data Tema 3



### 3. Tema 3 : Kesedihan yang mendalam

Respon kehilangan yang ditunjukkan partisipan dalam proses berduka selain *denial* dan *bargaining*, partisipan juga menunjukkan respon kesedihan yang mendalam. Hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

#### 1). “panik” :

Tiga dari tujuh partisipan mengungkapkan perasaan panik sebagai akibat kesedihan yang sangat mendalam yang mereka rasakan mulai dari mereka merasakan gerakan janin yang berbeda dari biasanya yaitu makin lama makin lambat dan berkurang, terlebih lagi ketika diperiksa ternyata suara atau denyut jantung janin juga tidak terdengar. Kepanikan yang dialami partisipan terhadap kondisi janinnya terlihat dari perilaku partisipan saat menceritakan mulai dari awal kronologis peristiwa kematian janinnya dengan mata berkaca-kaca, ekspresi wajah terlihat cemas sambil sesekali memegangi perutnya. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..saya dah ketakutan kali, janinnya gak gerak-gerak lagi, suara jantung bayi dah gak ada..saya makin cemas” (P-1)* *“gerakannya lama-lama jadi gak ada... cemas tapi banyakan gelisahny...saya disitu dah mulai kepikiran banget, gak enak di ati...udah ada rasa ketakutan juga...” (P-3).* *“perasaan saya tetep gak enak, gerak janin jadi lambat..” (P4).*

#### 2). “syok” :

Ketika partisipan semakin menyadari akan kehilangan janinnya terutama saat mengetahui bahwa janin dinyatakan telah meninggal, lima dari tujuh partisipan mengungkapkan bahwa mereka langsung mengalami syok dalam bentuk penurunan kesadaran, saat itu pandangan mereka tiba-tiba gelap dan selain itu mereka juga

mengatakan badan langsung terasa lemas atau kehilangan kekuatan. Salah seorang suami partisipan yang terlibat pada pertengahan proses wawancara juga menambahkan bahwa pada saat kejadian itu wajah istrinya sangat pucat dan sesekali terlihat seperti pingsan. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“tiba-tiba mata saya gelap terus baru saya ditidurin...tau’ udah gitu gak inget apa-apa lagi(P-1)” ..terkejut banget...terpukul...pikiran seperti lepas, gelap...terus lemas seperti gak ada kekuatan (P-2)..”mata sering banget gelap..pokoknya gak tau lah waktu itu kayak mau pingsan...badanpun rasanya udah gak di tempat, gak bisa mikir (P-3)..sayanya langsung lemes kayak mau pingsan..(P-6). sayanya langsung lemes kayak mau pingsan..(P-3)..” rasanya badan lemees banget, kayak gak ada kekuatan (P-5).*

### 3). “depresi” :

Selain mengalami syok, partisipan juga mengalami depresi sebagai bentuk respon kesedihan yang mendalam setelah menyadari akan kehilangan janin mereka yang dinyatakan telah tiada. Enam dari tujuh partisipan sedih dan langsung menangis saat itu juga bahkan ada dua partisipan yang menyatakan bahwa diri mereka sempat histeris dan hampir seperti orang gila. Saat menceritakan hal tersebut, empat partisipan meneteskan air mata bahkan ada yang sampai menangis sekencangkencangnya sambil menutup mulut dengan kedua tangan, namun ada juga yang meneteskan air mata sambil memalingkan wajahnya dari peneliti ke arah lain. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

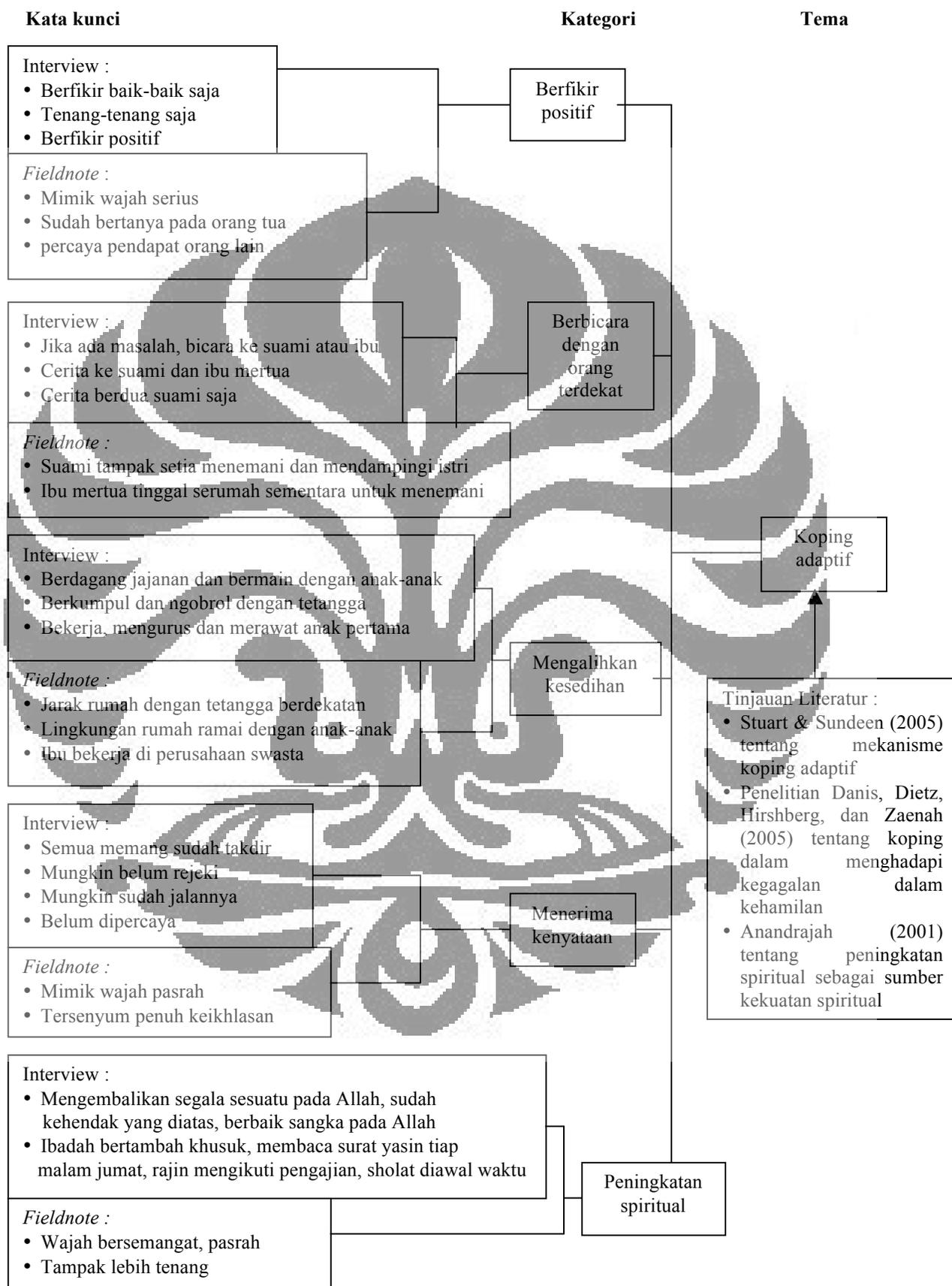
*saya sedih, gelisah seperti mau gila pun.... gak terkendali rasanya pengen nangis sekencangkencangnya..(P-1) aku tuh sedi...h banget....gak tau pengen nagi...is aja..(P-2)..gak bisa ngomong langsung aja nangis..air mata ini gak berenti-berenti netes keluar terus..(P-3)..ke ugd saya disitu nangis aja(P-5)..saya bener-bener histeris..nangis(P-6) saya kan nangis terus...rasanya sedih banget waktu itu..(P-7).*

Menurut Martocchio (1985, dalam Kozier, et al. 2004), kesedihan yang mendalam dirasakan partisipan ketika kenyataan dari kehilangan sungguh – sungguh diakui, individu mulai merasakan putus asa, kekacauan dan depresi. Tangisan biasa terjadi pada situasi seperti ini hingga mengalami syok. Individu kehilangan motivasi tentang masa depan, panik dan tidak mampu membuat keputusan, kehilangan rasa percaya diri dan tujuan hidup.

Penelitian kualitatif yang dilakukan Thomson (2001) mengenai makna berduka bagi orang tua yang mengalami bayi lahir mati mendapatkan salah satu tema “*Hurting*”. “*Hurting*” dikarakteristikan dengan perasaan emosional yang menyakitkan, rasa sedih yang mendalam diungkapkan dengan tangisan dan air mata.

Studi dokumentasi yang telah dilakukan peneliti juga mendapatkan data yang mendukung tema dalam penelitian ini. Riwayat kehamilan dan persalinan menunjukkan bahwa tiga orang partisipan mengalami IUFD pada kehamilan pertamanya, satu orang pernah abortus, sedangkan tiga orang partisipan lainnya telah memiliki anak yang jenis kelaminnya berbeda dengan bayinya yang lahir mati. Selain itu anak pertama mereka telah berusia empat tahun dan delapan tahun, hal ini berarti peristiwa IUFD terjadi pada kehamilan yang benar-benar mereka harapkan.

Skema 4.4 : Proses Analisa Data Tema 4



#### 4. Koping adaptif

Setelah partisipan berespon terhadap peristiwa kehilangan yang dialaminya, partisipan melakukan upaya berupa mekanisme koping adaptif yang ditunjukkan partisipan dalam perilaku dan pernyataan sebagai berikut :

##### 1). “berfikir positif” :

Salah satu bentuk koping partisipan yang adaptif adalah berfikir positif, ketika mulai merasakan sesuatu yang berbeda dari kondisi janin dimana gerakannya mulai berkurang, tiga dari tujuh partisipan berusaha untuk tetap memikirkan hal tersebut dari sisi positifnya saja, berusaha untuk tetap tenang dan mengurangi rasa cemasnya. Saat menceritakan hal ini, dua dari tujuh partisipan menunjukkan mimik wajah serius. Suami partisipan juga menjelaskan bahwa salah satu yang menjadi dasar pemikiran partisipan adalah perkataan orang tua dan teman yang saat itu juga sedang hamil dan menganggap kondisi janin yang demikian adalah hal biasa dan tidak perlu dikhawatirkan. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..gerakannya kurang..berusaha mikir yang baik-baik aja.. mudah-mudahan bukan apa-apa sehat-sehat aja..”(P-3)* *gerakan kurang...kalo sudah bulannya sering seperti itu, ya udah saya tenang aja...toh “saya juga senin nanti ketemu dokternya.”(P-6)* *“saya sih pikirannya positif aja, gak ada pikiran waduh ini kenapa, kenapa gitu..”(P-7).*

##### 2). “berbicara dengan orang terdekat” :

Tiga dari tujuh partisipan mengungkapkan pernyataan yang menunjukkan bahwa salah satu cara atau bentuk koping untuk mengurangi bebannya dalam menjalani proses berduka adalah berbicara dengan orang yang terdekat di hati mereka, diantaranya suami, orang tua dan ibu mertua. Pada saat peneliti berkunjung ke rumah

salah seorang partisipan, ibu mertua dari partisipan sedang tinggal sementara di rumah partisipan untuk menemaninya selama menjalani proses awal berduka terutama di saat suami sedang pergi bekerja, partisipan tampak akrab dan manja pada ibu mertua. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..kalo ada masalah aku curhat ke suamiku atau ke ibuku..”(P-2) “...paling cerita ke suami ke ibu mertua..”(P-3) “..ya sedih, cerita berduka sama suami apalagi masa berat yang empat puluh hari..”(P-4).*

#### 4). ”mengalihkan kesedihan” :

Empat dari tujuh partisipan juga berusaha mengalihkan kesedihannya dengan cara melakukan berbagai aktifitas yang berbeda seperti berdagang, berkumpul bersama tetangga, bekerja dan mengurus anak yang sudah ada. Berbagai aktifitas tersebut dilakukan masing-masing partisipan sebagai suatu bentuk koping agar kesedihan partisipan tidak berlarut dan beralih menjadi hal yang bermanfaat dan menghibur. Aktifitas salah satu partisipan tersebut ditunjang dengan kondisi rumahnya yang berdekatan dengan rumah tetangga juga ramai dengan anak-anak. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“...saya kan dagang depan kontrakan biasanya yang beli anak-anak tetangga, sering main..lucu aja liat mereka main.(P-1).”ngumpul sama tetangga, ngumpul, ngobrol kan hati jadi gembira.(P-5).”lebih cenderung ke yang gede, nyuapintah, mandiin, pakein bajulah..pokoknya ke dialah...”(P-6) ”saya juga kerja ya..jadi ya itu aja yang kadang jadi terlupa..”(P-7).*

#### 5).“menerima kenyataan” :

Bentuk koping partisipan yang bersifat adaptif lainnya adalah berusaha untuk menganggap peristiwa kematian janinnya sebagai suatu kenyataan yang harus ia

terima. Lima dari tujuh partisipan mengungkapkan bahwa partisipan menganggap peristiwa tersebut sebagai suatu takdir, belum menjadi rejeki mereka dan memang sudah jalan hidup bayinya. Saat menceritakan hal tersebut lima dari tujuh partisipan ini menunjukkan mimik wajah pasrah dan tersenyum penuh dengan keikhlasan.

Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“Iyalah..semua memang sudah takdir, padahal selama ini kalo diperiksa selalu dibilang sehat..”(P-1) “..mungkin belum rejeki, lagipula kalo selamat juga takutnya bayinya kenapa-kenapa..”(P-4) “Ya udahlah mungkin sudah jalannya..ditangisin juga gimana ya.(P-5).” Ya udahlah belum rejeki, belum dipercaya gitulah...” (P-6) “Ya saya udahlah belum rejeki..” (P-7).*

6). “peningkatan spiritual” :

Spiritual merupakan sumber kekuatan dari dalam diri seseorang untuk menghadapi segala kesulitan hidup. Tiga dari tujuh partisipan mengungkapkan kekuatan spiritual yang dimiliki dalam bentuk keyakinan pada takdir, mereka meyakini bahwa peristiwa kematian janin yang dialami meskipun sangat menyedihkan namun itu sudah merupakan takdir yang harus diterima. Peningkatan spiritual berupa peningkatan ibadah dilakukan oleh tiga dari tujuh partisipan lainnya baik dari segi kualitas yaitu lebih khusuk dalam beribadah maupun dari segi kuantitas yaitu dengan lebih rajin beribadah. Saat mengungkapkan hal ini, partisipan tampak lebih tenang namun tetap bersemangat dengan wajah penuh dengan kepasrahan. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

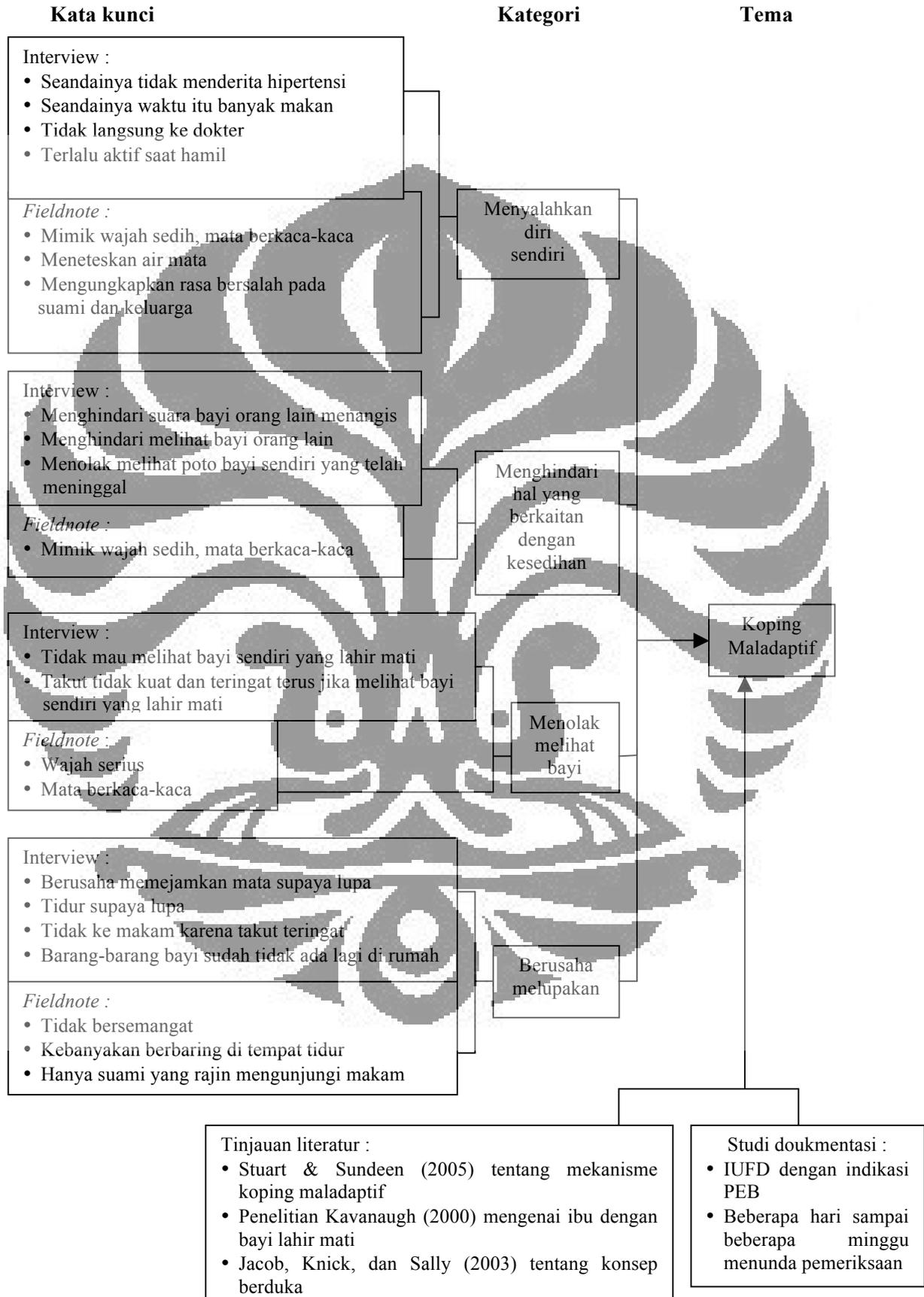
*“..namanya hidup kan pasti Allah semua jadi kitanya balikin kesitu lagi kejadiannya jadi bisa ngerti..”(P-4) “..Ya..memang sudah yang diatas menghendaknya juga..tabah aja deh”(P-5) “..Saya yakin Allah punya rencana lain yang lebih baik untuk saya..”(P-6). “..Saya tuh terbantu banget dengan ibadah..tambah khusuk..saya juga jadi rutin tiap jumat kirim yasin..”(P-4)..lebih minta ampunan, shubuh biasa telat-telat ini begitu adzan ya langsung bangun gitu..”(P-6). “..saya ikut pengajian di rumah jadi tambah rajin aja..”(P-7)*

Menurut Stuart dan Sundeen (2005) mekanisme koping adaptif adalah mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas konstruktif.

Hasil penelitian Danis, Dietz, Hirshberg, dan Zaenah (2005) menunjukkan beberapa ibu mampu beradaptasi dalam menghadapi peristiwa kehilangan selama kehamilan dikarenakan mereka selalu berusaha melupakan kesedihan, pasrah dan mempersiapkan diri untuk peristiwa yang lebih besar. Hasil penelitian ini mendukung dua kategori yang ditemukan oleh peneliti yaitu “berusaha melupakan” dan “mengalihkan kesedihan”.

Peningkatan spiritual sebagai salah satu koping yang adaptif sesuai dengan konsep spiritual oleh Anandrajah (2001) yang menyatakan bahwa peningkatan spiritual yang dilakukan seseorang atau sumber spiritual yang berasal dari orang lain merupakan modal dalam memberikan dukungan dan kekuatan untuk menghadapi situasi atau masalah dalam kehidupan termasuk peristiwa kehilangan. Dengan kekuatan tersebut seseorang menjadi mempunyai harapan, optimis dengan setiap hal yang telah dan baru akan terjadi dalam dirinya.

Skema 4.5 : Proses Analisa Data Tema 5



## 5. Koping maladaptif

Mekanisme koping yang dilakukan selain dalam bentuk koping yang adaptif, partisipan juga melakukan koping dalam bentuk yang maladaptif. Koping tersebut ditunjukkan partisipan dalam perilaku dan pernyataan sebagai berikut :

### 1). “menyalahkan diri sendiri” :

Salah satu bentuk koping partisipan yang maladaptif adalah menyalahkan diri sendiri. Tiga dari tujuh partisipan menganggap kejadian yang dialami janinnya merupakan akibat kesalahan yang dilakukannya diantaranya menderita hipertensi, terlalu aktif selama hamil dan terlambat pergi ke dokter. Sikap ketiga partisipan saat menyalahkan diri sendiri terlihat dari mimik wajah partisipan yang sedih hingga meneteskan air mata, mata berkaca-kaca, partisipan juga mengungkapkan rasa bersalah pada suami dan keluarga. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..mungkin karena memang saya hamilnya gak sehat, coba kalo saya gak dapet tensi tinggi..coba saya banyak makan waktu itu..”(P-1)“Sempet nyalahkan diri sendiri gitu..terlalu aktif..jalan sini jalan sana”(P-5)“Kenapa saat saya ngerasa tidak ada gerakan kok gak langsung ke dokter..saya nyalahin diri sendiri..”(P-6)*

### 2). “menolak melihat bayinya yang telah meninggal” :

Selain menyalahkan diri sendiri, koping maladaptif lainnya yang dilakukan partisipan ketika bayi yang sudah meninggal telah dilahirkan baik oleh dua partisipan yang melahirkan secara pervaginam maupun satu orang partisipan yang melahirkan dengan operasi sesar adalah menolak untuk melihat bayi yang telah dilahirkannya

dengan alasan yang sama yaitu takut nantinya menjadi teringat terus menerus. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“...saya juga memang gak kepikiran untuk ngeliat takut nanti malah tambah gak karuan kalo ngeliat tuh bayi.....takut gak kuat bu, nanti kebayang terus..”(P-3)..”saya pikir gak usah ngeliat deh saya...takut gak bisa lepas...kayaknya kebayaaaang aja..”(P-5). *“sayanya yang gak mau...gak usahlah saya bilang...nanti jadi .teringat ..gak ada ngerasa apa-apa kok bisa jadi gini...”*”(P-7)*

3). “menghindari hal-hal yang berkaitan dengan kesedihan” :

Bentuk koping maladaptif partisipan selain menyalahkan diri sendiri dan menolak melihat bayi, tiga dari tujuh partisipan juga menghindari hal-hal yang berkaitan dengan kesedihan terutama hal-hal yang mengingatkan partisipan pada bayinya yang telah tiada seperti berusaha meminta cepat segera pulang dari perawatan di rumah sakit karena menghindari suara tangisan bayi. Partisipan berharap dengan menghindari suasana rumah sakit terutama suara tangisan bayi, partisipan dapat mengurangi kesedihannya.

*“Gak kuat rasanya denger bayi nangis, pokoknya pulang, pulang..”(P-1)”..Bilang ke dokter, kalo bisa sehari ajalah nginepnya, gak tahan liat bayi-bayi itu...”(P-3)”..Saya belum mau melihat wajah anak saya walaupun ada dokumentasinya..”(P-6).*

4). “berusaha melupakan” :

Bentuk koping maladaptif juga ditunjukkan partisipan berupa upaya untuk melupakan peristiwa kehilangan yang dialaminya. Salah satu partisipan menceritakan bahwa ia berusaha melupakan calon bayi yang diharapkan kehadirannya dengan menghilangkan semua barang termasuk baju-baju yang baru saja dibeli untuk calon

bayinya yang telah tiada karena baju-baju tersebut dapat mengingatkan kembali peristiwa kehilangan yang dialaminya. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

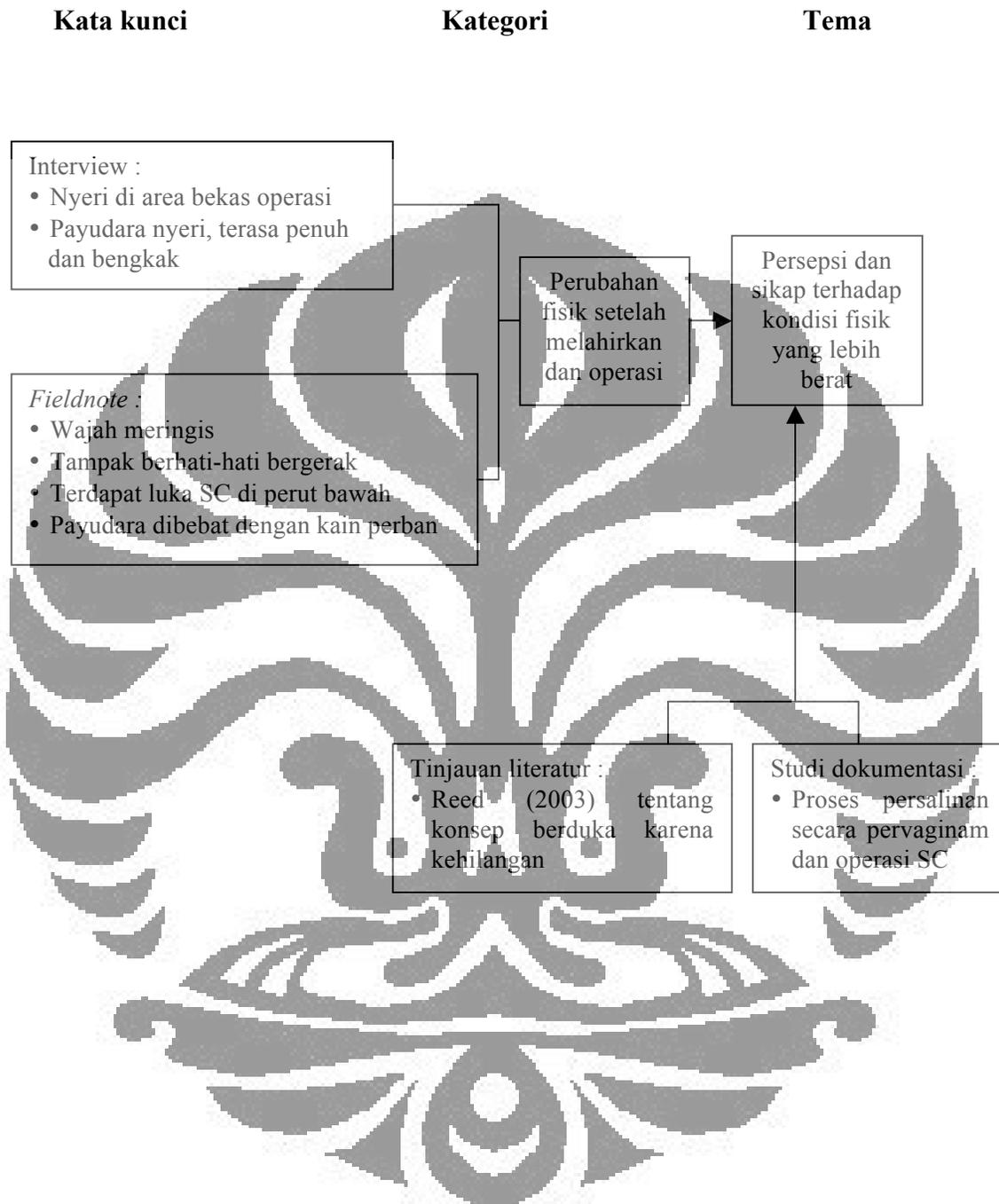
*“..paling mejamin mata sering-sering biar bisa tidur, kalo dah tidur terus lupa..”(P-1)“Pengennya diem tiduran di kamar aja, kalo ditidurin kan jadi lupa.”(P-3)“...kemakamnya saya malah kengetan terus, mendingan gak usah kesana biar bisa lupa..”(P-4) “..dikubur aja semua, karna baju-baju itu memang dibeli unuk dia jadi takut nanti ngingetin..”(P-6).*

Menurut Stuart dan Sundeen (2005) mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan.

Hasil penelitian Kavanaugh (2000) mengenai ibu dengan bayi lahir mati menunjukkan bahwa beberapa ibu berusaha mengalihkan perhatian orang lain terutama lawan bicara terhadap masalah kehilangan yang sedang dihadapinya dan membicarakan hal lain untuk mengurangi ketegangan dan kekurangan yang ada pada dirinya. Hasil penelitian ini juga memperkuat kategori lainnya yang ditemukan oleh peneliti yaitu “menghindari hal-hal yang berkaitan dengan kesedihan”.

Jacob, Knick, dan Sally (2003) dalam analisisnya tentang konsep berduka menyimpulkan bahwa suami lebih dapat mengendalikan diri, lebih tenang dan dapat membentuk strategi koping dalam menghadapi peristiwa kehilangan, hal ini berkaitan dengan manifestasi dari respon berduka ibu yang mengalami kematian janin dan bayi lahir mati lebih dirasakan sebagai sebuah sanksi sosial bagi ibu daripada bagi suaminya sendiri. Hasil analisis tersebut mendukung kategori “menyalahkan diri sendiri” yang ditemukan dalam penelitian ini.

Skema 4.6 : Proses Analisa Data Tema 6



## 6. Persepsi dan sikap terhadap kondisi fisik yang lebih berat

Respon dan koping ibu terhadap kematian janinnya dapat dipengaruhi oleh faktor internal. Salah satunya adalah persepsi dan sikap terhadap kondisi fisik yang dirasakannya lebih berat. Persepsi dan sikap terhadap kondisi fisik ini ditunjukkan partisipan berupa persepsi terhadap perubahan fisik setelah melahirkan dan operasi.

“persepsi terhadap perubahan fisik setelah melahirkan dan operasi” :

Persepsi ibu terhadap perubahan fisik pada dirinya yang dirasakan lebih berat setelah melahirkan dan operasi merupakan faktor dari dalam diri partisipan yang dapat mempengaruhi respon dan koping terhadap kematian janinnya. Tiga dari tujuh partisipan mengungkapkan bahwa kondisi tubuhnya pasca melahirkan baik secara operasi SC maupun pervaginam berupa nyeri jahitan pada area bekas operasi dan nyeri payudara yang penuh dengan produksi ASInya menambah dan memperberat perasaannya yang sedang berduka. Pada saat proses wawancara, partisipan dalam keadaan berbaring di tempat tidur, berhati-hati saat bergerak dan tampak luka bekas operasi di area bawah perut. Payudara partisipan tampak penuh dan dibebat dengan kain perban. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..mikirin bekas jahitan operasinya kan sakitnya minta ampun, belum tetek juga bengkak”(P-3) “..ngerasain tetek saya juga masih bengkak..” (P-5) “Saya juga kan masih sakit banget jahitannya waktu itu..payudara juga penuh, harusnya ini nyusuin..”(P-6)*

Reed (2003) menyatakan bahwa perasaan berduka sebagai respon terhadap kehilangan dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satu faktor yang memiliki efek yang kuat pada perasaan berduka adalah status fisiologis individu.

### Skema 4.7 : Proses Analisa Data Tema 7

#### Kata kunci

Interview :

- Stres, banyak bayi, ibu hamil, ibu gendong bayi
- Sedih, dengar bayi nangis
- Ada pasien lain bertanya alasan dirawat
- Ibu-ibu menyusui bayinya

*Fieldnote :*

- Mimik wajah sedih
- Mata berkaca-kaca
- Antusias mengungkapkan kebosanan
- Ruang rawat berdampingan dengan ruang bayi
- Kebijakan *rooming in* di rumah sakit dan pasien dengan IUFD atau riwayat IUFD satu ruangan dengan pasien postpartum

Interview :

- Tetangga sibuk bekerja
- Tetangga jarang keluar rumah
- Ada tetangga yang mengalami hal yang sama
- Tetangga menceritakan fisik bayi yang sudah meninggal

*Fieldnote :*

- Lingkungan sekitar rumah tampak sepi
- Ibu lain dengan IUFD pada kehamilan pertamanya tinggal di kontrakan yang sama (berjarak 2 pintu)

#### Kategori

Situasi lingkungan rumah sakit

Situasi dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi kehilangan

Situasi lingkungan sekitar dan tempat tinggal

#### Tema

#### Tinjauan Literatur :

- Penelitian Brown dalam Patterson (2000) tentang kehidupan setelah mengalami kegagalan dalam kehamilan

## 7. Situasi dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi kehilangan

Situasi dan kondisi lingkungan yang mempengaruhi kehilangan adalah faktor eksternal yang mempengaruhi respon dan koping ibu. Berdasarkan perilaku dan pernyataan yang ditunjukkan oleh partisipan, situasi dan kondisi tersebut terdiri dari situasi lingkungan rumah sakit dan situasi lingkungan tempat tinggal sebagai berikut :

### 1). “situasi lingkungan rumah sakit” :

Situasi lingkungan rumah sakit merupakan salah satu kondisi lingkungan yang ada disekitar individu dan persepsi partisipan terhadap situasi dan kondisi lingkungan tersebut dapat mempengaruhi respon dan koping ibu yang sedang berduka karena IUFD yang dialaminya. Lingkungan rumah sakit merupakan lingkungan disekitar partisipan saat partisipan pertama kali merasakan kesedihan karena janin dipastikan telah meninggal lalu kemudian dilahirkan, partisipan juga menjalani proses awal dari berduka yaitu ketika tiga dari tujuh partisipan menjalani rawat inap di ruang postpartum sehingga segala situasi dan kondisi yang ada dalam lingkungan ini sangat berpengaruh terhadap respon dan koping dalam menghadapi kematian janinnya.

Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*Kalo lama-lama disini saya bisa stress, di sini banyak bayi, ibu-ibu hamil tua, ibu yang gendong bayi..(P-1) Tambah sedih karena ada bayi nangis, ngeliat ibu laen yang hamil juga, nanyain kenapa dirawat..dah berapa bulan(P-2) Kalo pas kedengeran yang di kamar sebelah bayinya nangis pas dimandiin tuh saya pasti nangis(P-3) Di ruang perawatan tuh kan ada tiga orang pada nangis bayinya..saya tuh sedih banget..(P-4)..bayi yang sana dianterin, bayi yang sini dianterin..mangkanya saya gak betah pengen pulang..(P-5)..ada juga pasien dia malah anak pertama udah ditunggu lapan bulan..saya masih beruntung(P-6)*

2). “situasi lingkungan tempat tinggal” :

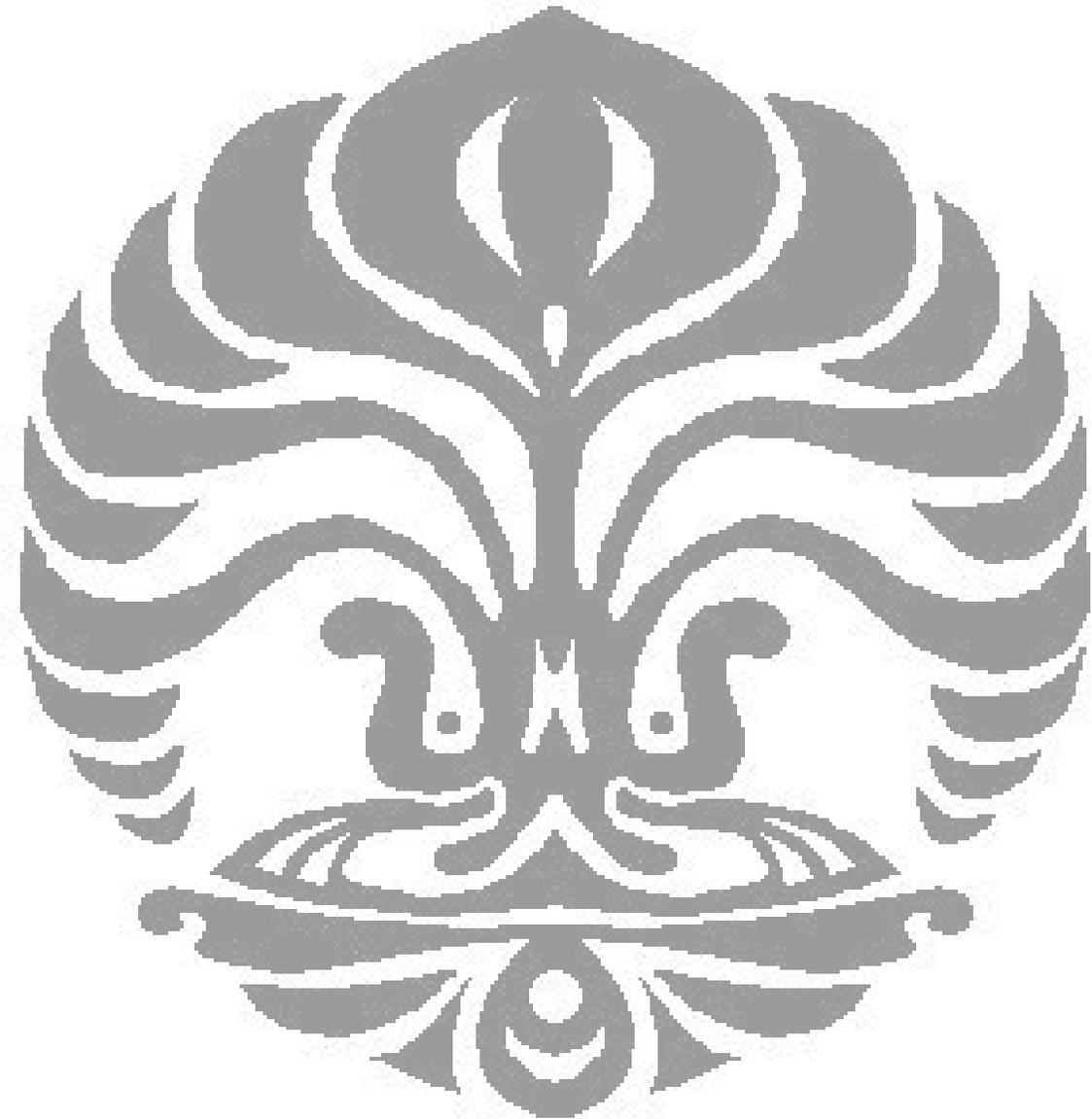
Situasi lingkungan tempat tinggal juga merupakan kondisi lingkungan yang mempengaruhi respon dan coping ibu dengan IUFD. Lingkungan tempat tinggal merupakan lingkungan disekitar rumah partisipan saat partisipan pulang dari perawatan dan menjalani proses berduka selanjutnya, sehingga segala situasi termasuk orang-orang yang berada dan menjadi bagian dari lingkungan tersebut dapat mempengaruhi respon dan copingnya dalam menghadapi dan menjalani proses berduka karena kematian janinnya. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*Kalo tetangga, ada yang kerja di pabrik, ada yang di rumah tapi gak ada sih yang akrab pada jarang keluar..cuma negur-negur biasalah..(P-3) Waktu itu ada tetangga dua orang yang kayak saya, ..setelah tau ada yang gitu juga..ternyata gak euma saya..mereka malah anak pertama, pasti sedih..(P-4) Tetangga ada juga yang bilangin karena saya banyak jalan kesanalah kesinilah..mangkanya kesambet tuh bayinya..dibuntutin setan..(P-5)..mereka maksudnya baik ceritain fisik anak saya, tapi saya sedih banget..(P-6)..ada juga tuh yang buat saya malah sedih, suka' cerita yang buat downlah..cerita pengalaman dia abis lahiran, punya bayi..(P-7).*

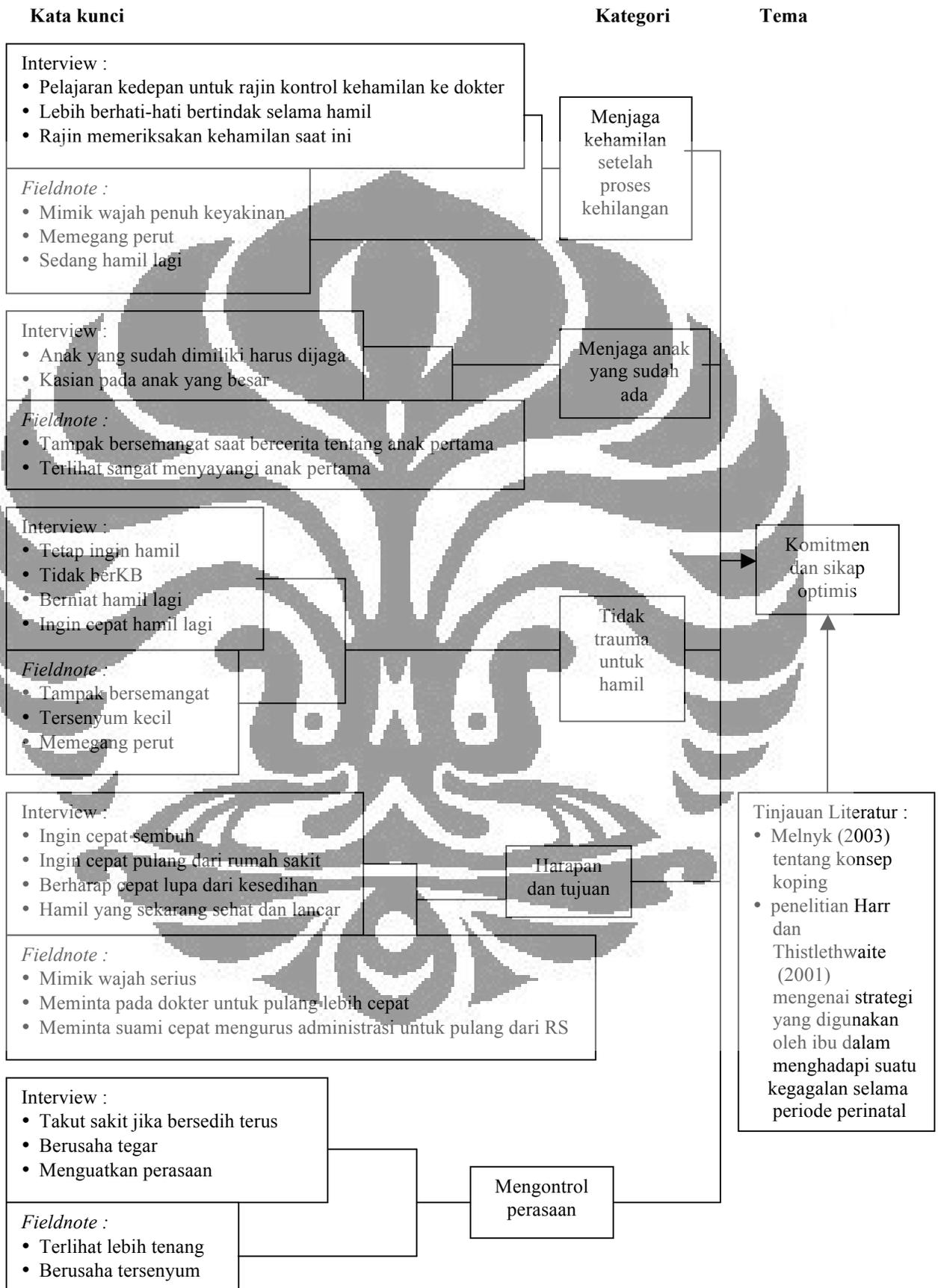
Hasil penelitian Brown dalam Patterson (2000) dimana interaksi sosial yang merupakan bagian dari aspek lingkungan sangat mempengaruhi ibu dalam berespon terhadap peristiwa kehilangan. Beberapa ibu menjauhi orang lain di sekitarnya sebagai bentuk melindungi diri sendiri dari interaksi sosial yang dapat mencetuskan stres emosional seperti dengan mengisolasi diri dari lingkungan sekitar dikarenakan ibu mempersepsikan kesedihan dapat semakin bertambah jika melihat perempuan yang sedang hamil atau sedang bersama bayinya.

Hasil studi dokumentasi peneliti tentang kebijakan rumah sakit juga mendukung tema tersebut dimana rumah sakit menerapkan sistem *rooming in* namun tidak memisahkan

antara ruangan ibu yang sedang berduka karena IUFD dengan ibu postpartum lainnya, begitu juga dengan ruangan memandikan bayi yang berdampingan dengan ruang postpartum.



Skema 4.8 : Proses Analisa Data Tema 8



## 8. Mempunyai Komitmen dan sikap optimis

Komitmen dan sikap optimis yang dimiliki partisipan merupakan salah satu dari faktor internal yang dapat mempengaruhi respon dan coping dalam menghadapi peristiwa kehilangan. Komitmen dan sikap optimis ditunjukkan melalui perilaku dan pernyataan partisipan sebagai berikut :

### 1). “menjaga kehamilan setelah proses berduka” :

Sikap menjaga kehamilan merupakan salah satu komitmen yang dibuat dan dilaksanakan oleh tiga dari tujuh partisipan yang saat ini sedang menjalani kehamilan kembali setelah pernah mengalami IUD, dimana komitmen ini menunjukkan bahwa partisipan tidak mengalami trauma dan dapat mengambil pelajaran dari peristiwa kehilangan sebelumnya. Saat menceritakan hal ini partisipan terlihat yakin dengan apa yang sedang dilaksanakannya pada kehamilan sekarang. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..Hati.hati banget..abis maghrib gak keluar..dah enggak megang motor..”(P-4)*  
*“..Pelajaran..kedepannya kontrol ke dokter, jadi kalo ada apa-apa cepat ditanggulangi.”(P-5).*  
*sekarang saya insyaAllah lah jangan sampai kejadian yang kedua, sering kontrol..”(P-6)*

### 2). “menjaga anak yang sudah ada” :

Selain menjaga kehamilan, sikap menjaga anak yang sudah ada juga merupakan bagian dari komitmen yang sedang dilaksanakan oleh dua dari tujuh partisipan, dengan melaksanakan komitmen tersebut partisipan termotivasi untuk tegar dan kuat dalam menghadapi peristiwa kehilangan agar ia dapat tetap menjaga dan memelihara anak yang sudah dimilikinya. Keteguhan partisipan dalam menjalankan

komitmennya terlihat dari perilaku partisipan yang tampak menyayangi dan bersemangat saat bercerita tentang anaknya.

*..” ..saya mikir harus kuat, kasian dia (anak) kalo gak ada yang ngurusin..”(P-4)“...dia (anak)..berharga sekali dan memang harus kita jaga..”(P-6)*

### 3). “tidak trauma untuk hamil” :

Sikap optimis yang dimiliki partisipan juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi respon dan koping, rencana dan keinginan partisipan untuk hamil lagi merupakan bentuk dari sikap optimis partisipan akan masa depan. Lima dari tujuh partisipan sudah berniat hamil kembali bahkan salah satu dari mereka sengaja tidak menggunakan alat kontrasepsi agar dapat segera hamil kembali sebagai pengganti bayi yang telah tiada. Saat menceritakan rencananya, partisipan terlihat sangat bersemangat. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..Keinginan untuk hamil sih tetap ada..”(P-1) ..Kalo masalah pengen punya anak sih ya tetaplah..”(P-2) “..gak KB..udah rencana supaya cepet dapat lagi gantinya..”(P-4) “..Saya memang dah niat hamil lagi biar ada temen kakaknya..”(P-5) “..malah saya pengen cepet punya lagi..”(P-7).*

### 4). “harapan dan tujuan” :

Harapan dan tujuan juga merupakan bagian dari sikap optimis yang dimiliki partisipan, meskipun masing-masing empat dari tujuh partisipan menunjukkan harapan dan tujuan yang berbeda, namun harapan dan tujuan tersebut bersifat positif dan dapat berpengaruh terhadap respon dan koping bagi partisipan. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..saya pengen cepet sembuh dan pulang ke rumah, mudah-mudahan kalo dah di rumah bisa lupa sedihnya..”(P-1)“..yang penting cepet sembuh aja.. kepengen bisa cepet lupa juga sedihnya..”(P-3)“..Harapan saya mudah-mudahan anak saya balik lagi kesini, keadiknya..laki-laki, saya gak akan jauh-jauh dari nama dia..”(P-5)“..kepengen mudah-mudahan hamil kali ini sehat, melahirkan lancar..”(P-7).*

5). “mengontrol perasaan” :

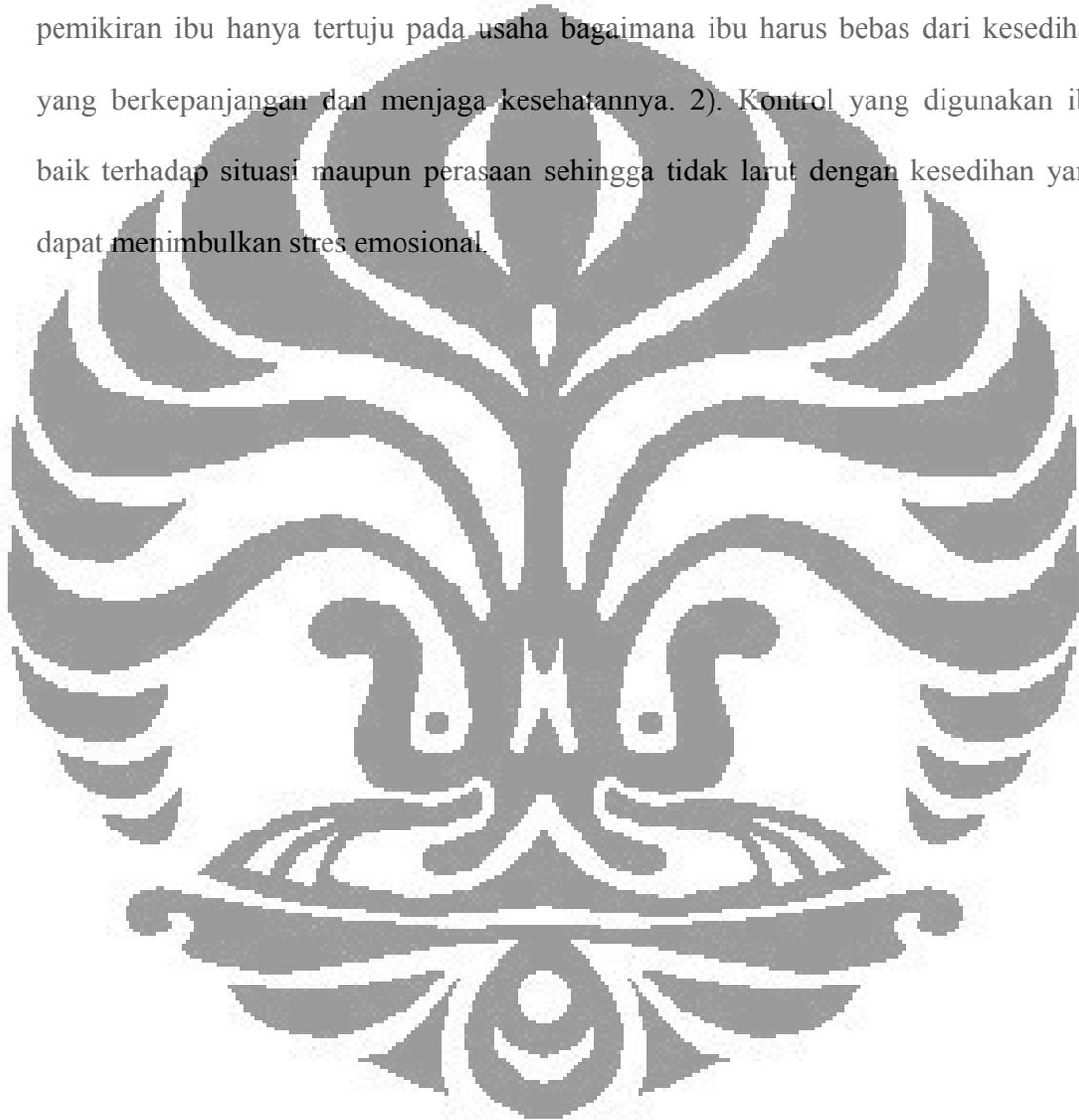
Kemampuan partisipan dalam mengontrol perasaannya termasuk emosi merupakan sesuatu yang berharga dari dalam diri partisipan dan menjadi salah satu yang dapat mempengaruhi respon dan coping yang utama, dengan kemampuan ini partisipan dapat mengendalikan dirinya dari rasa sedih dan rasa bersalah yang berkepanjangan.

Kemampuan tiga dari tujuh partisipan dalam mengontrol perasaannya terlihat saat partisipan mengusap air matanya sambil tetap berusaha tersenyum. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

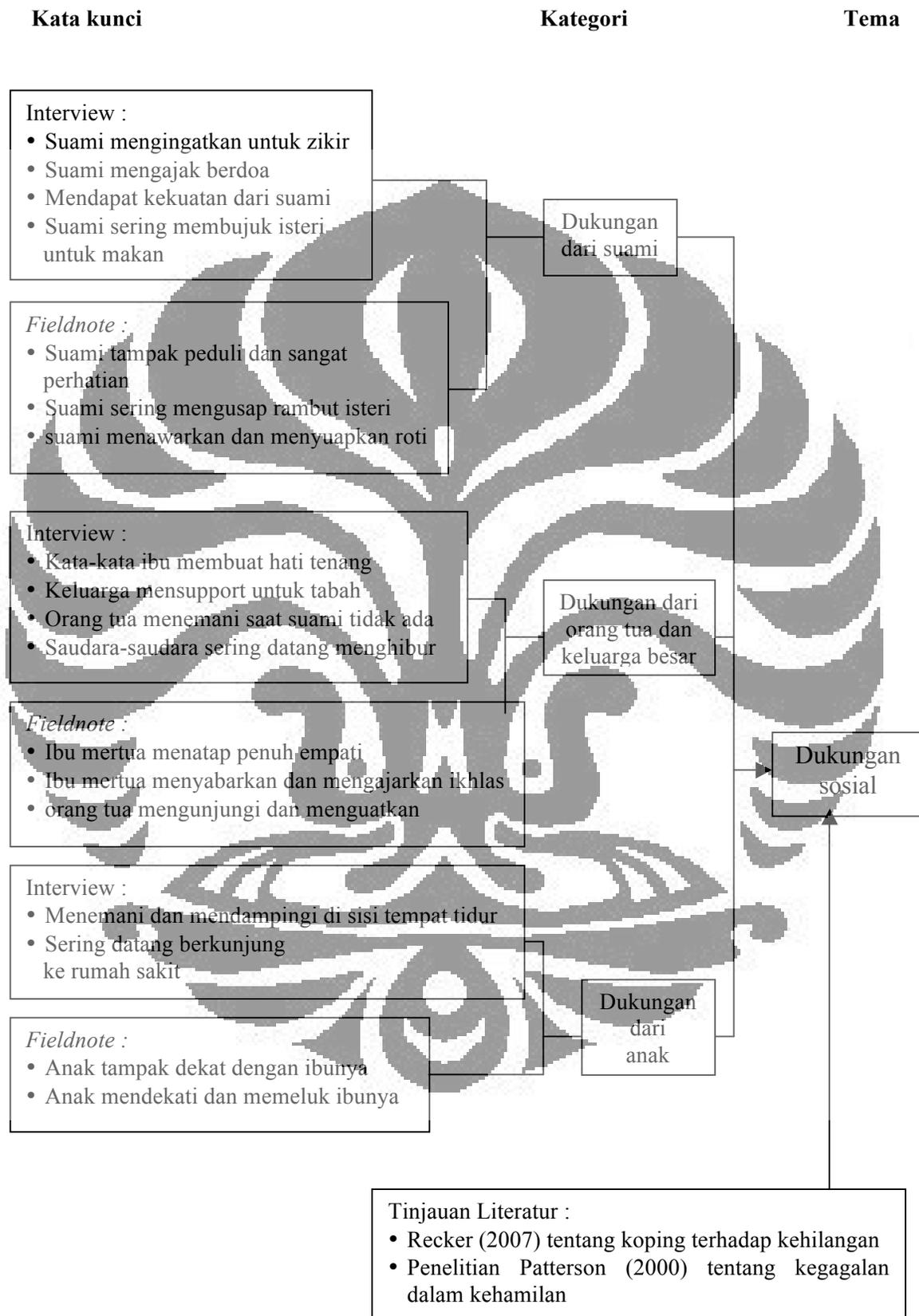
*“..saya mikir lagi kalo saya sedih terus nanti malah sakit.”(P-4)“..saya berusaha tegar..kasian sekeliling kita ini yang sudah berusaha untuk nganuin saya..”(P-5)“..Saya kuat-kuatin aja perasaan supaya gak ngerasa bersalah, gak keterusan...”(P-7).*

Beberapa bentuk perilaku dan ungkapan dari komitmen dan sikap optimis partisipan di atas berkaitan dengan konsep coping Melnyk (2003) yang menyatakan bahwa faktor internal dari karakter seseorang yang dapat mempengaruhi respon dan coping meliputi kesehatan dan energi, komitmen atau tujuan hidup dan perasaan seseorang seperti harga diri, pengetahuan, keterampilan pemecahan masalah, kemampuan berkomunikasi dan berinteraksi dengan orang lain.

Hasil penelitian Harr dan Thistlethwaite (2001) mengenai sumber kekuatan yang mempengaruhi koping yang digunakan oleh ibu dalam menghadapi suatu kegagalan selama periode perinatal, yaitu: 1). Optimis dan berharap akan masa yang akan datang, dimana ibu tetap berharap akan kehamilan berikutnya sehingga fokus pemikiran ibu hanya tertuju pada usaha bagaimana ibu harus bebas dari kesedihan yang berkepanjangan dan menjaga kesehatannya. 2). Kontrol yang digunakan ibu baik terhadap situasi maupun perasaan sehingga tidak larut dengan kesedihan yang dapat menimbulkan stres emosional.



Skema 4.9 : Proses Analisa Data Tema 9



## 9. Dukungan sosial

Dukungan sosial merupakan faktor eksternal yang dapat mempengaruhi respon dan coping ibu dalam menghadapi peristiwa kehilangan. Berbagai bentuk dari dukungan sosial tersebut ditunjukkan melalui perilaku dan pernyataan partisipan sebagai berikut:

### 1). “dukungan dari suami” :

Dukungan dari suami adalah salah satu bentuk dukungan sosial utama yang merupakan faktor eksternal dan mempengaruhi respon dan coping partisipan, suami merupakan salah seorang yang terdekat dengan kehidupan partisipan. Ungkapan empat dari tujuh partisipan menunjukkan bahwa dukungan dari suami yang selalu mengingatkan istri, menyabarkan dan mengajak berdoa dapat memberikan ketenangan dan kekuatan tersendiri bagi partisipan. Hal ini terlihat dari sikap suami tampak perhatian dan peduli mendampingi partisipan sambil sesekali mengusap rambut partisipan, suami juga terlihat sangat sabar saat menyuapkan roti pada partisipan. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..Suami kan suka ngingetin saya supaya banyak zikir..saya jadi lumayan tenang..(P-1)” ..Suamiku bilang..aku harus kuat supaya bisa ngelahirin normal...ngajak aku berdoa..(P-2) “..Dia berusaha tetap tenang..nyabarin saya terus..nenangin saya sambil meluk..” (P-3) “..kalo saya lagi turun dia yang ngapain..pokoknya saya kuat dari suami..”(P-5)*

### 2). “dukungan dari orang tua dan keluarga besar” :

Tiga dari tujuh partisipan mengungkapkan bahwa orang tua dan keluarga besar juga turut memberikan dukungan kepada partisipan dimana hal tersebut juga menjadi salah satu hal yang dapat mempengaruhi coping partisipan. Salah seorang ibu mertua

partisipan yang ikut terlibat dalam proses wawancara terlihat sangat berempati dengan peristiwa yang dialami partisipan, ibu mertua juga menyabarkan dan menasehati partisipan untuk belajar ikhlas. Sedangkan orang tua dari salah seorang partisipan yang lain pada saat proses wawancara berlangsung datang berkunjung ke rumah partisipan membawa makanan kesukaan partisipan, kedua orang tua partisipan terlihat sangat menyayangi partisipan, menghibur dan menasehati partisipan agar tidak larut dalam kesedihan yang berkepanjangan. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..Kata-kata mamak tuh buat hati saya agak tenang, bisa ngeringanilah..(P-1)..mereka (keluarga) mensupport untuk tabah, untuk tidak berlarut-larut juga”(P-5)“..kalo pas suami jaga, orang tua nemenin..mereka ngerti kalo sendirian nantinya jadi kengetan”(P-5)“..Kakak saya juga bolak-balik, minggu juga sering ngumpul untuk sekedar bikin apalah..supaya suasana jadi biasa..”(P-7).*

### 3). “dukungan dari anak” :

Anak pertama juga menjadi suatu sumber kekuatan yang dapat mempengaruhi koping partisipan, meskipun dukungan yang diberikan hanya sebatas datang menjenguk ke rumah sakit dan mendampingi di sisi tempat tidur namun hal tersebut menjadi sumber kekuatan bagi partisipan, bahkan satu dari tujuh partisipan menceritakan bahwa kehadiran anaknya meskipun hanya di ruang tunggu kamar bersalin namun menjadi motivasi bagi partisipan untuk tegar dan kuat melahirkan janin yang telah meninggal supaya proses persalinan dapat berlangsung normal dan lancar. Pada saat proses wawancara berlangsung terlihat kedekatan anak dengan partisipan, anak mendekati dan memeluk partisipan dengan manja, partisipan pun tersenyum menatap anaknya. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

*“..dia sering nemenin saya di pinggir tempat tidur, ditungguin..lagian anaknya pintar, itu juga yang nguatin saya..”(P-4)..anak saya kan tiap hari dateng ya yang besar itu..”(P-6).*

#### 4). Kategori “dukungan dari lingkungan sekitar” :

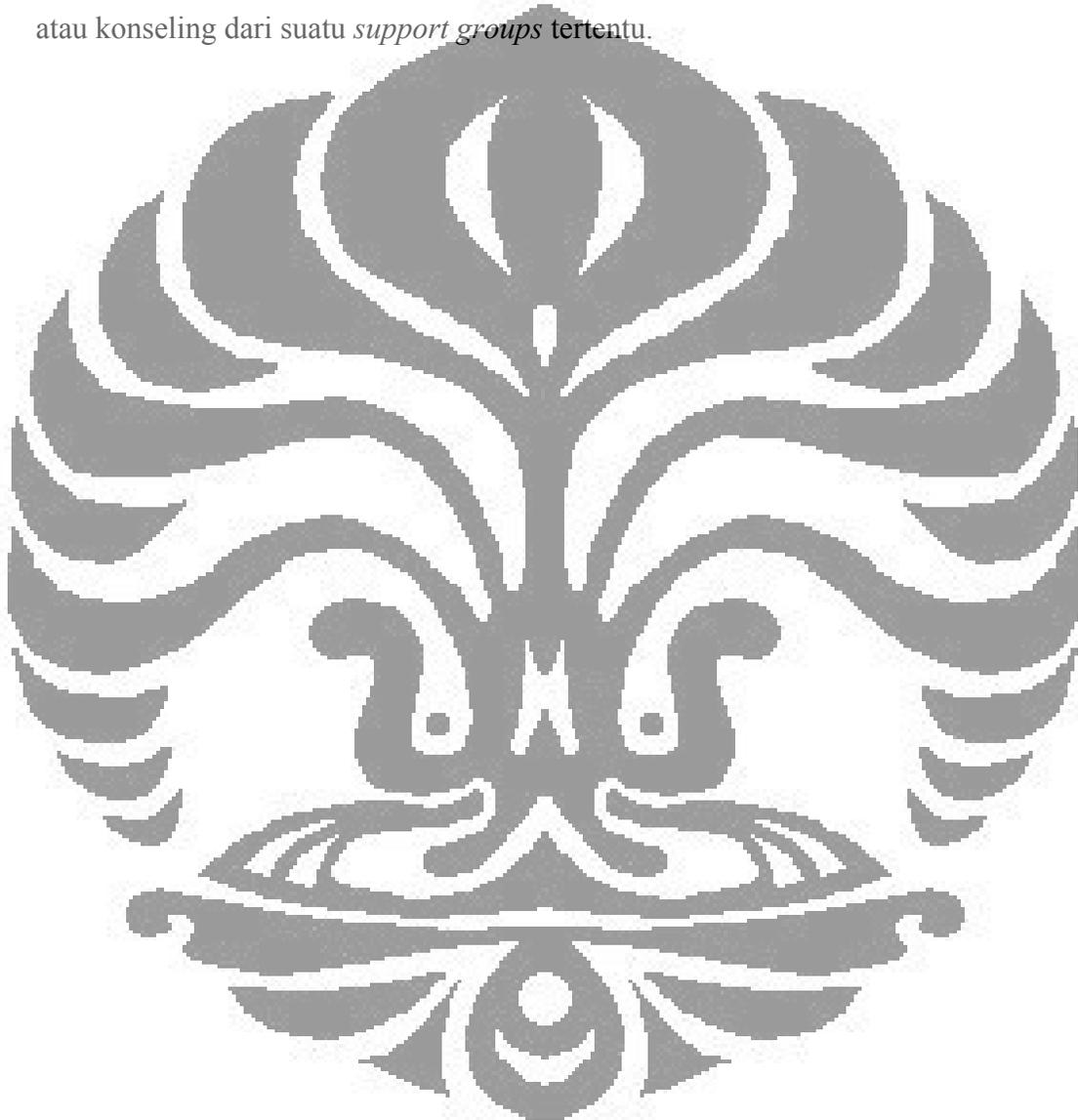
Orang-orang yang ada di sekeliling partisipan juga turut memberikan dukungan yang positif sehingga partisipan menjadi lebih tegar dan terhibur. Satu dari tujuh partisipan menceritakan kedekatannya dengan tetangga yang sudah seperti saudara, hal ini juga berkaitan dengan tempat tinggal partisipan dan tetangga yang sangat berdekatan.

*“..sama tetangga sudah macam saudara aja kami..kalo ada mereka jadi terhibur”(P-1)*  
*“Dari sekolah kakaknya, guru-gurunya juga mensupport supaya tegar,hati saya berkurang sedihnya..”(P-5)* *“..temen juga bilang saya kan masih muda jadi masih banyak kesempatan gitu...”(P-7).*

Dukungan sosial di atas sejalan dengan konsep koping Recker (2007) yang menyatakan bahwa salah satu hal yang mempunyai pengaruh utama dalam pembentukan koping individu dalam menghadapi kehilangan adalah dukungan sosial. Dukungan sosial diartikan sebagai rasa memiliki informasi dan rasa percaya yang diperoleh seseorang berupa cinta, perhatian, nilai dan penghargaan dari orang lain, menjadi sangat bermakna jika diberikan saat seseorang berada dalam kondisi penuh dengan tekanan. Konsep koping ini juga menyatakan bahwa dukungan sosial memiliki tiga kategori yaitu dukungan emosional, dukungan harga diri dan dukungan saling ketergantungan, sedangkan dalam penelitian ini peneliti menemukan empat kategori yang dikelompokkan berdasarkan orang yang memberikan dukungan.

Hasil penelitian Patterson (2000) juga mendukung salah satu kategori yang ditemukan peneliti yaitu kategori dukungan dari lingkungan sekitar. Ibu yang

mengalami peristiwa kegagalan dalam kehamilan memperoleh dukungan dari keluarga dan teman yang selalu siap mendampingi, mendengarkan dengan penuh perhatian semua keluhan ibu yang diiringi tangisan tanpa memberikan vonis dan kritikan sangat membuat mereka merasa nyaman dan tidak membutuhkan bantuan atau konseling dari suatu *support groups* tertentu.

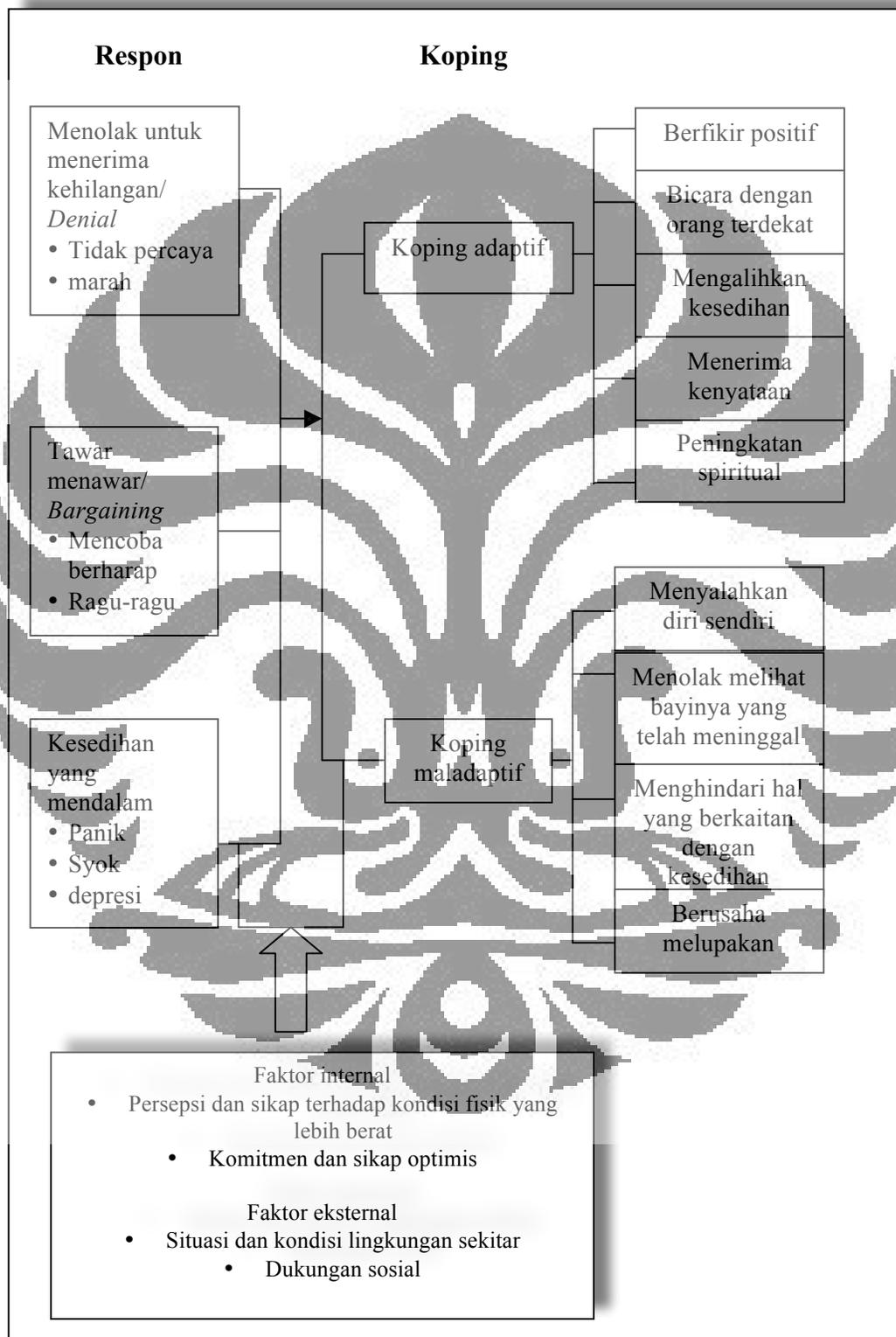


#### **D. Hasil Penelitian *Grounded Theory*; Respon dan Koping Ibu dengan IUFD**

Hasil penelitian ini mengidentifikasi sembilan tema yang diperoleh dalam penelitian terdiri dari menolak untuk menerima kehilangan, tawar menawar, kesedihan yang mendalam, koping adaptif, koping maladaptif, persepsi terhadap kondisi fisik yang lebih berat, situasi dan kondisi lingkungan sekitar, dukungan sosial, komitmen dan sikap optimis. Sembilan tema tersebut berdasarkan tujuan penelitian yang telah ditetapkan sebelumnya, saling dihubungkan untuk membentuk suatu teori tentang respon dan pola koping ibu dengan IUFD. Teori ini mengembangkan dan memperkuat berbagai teori yang sudah ada sebelumnya.

Tiga tema yang terdiri dari menolak untuk menerima kehilangan, tawar menawar, kesedihan yang mendalam dikelompokkan oleh peneliti sebagai tiga bentuk dari respon kehilangan yang ditunjukkan oleh ibu dalam menghadapi peristiwa kehilangan berupa kematian janin atau IUFD yang dialaminya. Dua tema yang terdiri dari koping adaptif dan koping maladaptif dikelompokkan peneliti sebagai dua bentuk mekanisme koping yang telah dilakukan ibu dalam berespon dan menjalani proses berduka. Sedangkan empat tema yang terdiri dari persepsi terhadap kondisi fisik yang lebih berat, komitmen dan sikap optimis, situasi dan kondisi lingkungan sekitar, dukungan sosial dikelompokkan peneliti menjadi satu sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi koping ibu dalam berespon terhadap peristiwa kehilangan yang dialaminya. Untuk lebih jelasnya hasil penelitian ini diuraikan dalam bentuk skema sebagai berikut :

**Skema 4.10 : Hasil Penelitian *Grounded Theory* ; Respon dan Koping Ibu dengan IUFD**



Hasil penelitian *Grounded Theory* mengidentifikasi respon dan koping ibu dengan IUFD. Skema 4.10 menggambarkan bahwa ibu-ibu dengan IUFD dalam menjalani proses berduka karena kematian janinnya, menunjukkan dan mengungkapkan tiga respon berduka yang meliputi menolak untuk menerima kehilangan/*denial* dalam bentuk tidak percaya dan marah-marah kepada tenaga kesehatan yang menyatakan janinnya telah meninggal dan juga tidak percaya pada keakuratan alat pemeriksaan, selain menunjukkan respon *denial* atas kematian janinnya, ibu juga mengadakan tawar-menawar/*bargaining* secara internal yang diungkapkan dengan mencoba tetap berharap janinnya masih hidup, ibu juga masih merasa ragu akan kenyataan kematian janinnya. Respon berupa kesedihan yang mendalam juga dirasakan ibu mulai dari ibu mengetahui denyut jantung janin sudah tidak ada hingga akhirnya ibu melahirkan bayi yang telah meninggal. Kesedihan mendalam yang dirasakan ibu diungkapkan dalam bentuk kepanikan, mengalami syok hingga depresi.

Proses berduka atas peristiwa kehilangan yang dialami ibu karena kematian janinnya, tidak hanya dirasakan ibu dengan berbagai respon kehilangan, namun ibu juga berusaha melakukan berbagai upaya untuk dapat menjalani peristiwa tersebut sehingga respon kehilangan dari proses berduka tidak menjadi berkepanjangan dan bersifat patologis. Upaya yang dilakukan ibu tersebut ditunjukkan dalam dua jenis mekanisme koping, yaitu koping adaptif dan koping maladaptif. Koping adaptif ditunjukkan ibu dengan tetap berfikir positif akan peristiwa yang ia alami, mengajak berbicara orang terdekat terutama suami, berusaha mengalihkan kesedihan yang sedang dirasakan, menerima kenyataan akan kematian janinnya sebagai salah satu

dari takdir hidupnya dan berusaha untuk meningkatkan spiritual termasuk beribadah kepada Tuhan. Mekanisme koping yang maladaptif juga dilakukan ibu yang ditunjukkan dengan sikap dan pernyataan menyalahkan diri sendiri sebagai penyebab kematian janinnya, ibu juga menolak melihat bayinya yang dilahirkannya dan sudah dalam keadaan meninggal, selain itu ibu juga menghindari hal yang berkaitan dengan kesedihan seperti menghindar jika melihat dan mendengar suara tangisan bayi orang lain. Ibu juga selalu berusaha melupakan peristiwa tersebut dengan aktifitas yang membuat ibu semakin tidak bersemangat seperti banyak berbaring di tempat tidur.

Proses berduka yang dialami ibu dengan berbagai respon dan mekanisme koping tersebut dipengaruhi oleh dua faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal berasal dari dalam diri ibu sendiri mencakup persepsi terhadap kondisi fisik yang lebih berat setelah melahirkan atau operasi sesar, serta komitmen dan sikap optimis yang dimiliki ibu, sedangkan faktor eksternal atau faktor diluar diri ibu mencakup situasi dan kondisi lingkungan di sekitar ibu berada dan dukungan sosial yang diperoleh ibu baik dari suami, anak, maupun dari keluarga besar.

## BAB V

### PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan lebih mendalam mengenai hasil penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasinya terhadap pelayanan keperawatan.

#### A. Hasil penelitian *grounded theory* ; respon dan koping ibu dengan IUFD

Penelitian ini menghasilkan suatu konsep mengenai proses berduka ibu dengan IUFD yang mengungkapkan respon, koping dan faktor-faktor yang mempengaruhi ibu dalam berespon dan membentuk koping terhadap peristiwa kehilangan yang dialaminya. Konsep ini mempunyai beberapa kesamaan dan juga perbedaan dengan berbagai konsep dan hasil penelitian sebelumnya berkaitan dengan peristiwa kehilangan dan proses berduka.

Penelitian ini menunjukkan bahwa ibu yang menjalani proses berduka karena peristiwa IUFD yang dialaminya, akan berespon dalam bentuk penolakan untuk menerima kehilangan/*denial* atas kematian janinnya, mengadakan tawar-menawar/*bargaining* secara internal serta merasakan kesedihan yang mendalam. Ketiga respon yang diperoleh oleh peneliti ini serupa dengan tiga dari lima respon dalam konsep berduka menurut Martocchio (1985, dalam Kozier, et al. 2004), yaitu

pertama, shock dan tidak percaya, ditunjukkan dengan perasaan bersalah dan sedih, ketidakpercayaan atau penolakan terhadap kehilangan. Kedua, protes, dengan perilaku marah yang ditujukan pada almarhum, pada Tuhan, pada orang-orang di sekitar almarhum yang masih hidup atau pada petugas kesehatan. Ketiga, kesedihan yang mendalam, putus asa dan kekecewaan, dengan perilaku mulai depresi, menangis hingga mengalami syok, kehilangan motivasi tentang masa depan, panik dan tidak mampu membuat keputusan.

Respon dari kedua tahap berikutnya menurut Martocchio (1985, dalam Kozier, et al. 2004) adalah kehilangan identitas selama berduka dan reorganisasi atau restitusi, belum ditemukan oleh peneliti pada ibu dengan IUFD. Respon berupa kehilangan identitas tersebut ditunjukkan dengan sikap individu yang berduka meniru perilaku, kebiasaan dan ambisi dari almarhum, kadang mereka juga merasakan tanda dan gejala yang sama dengan penyakit almarhum, sedangkan dalam penelitian ini ibu mengalami kehilangan karena kematian janinnya, sehingga ibu belum sempat menjalani kehidupan bersama almarhum. Begitu pula dengan respon reorganisasi atau restitusi dimana individu meskipun berbeda waktu pencapaiannya pada umumnya dapat meraih stabilitas dan reintegrasi dalam waktu yang cukup lama dari satu hingga beberapa tahun, sehingga untuk mempelajari dan kemungkinan memperoleh respon tersebut membutuhkan waktu penelitian yang lebih lama.

Ketiga respon kehilangan yang diperoleh peneliti juga ditemukan dalam konsep berduka Kubler-Ross (1969, dalam Kozier, et al. 2004) yang membagi respon

kehilangan menjadi lima tahapan, yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depresi* dan *acceptance*, namun terdapat sedikit perbedaan diantara keduanya.

Kubler-Ross (1969, dalam Kozier, et al. 2004) memasukkan respon *anger* dan *depresi* sebagai suatu tahap tersendiri dalam proses berduka, *anger* ditunjukkan sebagai reaksi kemarahan dari individu atau keluarga kepada orang-orang di sekitarnya, kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka, biasanya dimulai sejak 2 hari setelah peristiwa kehilangan hingga minggu-minggu pertama. Sedangkan dalam penelitian ini, peneliti tidak mengelompokkan respon yang dialami ibu berdasarkan tahap berlangsungnya respon tersebut namun peneliti memaparkan apa adanya segala hal yang diungkapkan dan ditunjukkan melalui perilaku partisipan, seperti perilaku marah yang merupakan salah satu bentuk dari respon *denial* karena perilaku tersebut diungkapkan ibu sebagai bentuk ketidakpercayaannya akan hasil pemeriksaan terhadap janinnya dan keakuratan alat periksa yang digunakan.

Hasil yang diperoleh peneliti berupa respon *denial* dalam bentuk tidak percaya serupa dengan hasil penelitian Peterson (2004) tentang mata rantai berduka sebagai dampak dari kematian perinatal dimana salah satu dari makna kehilangan bagi ibu adalah ibu seperti kehilangan salah satu bagian dari tubuhnya, bahkan hidupnya sehingga hal tersebut menjadi suatu pengalaman pahit yang sangat sulit untuk dipercaya.

Hal yang sama juga ditemukan dalam penelitian yang dilakukan oleh Pedersen, Susan dan Theut (2004) tentang kesedihan orang tua dan kematian perinatal, dimana salah satu tema yang didapatkan adalah respon protes kepada tenaga kesehatan akan hasil pemeriksaan yang menyatakan bahwa janin mereka telah meninggal. Respon protes disampaikan orang tua disertai ungkapan ketidakpercayaan. Orang tua juga menyalahkan alat pemeriksaan yang digunakan, mereka menganggap telah terjadi kerusakan alat sehingga hasil pemeriksaan tidak bisa dipercaya begitu saja.

Peneliti juga menemukan respon *denial* yang diungkapkan dalam bentuk kemarahan ditujukan kepada orang-orang yang ada di sekitarnya terutama kepada tenaga kesehatan yang menyampaikan kenyataan sesungguhnya tentang kematian janinnya.

Hasil yang sama juga diperoleh dalam penelitian kualitatif oleh Buralli, Santos dan Rosenberg (2004) tentang pengalaman ibu dengan riwayat kematian janin menunjukkan bagaimana respon ibu saat dokter menyatakan bahwa janinnya sudah meninggal, ibu menanggapi dengan kemarahan disertai kritikan kepada dokter tersebut dikarenakan ibu menganggap cara penyampaian dokter yang kurang berempati, ibu juga mempersalahkan tidak *prenatal care* selama kehamilan yang kurang bisa mendeteksi masalah pada janinnya. Ibu menyampaikan kemarahannya disertai dengan tangisan dan air mata.

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan respon kehilangan tersebut pada dasarnya menunjukkan hasil yang sama dengan yang ditemukan oleh peneliti yaitu respon *denial* dalam bentuk rasa tidak percaya dan kemarahan. Kesamaan hasil ini dapat

terjadi dikarenakan respon tersebut merupakan hal yang alamiah terjadi dalam proses berduka terutama pada periode awal dari kehilangan, dimana janin yang selama ini ada dalam kandungan ibu dan sangat diharapkan kelahirannya tiba-tiba dinyatakan telah tiada sebelum sempat dilahirkan, terlebih lagi jika peristiwa IUFD terjadi pada saat waktu telah mendekati perkiraan persalinan. Pada penelitian ini, empat dari tujuh partisipan mengalami peristiwa IUFD ketika usia kehamilan telah mencapai 36 minggu.

Uraian di atas dipertegas oleh pendapat Kavanough (2000) yang menyatakan bahwa ibu telah menganggap janinnya sebagai bagian yang paling dekat dari dirinya sendiri sehingga menjadi sesuatu hal yang sangat sulit pada awal waktu dari periode kehilangan untuk langsung mempercayai atau meyakini bahwa janin tersebut telah meninggal.

Respon depresi menurut Kubler-Ross (1969, dalam Kozier, et al. 2004) berada dalam tahap keempat dari proses berduka, ditunjukkan dengan perilaku sedih terhadap apa yang telah berlalu, mengingat masa lalu berkaitan dengan almarhum, belum mampu menerima orang baru untuk dicintai sebagai ganti orang yang meninggal, tidak banyak berbicara atau menarik diri, berlangsung mulai dari minggu ketiga dan lamanya tergantung kemampuan individu dalam menggunakan strategi koping. Sedangkan peneliti menemukan depresi sebagai bentuk dari kesedihan yang sangat mendalam, namun diungkapkan dengan perilaku yang berbeda yaitu sering menangis,

histeris, susah tidur, tidak nafsu makan bahkan ada yang mengatakan bahwa saat itu hampir seperti mau gila.

Temuan peneliti serupa dengan hasil penelitian Buralli, Santos dan Rosenberg (2004) tentang pengalaman ibu dengan riwayat kematian janin menunjukkan bahwa saat ibu menyadari telah kehilangan bayinya, ibu merasakan berbagai hal yang diungkapkan baik secara verbal maupun nonverbal berupa frustrasi, kecewa, sedih disertai deraian air mata hingga timbul keinginan untuk mati.

Pendapat Austin dan Wheeler (2000) juga memperkuat temuan peneliti, dengan menyatakan depresi aktif atau *exogenous* sebagai salah satu dari *Normal grief reaction* atau reaksi normal atas kehilangan, depresi ini berasal dari faktor luar, biasanya sebagai respon dari kehilangan sesuatu atau seseorang seperti meninggalnya seseorang yang dikasihi dan dicintai. Kehilangan seseorang yang dicintai akibat kematian pada umumnya menimbulkan rasa kecewa. Kekecewaan yang mendalam dan semakin terbenam dalam benak sangat berisiko menimbulkan depresi. Depresi dapat didefinisikan sebagai penyertaan komponen psikologis dan komponen somatik. Komponen psikologis antara lain rasa sedih, rasa tak berguna, kecewa, gagal, tidak ada harapan, putus asa dan penyesalan. Sedangkan komponen somatik meliputi anoreksia, sulit tidur, konstipasi, perlambatan gerak dan fungsi tubuh.

Pernyataan mengenai reaksi normal atas kehilangan diatas juga menegaskan kesamaan yang ditemukan antara hasil penelitian sebelumnya dengan hasil yang

diperoleh oleh peneliti, kematian janin berarti kehilangan calon bayi yang sangat diharapkan kehadirannya sama artinya dengan seseorang yang sangat diharapkan dan dicintai, terlebih lagi empat dari tujuh partisipan dalam penelitian ini dan lima dari tujuh partisipan dalam penelitian Buralli, Santos dan Rosenberg (2004), mengalami IUFD pada kehamilan pertama yang memang sangat diharapkan oleh ibu dan keluarga, sehingga respon kesedihan yang mendalam termasuk depresi merupakan sesuatu yang alamiah terjadi. Selain itu meskipun penelitian yang dilakukan Buralli, Santos dan Rosenberg (2004) menggunakan metodologi yang berbeda dengan peneliti yaitu studi fenomenologi, namun keduanya mempunyai kriteria utama partisipan yang sama yaitu ibu dengan riwayat IUFD baik yang sedang atau pernah dirawat di rumah sakit.

Hasil penelitian juga menunjukkan respon *bargaining* yang terlihat dari reaksi ibu untuk tetap mencoba berharap dan masih merasa ragu dengan semua peristiwa yang dialaminya. Bentuk perilaku tersebut tidak berbeda dengan respon *bargaining* dalam konsep Kubler-Ross, meskipun menurutnya respon tersebut berada dalam tahap ketiga dari proses berduka dan berlangsung mulai dari minggu pertama hingga minggu ketiga.

Bentuk perilaku mencoba berharap yang diperoleh dari hasil penelitian serupa dengan hasil penelitian Douglas (2005) tentang pengalaman lima ibu dengan bayi lahir mati. Ibu memasuki fase berduka *freshness of grief*, yaitu saat ibu mengetahui hasil pemeriksaan mengenai kematian janinnya lalu menunggu saat kelahirannya, ibu

menunjukkan respon pasrah dengan proses kelahiran yang akan dijalannya namun tetap berharap yang disertai ketidakpastian. Ibu berharap setelah nanti bayinya dilahirkan, akan ada kemungkinan pernyataan kehilangan sebelumnya dapat terbukti sebagai dugaan dari kesalahan medis saja.

Respon *bargaining* yang ditunjukkan dalam penelitian ini, selain mencoba berharap, ibu juga merasakan keraguan-raguan akan kehilangan yang telah dialaminya. Respon ini didukung oleh hasil penelitian Badenhorst (2006) tentang dampak psikologis *perinatal loss* bagi ayah. Partisipan menceritakan respon *bargaining* yang dialami pasangannya baik yang mengalami aborsi ataupun kematian janin berupa kecemasan, kebingungan antara menyalahkan diri sendiri dan dengan keyakinan masih adanya kehidupan pada janinnya.

Konsep yang ditemukan peneliti selain menggambarkan tentang respon ibu terhadap peristiwa IUFD yang dialaminya, peneliti juga menemukan berbagai tindakan yang dilakukan ibu sebagai upaya untuk menjalani berbagai respon dan menghadapi masalah dalam proses berduka, tindakan tersebut dikelompokkan peneliti dalam bentuk mekanisme koping adaptif dan maladaptif.

Pengelompokkan mekanisme koping tersebut jika dibandingkan dengan konsep koping menurut Menurut Lazarus (2000) yang membagi jenis koping menjadi dua, yaitu; 1). Koping yang berfokus pada masalah dengan perilaku menghindari, menyalahkan diri sendiri, mengatur atau mengusir emosi yang disebabkan oleh

stresor 2). Koping yang berfokus pada emosi dengan perilaku yang ditunjukkan berupa upaya mengontrol situasi yang tidak menyenangkan, memecahkan permasalahan serta mencari bantuan, maka mekanisme koping adaptif termasuk dalam jenis koping yang berfokus pada masalah sedangkan mekanisme koping maladaptif termasuk dalam jenis koping yang berfokus pada emosi.

Hasil penelitian mengenai mekanisme koping adaptif juga ditemukan dalam penelitian Liamputtong dan Abboud (2005) tentang strategi ibu menghadapi kegagalan dalam kehamilan menunjukkan bahwa ibu berusaha untuk dapat melupakan kesedihan yang dirasakannya dengan bekerja, mengasuh anak yang sudah ada, merencanakan kehamilan yang akan datang, dengan berbagai kegiatan tersebut partisipan merasa terhibur dan dapat mengalihkan perhatian dan pikiran mereka terhadap hal-hal yang mengingatkan mereka akan peristiwa kehilangan yang mereka alami.

Penelitian Van (2001) tentang upaya mengatasi kesedihan atas peristiwa *pregnancy loss*, juga mendukung hasil yang diperoleh peneliti mengenai mekanisme koping adaptif, yaitu berbicara dengan orang terdekat. Salah seorang partisipan menyatakan sangat merasa lebih tenang ketika sudah bertemu dengan teman dekatnya dan bercerita tentang seluruh perasaannya berkaitan dengan peristiwa kehilangan yang dihadapinya terlebih lagi saat teman dekat tersebut dapat berempati sembari membawakan seikat bunga mawar yang indah untuk partisipan.

Upaya ibu untuk mengatasi kesedihan dengan meningkatkan spiritual yang ditemukan oleh peneliti juga senada dengan hasil penelitian Buralli, Rosenburg dan Santos (2004) yang menemukan kegiatan berkaitan dengan spiritual partisipan sebagai bentuk upaya partisipan mengatasi kesedihannya dan memperkuat dirinya yaitu dengan peningkatan kegiatan gereja, partisipan merasa tenang jika telah melakukan pendekatan diri pada Tuhan, terlebih setelah bertemu dengan bapak pendeta yang selalu mengingatkan untuk pasrah dan tabah dalam menghadapi takdir yang diputuskan Tuhan untuknya.

Hasil penelitian yang diperoleh peneliti mengenai mekanisme koping maladaptif didukung oleh penelitian Brown dan Patterson (2000) tentang pengalaman ibu dengan kegagalan dalam kehamilan menunjukkan beberapa ibu terus menerus menyalahkan dirinya atas peristiwa aborsi dan kematian janin yang dialaminya. Ibu merasa tidak bisa menjaga janin yang ada dalam kandungannya, sehingga ibu menganggap dirinya sendiri sebagai penyebab dari kematian janinnya. Koping maladaptif juga berlanjut setelah ibu pulang dari rumah sakit, ketika ibu pulang ke rumah dan menemukan hal-hal yang berkaitan dengan calon bayinya atau barang-barang yang telah disiapkan untuk bayinya, ibu menunjukkan respon marah, menghindar dan membuang semua barang-barang tersebut.

Upaya-upaya yang telah dilakukan ibu dalam bentuk koping adaptif dan maladaptif yang ditemukan oleh peneliti tersebut dan beberapa penelitian sebelumnya pada dasarnya menunjukkan berbagai bentuk perilaku yang serupa. Hal ini sesuai dengan

berbagai konsep koping yang menyatakan bahwa setiap individu akan melakukan usaha pertahanan diri dari setiap stres dan tekanan hidup dalam hal ini adalah peristiwa kehilangan, sehingga keduanya seperti suatu proses aksi reaksi dimana ketika ada stressor atau masalah menyerang maka akan ada mekanisme koping, meskipun demikian usaha tersebut tidak selalu berupa reaksi menyelesaikan masalah namun juga meliputi usaha menghindari, mentoleransi, meminimalkan atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut.

Konsep yang ditemukan peneliti selain menggambarkan respon dan koping ibu dengan IUFD, peneliti juga menggambarkan faktor yang mempengaruhi respon dan koping tersebut berupa faktor internal dan eksternal. Ada dua faktor internal yang mempengaruhi respon ibu dan koping dalam berduka atas kematian janinnya salah satunya adalah persepsi ibu terhadap kondisi fisik yang lebih berat. Ibu postpartum dalam penelitian ini mengalami perubahan fisik sebagai akibat dari proses persalinan baik pervaginam maupun operasi sesar, perubahan tersebut menyebabkan kondisi fisik yang berat bagi ibu seperti rasa nyeri di area postoperasi, pembengkakan payudara sehingga persepsi ibu terhadap hal tersebut sangat mempengaruhi respon ibu dalam menjalani proses berduka.

Hasil penelitian Danis, Hirshberg dan Zaenah (2005) menunjukkan hasil yang serupa dimana ibu dengan bayi lahir mati yang melakukan persalinan pervaginam menyatakan bahwa kesedihan yang mereka rasakan semakin bertambah ketika

mereka mengalami kelelahan postpartum, terutama pada ibu yang mengalami *afterpains*.

Komitmen dan sikap optimis yang ditunjukkan ibu dalam penelitian ini juga menjadi faktor internal yang dapat memperkuat kemampuan mekanisme koping. Komitmen untuk menjaga kehamilan dan menjaga anak yang sudah ada sesuai dengan hasil penelitian yang diperoleh oleh Douglas (2005) tentang pengalaman ibu dengan bayi lahir mati dimana ketika ibu ditanya tentang rencana kedepan, ibu mengungkapkan akan segera kembali konsentrasi bekerja dan merencanakan untuk hamil kembali dan akan berusaha sebaik mungkin untuk menjaga kehamilan tersebut.

Sikap optimis juga didukung oleh hasil penelitian Van (2001) tentang ibu yang mengalami *pregnancy loss* menunjukkan bahwa setelah ibu mengalami peristiwa tersebut ibu tetap berharap dapat menjalani hidup kedepan dengan lebih baik dan juga berharap agar dapat hamil kembali, ibu juga sudah merencanakan perawatan kehamilan yang terbaik untuk kehamilan selanjutnya agar ibu tidak mengalami peristiwa yang sama di masa lalu yang menyebabkan peristiwa kehilangan.

Faktor eksternal juga mempengaruhi respon dan koping ibu dengan IUFD salah satunya adalah dukungan sosial yang diperoleh ibu baik dari suami, anak, orang tua dan keluarga besar merupakan sumber kekuatan bagi ibu dalam membentuk koping yang adaptif untuk menghadapi peristiwa kehilangan yang dialaminya.

Hasil penelitian Liamputtong dan Abboud (2005) mendukung hasil yang diperoleh peneliti dimana beberapa ibu menyatakan bahwa dukungan suami merupakan hal utama yang memperkuat koping ibu sehingga ibu dapat merubah persepsi negatifnya terhadap peristiwa kehilangan. Suami mengingatkan ibu untuk tetap tegar dan tidak menganggap peristiwa kehilangan sebagai suatu hal yang kritis dan akhir dari segalanya karena ibu masih mempunyai banyak kesempatan untuk hamil kembali.

Hasil serupa diperoleh dalam penelitian Kavanaugh (2000) tentang ibu dengan pengalaman bayi lahir mati dimana *social support* selain suami dan orang tua, saudara-saudara juga sangat memberikan dukungan pada ibu untuk dapat melupakan kesedihan dan menjalani kehidupan seperti semula lagi. Saudara-saudara mengajak ibu melakukan berbagai aktifitas yang berkaitan dengan hobi ibu seperti bertamasya, memasak makanan, dan berbelanja sehingga membantu ibu untuk dapat melupakan peristiwa kehilangan.

Situasi dan kondisi lingkungan yang berada disekitar ibu juga mempengaruhi respon dan koping dalam menjalani proses berduka. Baik saat ibu masih dirawat di rumah sakit maupun setelah ibu pulang ke rumah. Pernyataan Liamputtong dan Abboud (2005) memperkuat hasil penelitian yang diperoleh, dimana lingkungan komunitas tempat ibu berada dapat mengingatkan ibu pada peristiwa kehilangan yang dialaminya. Ketika ibu berada dalam lingkungan yang kurang memberikan dukungan dan terkesan menyalahkan ibu atas peristiwa kehilangan yang dialaminya maka hal

tersebut dapat menambah beban pikiran dan perasaan ibu dalam menjalani proses berduka.

Penelitian Jhon dan Engler (2000) tentang pengalaman berduka ibu dengan *newborn die* menunjukkan hasil yang serupa dimana sumber stressor bagi ibu dalam menjalani proses berduka salah satunya berasal dari lingkungan rumah sakit, yaitu sikap kurang empati petugas kesehatan di rumah sakit terutama dokter dan perawat yang menambah rasa kesedihan ibu terhadap kematian anaknya. Peneliti juga mengidentifikasi situasi lingkungan rumah sakit sebagai salah satu kondisi yang memperberat perasaan partisipan, bersumber dari keberadaan dan suara-suara tangisan bayi yang baru dilahirkan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi respon dan koping ibu baik yang bersifat internal maupun eksternal yang telah diidentifikasi oleh peneliti, memperoleh hasil yang sama dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Hal ini sesuai dengan konsep Recker (2007) yang menyatakan bahwa individu dalam menghadapi masalah dalam hidupnya terutama yang berkaitan dengan status kesehatan sangat dipengaruhi oleh lingkungan yang ada disekitarnya, dimana semua unsur yang ada dalam lingkungan tersebut seperti orang-orang yang berada dalam satu komunitas tertentu akan turut menentukan dalam meningkatkan atau menurunkan derajat dan status kesehatan.

Konsep Reed (2003) juga mendukung hasil penelitian yang menyatakan bahwa perasaan berduka sebagai respon terhadap kehilangan dipengaruhi oleh banyak faktor,

terdiri dari hubungan antara orang yang berduka dengan obyek yang hilang, sifat alami dari kehilangan, dan kehadiran sistem pendukung (*support system*). Faktor-faktor lain memiliki efek yang kuat pada perasaan berduka adalah pengalaman individu sebelumnya dengan perasaan kehilangan, kepercayaan spiritual, nilai-nilai, status fisik, sosial budaya, dan yang lainnya.

## B. Keterbatasan penelitian

### 1. Peneliti sebagai alat penelitian

Peneliti masih belum berpengalaman dalam melakukan wawancara dan menjalin *trust*, terutama saat wawancara kedua pada partisipan yang masih sangat berduka, belum bisa mengontrol perasaannya dan baru empat hari mengalami peristiwa IUDF sehingga akhirnya proses wawancara gagal dilanjutkan. Selain belum berpengalaman, kondisi peneliti saat pengambilan data sedang hamil diatas 36 minggu sehingga peneliti terkadang terpengaruh secara psikologis, menjadi kurang nyaman di saat periode awal wawancara karena khawatir akan perasaan partisipan yang mengetahui kondisi peneliti.

### 2. Sampel penelitian

Kriteria partisipan dalam penelitian ini tidak dibatasi oleh waktu terjadinya IUDF ada dua orang partisipan yang mengalami IUDF setahun yang lalu, satu orang partisipan mengalaminya empat bulan yang lalu, sehingga ketiga partisipan juga sudah sempat hamil kembali.

### C. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan

Tujuan asuhan keperawatan pada ibu dengan IUFD adalah ibu dapat menjalani proses berduka secara normal, tidak berkepanjangan atau bersifat patologis. Asuhan keperawatan dititikberatkan pada penerimaan dan pemahaman perawat akan proses berduka yang dialami ibu sebagai suatu periode krisis dari peristiwa kehilangan yang sulit bagi ibu dan bersifat individual.

Peneliti telah mengembangkan sebuah konsep mengenai respon dan koping ibu dengan IUFD. Hasil penelitian menunjukkan ibu dengan IUFD akan berespon terhadap peristiwa kehilangan yang dialaminya melalui ungkapan dan perilaku denial, bargaining dan kesedihan mendalam. Ibu juga melakukan berbagai upaya berupa koping yang bersifat adaptif dan maladaptif dalam menjalani proses berduka. Beberapa faktor internal dan eksternal juga mempengaruhi ibu dalam berespon dan membentuk koping terhadap peristiwa kehilangan yang sedang dialaminya. Hasil penelitian ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan khususnya perawat mengenai hal-hal yang dialami dan dirasakan oleh ibu yang sedang berduka karena peristiwa IUFD terutama yang berkaitan dengan respon dan koping ibu serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Temuan ini juga mendukung konsep-konsep sebelumnya yang berkaitan dengan proses berduka dan kehilangan.

Perawat dapat menjadikan konsep yang telah dikembangkan dalam penelitian ini sebagai salah satu dasar dan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu

dengan IUFD. Pemahaman perawat terhadap berbagai respon yang berbeda dari setiap ibu dan kemampuan menggali sumber-sumber kekuatan yang dimiliki ibu untuk membantu pembentukan coping yang adaptif, dapat menjadikan asuhan keperawatan yang diberikan lebih berkualitas dan sesuai dengan yang dibutuhkan ibu.

Beberapa rumah sakit di Indonesia, meskipun telah menyediakan ruangan rawat inap tersendiri bagi sekelompok ibu yang mengalami peristiwa kehilangan seperti ibu dengan aborsi, IUFD dan bayi lahir mati dimana ruangan tersebut tidak bergabung menjadi satu dengan ibu postpartum lain dan bayinya, namun belum ada institusi yang memiliki standar prosedur perawatan khusus bagi ibu yang mengalami kehilangan terutama berkaitan dengan aspek psikososial seperti pemberian konseling yang dapat memfasilitasi proses berduka yang sedang dijalani oleh ibu.

Standar prosedur perawatan bagi ibu yang mengalami peristiwa kehilangan karena kegagalan dalam kehamilan atau persalinan dapat dirancang berdasarkan *literature review* termasuk dari hasil-hasil penelitian sehingga dapat menghasilkan asuhan keperawatan berkualitas yang dapat berkontribusi terhadap mutu pelayanan kesehatan.

## BAB VI

### SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini merupakan bab penutup yang menggambarkan tentang kesimpulan atas jawaban dari pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dan rekomendasi dari peneliti terhadap hasil penelitian yang telah dilakukan.

#### A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab IV dan V dapat disimpulkan tentang berbagai respon dan coping ibu dengan IUFD beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Tiga bentuk respon ditunjukkan oleh ibu dalam menjalani proses berduka yaitu menolak untuk menerima kehilangan, tawar menawar dan kesedihan yang mendalam.

Ibu melakukan berbagai upaya dalam bentuk coping yang adaptif yaitu berfikir positif, berusaha melupakan, bicara dengan orang terdekat, mengalihkan kesedihan, menerima kenyataan dan peningkatan spiritual. Namun ibu juga melakukan coping yang bersifat maladaptif yaitu menyalahkan diri sendiri, menolak melihat bayi dan menghindari hal-hal yang berkaitan dengan kesedihan.

Ibu dengan IUFD dalam berespon dan membentuk koping terhadap peristiwa kehilangan dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal tersebut terdiri dari persepsi dan sikap terhadap kondisi fisik yang lebih berat dan komitmen dan sikap optimis. Sedangkan faktor eksternal terdiri dari dukungan sosial dan situasi dan kondisi lingkungan sekitar.

## B. Saran

Berdasarkan simpulan diatas, peneliti memberikan beberapa saran baik bagi instansi rumah sakit dan praktek pelayanan keperawatan maupun untuk pengembangan penelitian keperawatan.

1. Bagi instansi rumah sakit dan praktek pelayanan keperawatan
  - a. Rumah sakit perlu membuat suatu kebijakan mengenai manajemen ruangan rawat inap yang berkaitan dengan proses berduka ibu dengan IUFD, ibu dengan IUFD sebaiknya tidak ditempatkan bersama dengan ibu postpartum lainnya namun dengan tetap terlebih dahulu mengkaji keinginan dan kebutuhan ibu dengan IUFD tersebut.
  - b. Perawat maternitas dapat memberikan dukungan dan memberikan asuhan dengan penuh pengertian akan respon kehilangan yang dialami ibu dalam proses berduka sangat bervariasi dan individual dan dengan waktu yang juga berbeda-beda. Perawat juga dapat memfasilitasi ibu dan keluarga dalam menggunakan sumber-sumber kekuatan baik internal atau eksternal untuk membentuk koping yang adaptif .

2. Bagi pengembangan penelitian selanjutnya

- a. Peneliti selanjutnya yang akan melakukan penelitian sejenis sebaiknya terlebih dahulu melakukan latihan yang maksimal dalam hal wawancara dan peneliti juga perlu menyediakan waktu untuk menjalin *trust* kepada calon partisipan sehingga dapat memudahkan dalam pengambilan data.
- b. Uji validitas alat penelitian sebaiknya dilakukan berulang kali sekaligus melatih peneliti dalam melakukan wawancara dan melibatkan ahli lain diluar keperawatan maternitas yang terkait dengan penelitian seperti bidang jiwa atau psikiatrik.
- c. Perlu dilakukan penelitian serupa dengan membatasi waktu terjadinya IUFD pada kriteria partisipan dan juga perlu digunakan metode penelitian lainnya sehingga dapat memperoleh hasil penelitian berupa konsep dan teori baru.
- d. Perlu diteliti perbedaan respon ibu dengan IUFD antara ibu primigravida dengan ibu multigravida.
- e. Perlu diteliti perbedaan respon ibu dengan IUFD antara ibu yang masih dirawat di rumah sakit dengan ibu yang sudah pulang kerumahnya.
- f. Perlu diteliti pengalaman perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada ibu dengan IUFD.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anandarajah. (2001). Spiritual and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment, [http:// www.Aafp.org/afp/20010101/81.html](http://www.Aafp.org/afp/20010101/81.html), diperoleh 29 Januari 2007
- Aquino, M. M., Cecatti, J. G., & Neto, C. M. (2008). Risk factors associated to fetal death. *Sao Paulo Med. J*, 11(6), 101-103.
- Austin, J & Wheeler, S., R. (2000). A tool for measuring adolescent grief responses. *Death Studies*, 24(1), 21.
- Badenhorst, W. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on father: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27 (4), 245.
- Beaman-Dodd, C., Fung, T., Ney, P. G., & Wickett, A. R. (2004). The effects of pregnancy loss on women's health. *Social Science and Medicine*, 38 (9), 1193-1200.
- Bobak, L. M., Lowdermilk, D. L., & Jensen, M. D. (2005). (Alih Bahasa \* Wijayarini, M. A.), buku ajar keperawatan maternitas. Edisi 4, Jakarta: EGC.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: Investigating health and health services*. 2<sup>nd</sup> Edition. Buckingham: Open University Press.
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *BIRTH*, 31(2), 138-144.
- Brooten, D., Gennaro, S., & Kumar, S. (2000). Stress and health outcomes among mothers of low birth weight infants. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 97-113.
- Brown dalam Patterson, P. (2000). Living with grief after pregnancy loss: Perspectives of African American Women. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4), 180.
- Buralli, Santos & Rosenburg. (2004). Histories of fetal losses told by women: research qualitative study. *Rev Saude Publica*, 38(2), 1-8.

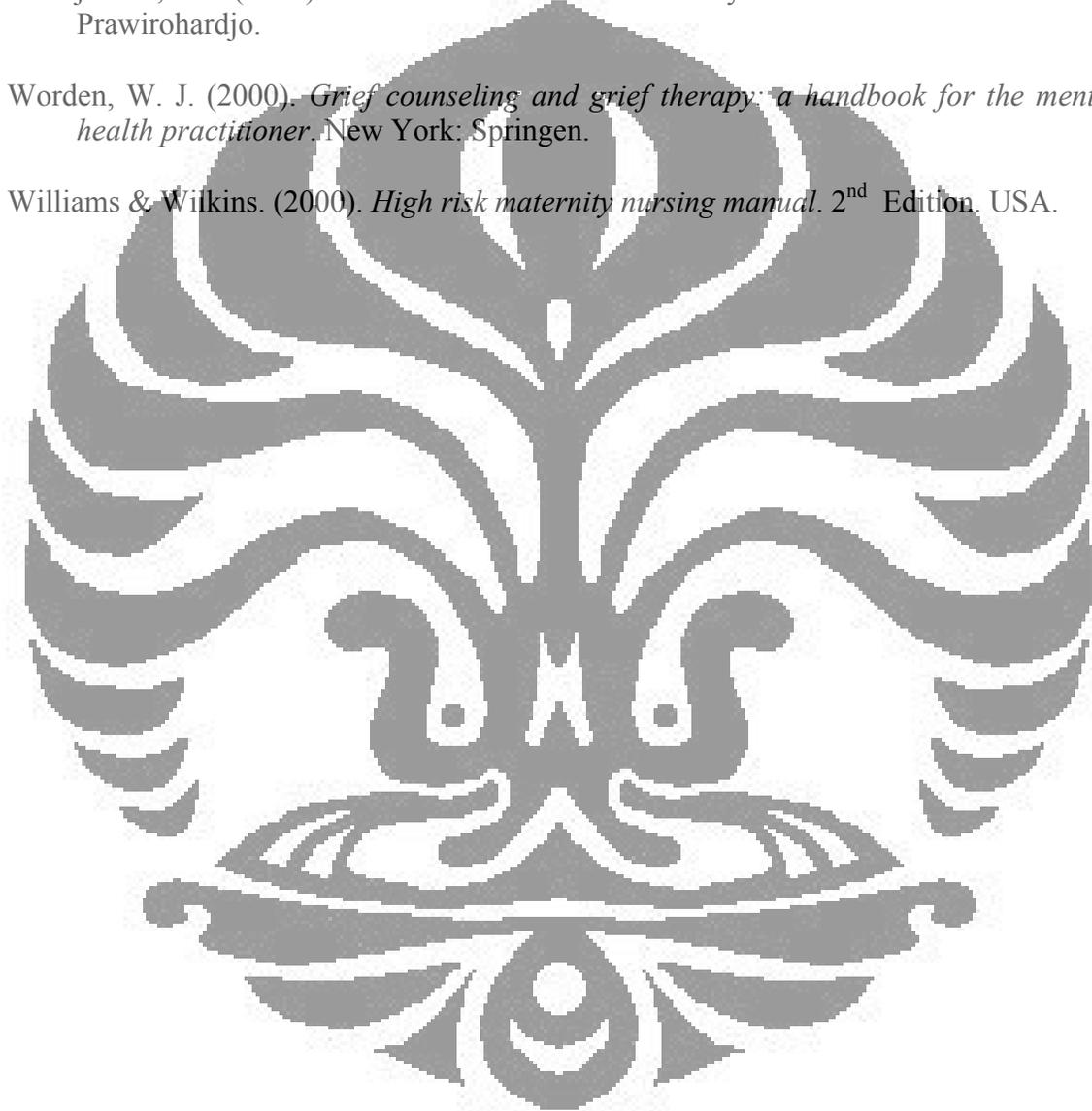
- Corbin, J., & Strauss, A. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cowles, K., & Rodgers, B. (2000). *The concept of grief: An evolutionary perspective*. 2<sup>nd</sup> Edition. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Cowles, K., & Rodgers, B. (2001). The concept of grief: A foundation for nursing research and practice. *Research in Nursing and Health*, 14, 119-127.
- Creswell, J. W. (1998). *Research design: Quantitative and qualitative approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Danis, B., Dietz, L., Hirshberg, L., & Zaenah, C. H. (2005). Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 16(2), 80-93.
- Dempsey, P. A., & Dempsey, A. D. (2000). *Using nursing research process, critical evaluation, and utilization*. 5<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *Strategies of qualitative inquiry*. 2<sup>nd</sup> Edition. Thousands Oaks, California: Sage Publication, Inc.
- Departemen Kesehatan RI. (2003). Profil kesehatan reproduksi Indonesia. Jakarta: Depkes RI.
- Douglas, C. A. (2005). Traversing the spirals: Five mothers' experience of stillbirth. *Death Studies*, 24(1), 21
- Dyer, K. A. (2001). Dealing with Death & Dying in Medical Education and Practice. [http://www.journeyofhearts.org/jofh/kirstimd/AMSA/cross\\_cult.htm](http://www.journeyofhearts.org/jofh/kirstimd/AMSA/cross_cult.htm), diperoleh tanggal 3 Januari 2008.
- Engler. (2000). Grief, physical symptoms and decision making in mother of newborns who die. *Journal of advanced nursing*, 49(5), 637-539.
- Estes M. Z. (2002). *Health Assessment & Physical Examination*. 2<sup>nd</sup> Edition. USA: Delmar Thomson Learning.
- Falvo, N. C. (2000). A grounded theory study of maternal grief. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 130-135.
- Farrer, H. (2001). (Alih Bahasa \* Hartono, A.), perawatan maternitas. Edisi 2, Jakarta: EGC.
- Fox, R. (2001). When a fetus a dead baby? [Editorial]. *The lancet*, 337, 526.

- Gilbert & Harmon. (2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. 3<sup>rd</sup> Edition. St Louis: Mosby Inc.
- Gorrie, M. T., Mc Kinney, S. E., & Murray, S. S. (2003). *Foundation maternal-newborn nursing*. 2<sup>nd</sup> Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Hamilton, P. M. (2000). (Alih Bahasa \*Asih, G. Y.), *Dasar-dasar keperawatan maternitas*. Edisi 7. Jakarta: EGC.
- Harjanto. (2002). Janin hadapi risiko mortalitas lebih besar. <http://pdpersi.co.id>. Diambil pada tanggal 15 januari 2008.
- Harr, B. D., & Thistlethwaite, J. E. (2001). Creative intervention strategies in the management of perinata loss. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19(2), 135-141.
- Jacob, S. R., Knick, K., & Sally, W. (2003). An analysis of the concept of grief. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1787-1794.
- Jamiyah. (2002). Bayi mati dalam kandungan. <http://www.familydoctor.org/650.xml>, diperoleh tanggal 09 Januari 2008.
- Jhon & Engler (2000). Grief, physical symptoms and decision making in mothers of newborns who die. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(4), 339.
- Johnson, J. (2001). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Advances in Nursing science*, 11(2), 39-52.
- Karkata & Sumardewa. (2006). Infeksi TORCH pada ibu hamil di RSUP Sanglah Denpasar. *Cermin Dunia Kedokteran*, 151, 5-6.
- Kavanaugh, K. (2000). Death of an infant weighing less than 500 grams at-birth: the parental experience. *Journal of Advanced Nursing*, 13 (8), 68-98.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A. J., Burke, K., Bouchal, D. S. R., Hirst, S. P. (2004). *Fundamentals of nursing*. 3<sup>rd</sup> Edition. Toronto: Prentice Hall.
- Lazarus, S. R, & Folkman, S. (1999). *Stress appraisal and coping*. New York: Publishing Company.
- Lazarus, R. S. (2000). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publications.
- Liamputtong & Abboud, L. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 3-18.

- Lubis, Siddik & Wibisono. (2007). Infark plasenta dan malformasi tali pusat dengan kematian janin dalam kandungan. *Dexa Media*, 3(20), 103-105.
- Malacrida, C. (2003). Perinatal death: Helping parents find their way. *Journal of Family Nursing*, 32, 130-148.
- Marco, M., & Renker, P. (2002). Effects on an educational bereavement program on health care professional's perceptions of perinatal loss. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4), 180.
- May & Mahlmeister. (2000). *Maternal and Neonatal Nursing: Family-Centered Care*. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: JB Lippincott Comp.
- Measey, M. A. (2006). Stillbirth: explained, unexplained or unexplored? *Am J Obstet Gynecol*, 193(6), 123-135.
- Melnyk, B. M. (2003). Coping with unplanned childhood hospitalization: The mediating effects of parental beliefs. *Journal of Pediatric psychology*, 20, 299-312.
- Moleong L.J. (2005). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi revisi. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Morse & Jenice, M. (1999). *Designing Funded Qualitative Research*. Handbook of Qualitative Research. California: Sage Publication, Inc., 226-227.
- Nasdaldy. (2002). Kematian janin di kandungan. (15 juli 2002). *Kompas*, hlm 3 & 4.
- Nield, K. (2006). Loss, grief and bereavement. <http://www.cancer.gov>, diperoleh tanggal 06 Januari 2008.
- Patterson, P. (2000). Living with grief after pregnancy loss: Perspectives of African American Women. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4), 210-216.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Pedersen, Susan & Theut. (2004). Perinatal loss and parental bereavement. *The American Journal of Psychiatry*, 146(5), 635.
- Peterson, G. (2004). Chains of grief: The impact of perinatal loss on subsequent pregnancy. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 9(2), 149.
- Polit D. F., Beck C. T., & Hungler B. P. (2001). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal, and Utilization*. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: Lippincott.

- Polit D. F., Beck C. T., & Hungler B. P. (2006). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisal, and Utilization*. 6<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Pusat Data dan Informasi PERSI. (2008). Berita PERSI: teknologi informasi dan keselamatan pasien. <http://pdpersi.co.id>, diperoleh tanggal 18 januari 2008.
- Recker, N. (2007). Coping with loss and dissapointment. *Journal of Advances Nursing*, 23(3), 67-69.
- Reed, K. S. (2003). Grief is more than tears. *Nursing Science Quarterly*, 16(1), 77-81.
- Saifuddin. (2002). *Buku panduan praktis pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Scott, C., D. (2000). Coping with stress. *Journal of the American Medical Association*, 392(18), 246-268.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2003). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 3<sup>rd</sup> Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (2000). *Principles and pratice of psychiatric nursing*. 6<sup>th</sup> Edition. St. Louis: Mosby Inc.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S.J. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. 6<sup>th</sup> Edition. St. Louis : Mosby Year Book.
- Sugiyono. (2007). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta
- Suheimi. (2007). Mendeteksi dan mengelola janin intrauterine. [http://www.Farmacia.com/rubrik/one\\_news\\_print.asp?IDN](http://www.Farmacia.com/rubrik/one_news_print.asp?IDN), diperoleh tanggal 28 desember 2007.
- Swanson, K. (2000). There should have been two: nursing care of parents experiencing perinatal death of a twin. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 22(3), 78.
- Thompson. (2001). Framing history: the meaning parents ascribe to bereavement photograph received following perinatal loss. *Research in Nursing & Health*, 23(2), 83-88.
- Thomson, S. B. (2004). Qualitative research: grounded theory-sample size and validity. *Advances in Developing Human Resources*, 4, 288.

- Valnyck, P. (2004). Beware the 5 stages of "Grief". <http://www.counselingforloss.com/article8.htm>, diperoleh tanggal 28 Desember 2007.
- Van, P. (2001). Breaking the silence of African American women: healing after pregnancy loss. *Health Care for Women International*, 22, 229-243.
- Winkjasastro, H. (2005). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Worden, W. J. (2000). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springen.
- Williams & Wilkins. (2000). *High risk maternity nursing manual*. 2<sup>nd</sup> Edition. USA.



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ns. Esti Budi Rahayu, S.Kep.  
TTL : Palembang, 24 Juli 1979  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : PNS (Perawat RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang)  
Alamat Rumah : Gg. Samarinda No 495 Rt 11 Plaju-Palembang 30265  
HP 021-99758364  
Alamat Institusi : Jl. Jend. Sudirman KM 3,5 Palembang.

Riwayat Pendidikan :

1988 – 1993 : SDN 32 Palembang  
1993 – 1995 : SMPN 16 Palembang  
1995 – 1997 : SMA Yaktavena I Palembang  
1998- 1999 : D1 Kesehatan Lingkungan SPPH PEMDA Palembang  
1999 – 2003 : S1 Keperawatan PSIK – FK USU – Medan  
2003 – 2004 : Pendidikan Ners PSIK – FK USU – Medan  
2006 – sekarang : Magister Ilmu Keperawatan FIK Universitas Indonesia

Riwayat Pekerjaan :

2004 – sekarang : Perawat pelaksana RSUP Dr. Moh. Hoesin Palembang  
2004 - sekarang : Staf pengajar tidak tetap STIK Bina Husada Palembang

KISI – KISI TEMA : RESPON DAN POLA KOPING IBU DENGAN IUFD

No	Tujuan Khusus	Tema	Kategori	Kata Kunci	Partisipan							
					1	2	3	4	5	6	7	
1	Respon terhadap IUFD	Menolak untuk menerima kehilangan (denial)	Tidak percaya	<i>.pokoknya tidak percaya secepat itu kejadiannya</i>	V							
				<i>Aku bener-bener gak percaya.. minta bu bidan untuk meriksa lagi ..</i>		V						
				<i>..sulit aja unruk langsung percaya kalo dibilang dah gak ada semua terjadinya tuh cepet banget</i>			V					
				<i>ya saya sih masih gak percaya.. di perut saya sebelah sini masih kenceng..kayaknya ada gerakannya..</i>				V				
				<i>ya Allah...yang bener...gak percaya, gak percayalah..</i>					V			
				<i>dalam hati saya masih percaya..gak mungkin ini gak bisa-gak bisa, gak mau... masih ada-masih ada gerakan</i>							V	
				<i>gak percaya aja..masa' sih, saya berpikir ah usgnya kan sepertinya masih yang lama .. kesalahan alat kali</i>								V
		Marah	<i>Sayapun waktu itu bingung..kesal..</i>	V								
			<i>sampe marah-marah ke bu bidan..minta bu bidan meriksa lagi..</i>		V							
			<i>Siapa tau alatnya rusak..otot-ototan gitu sama bidannya...</i>			V						
		Tawar-menawar (bargaining)	Mencoba berharap	<i>saya sih masih ada harapan, tapi kayaknya di perjalanan udah gak ada</i>				V				
				<i>Saya dah panik denyut jantungnya gak ada...cuma saya masih berharap...</i>						V		
				<i>..harapan sih ada, tapi aku inget semaleman memang gak nendang-</i>		V						

		nendang..																	
	Ragu-ragu	..dihati kecil sih terus aja yakin masih ada (hidup)...tapi kok kayaknya pikiran banyakan kosongnya...beku aja		V															
		..ada rasa ketakutan meskipun campur ragu-ragu..ah enggaklah bukan apa-apa, tapi kok gerakannya lama-lama gak terasa.			V														
		..bayinya udah gak bisa diselamatkan..itu udah mulai sih nerima..tapi masih ada juga gak percayanya orang masih mules..				V													
		..ya udah akhirnya saya sabar, gimana caranyalah..tapi saya rasanya gak percaya ada..a..gitu..					V												
Kesedihan yang mendalam	Panik	..saya dah ketakutan janin gak gerak-gerak,suara jantung bayi dah gak ada saya makin cemas..	V																
		gerakannya lama-lama jadi gak ada...cemas,gelisah...saya disitu dah mulai kepikiran banget, ada rasa ketakutan sih...			V														
		Perasaan tetep gak enak, gerakan janin jadi lambat..					V												
	Syok	tiba-tiba mata saya gelap terus baru saya diidurin...tau' udah gitu gak inget apa-apa lagi	V																
		terkejut banget...terpukul...pikiran seperti lepas, gelap...terus lemas seperti gak ada kekuatan.		V															
		mata sering banget gelap..pokoknya gak tau lah waktu itu kayak mau pingsan...badanpun rasanya udah gak				V													





			..mungkin belum rejeki, lagipula kalo selamet juga takutnya bayinya kenapa-kenapa..				V			
			Ya udahlah mungkin sudah jalannya..ditangisin juga gimana ya..					V		
			Ya udahlah belum rejeki, belum dipercaya gitulah...						V	
			Ya saya udahlah belum rejeki..							V
	Koping berfokus pada emosi	Menyalahkan diri sendiri	..mungkin karena memang saya hamilnya gak sehat, coba kalo saya gak dapet tensi tinggi..coba saya banyak makan waktu itu..	V						
			Sempet nyalahkan diri sendiri gitu..terlalu aktif..jalan sini jalan sana					V		
			Kenapa saat saya ngerasa tidak ada gerakan kok gak langsung ke dokter..saya nyalahin diri sendiri..						V	
		Menolak melihat bayi	saya juga memang gak kepikiran untuk ngeliat takut nanti malah tambah gak karuan kalo ngeliat tuh bayi.....takut gak kuat bu, nanti kebayang terus..				V			
			saya pikir gak usah ngeliat deh saya...takut gak bisa lepas...kayaknya kebayaaang aja...					V		
			sayanya yang gak mau...gak usahlah saya bilang...nanti jadi .teringat gak ada ngerasa apa-apa kok bisa jadi gini...							V
		Menghindari hal yang berkaitan dengan kesedihan	Gak kuat rasanya denger bayi nangis, pokoknya pulang, pulang..			V				
			Bilang ke dokter..kalo bisa sehari ajalah nginepnya, gak tahan liat bayi-				V			

				<i>bayi itu...</i>																	
				<i>Saya belum mau melihat wajah anak saya walaupun ada dokumentasinya..</i>																V	
3.	Faktor-faktor yang mempengaruhi respon ibu dengan IUFD	Kondisi fisik individu	Perubahan fisik setelah melahirkan dan operasi	<i>..mikirin bekas jahitan operasinya kan sakitnya minta ampun, belum tetek juga bengkak</i>						V											
				<i>..ngerasain tetek saya juga masih bengkak..</i>																V	
				<i>Saya juga kan masih sakit banget jahitannya waktu itu..payudara juga penuh, harusnya ini nyusuin..</i>																	V
		Kondisi lingkungan sekitar individu	Situasi lingkungan rumah sakit	<i>Kalo lama-lama disini saya bisa stress, di sini banyak bayi, ibu-ibu hamil tua, ibu yang gendong bayi..</i>	V																
				<i>Tambah sedih karena ada bayi nangis, ngeliat ibu laen yang hamil juga, nanyain kenapa dirawat..dah berapa bulan</i>							V										
				<i>Kalo pas kedengeran yang di kamar sebelah bayinya nangis pas dimandiin tuh saya pasti nangis</i>																	V
				<i>Di ruang perawatan tuh kan ada tiga orang pada nangis bayinya..saya tuh sedih banget..</i>																	V
				<i>..bayi yang sana dianterin, bayi yang sini dianterin..mangkanya saya gak betah pengen pulang..</i>																	V
				<i>ada juga pasien dia malah anak pertama udah ditunggu lapan bulan..saya masih beruntung</i>																	V
			Situasi lingkungan	<i>Kalo tetangga, ada yang kerja di pabrik, ada yang di rumah tapi gak ada</i>							V										

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi koping ibu dengan IUFD

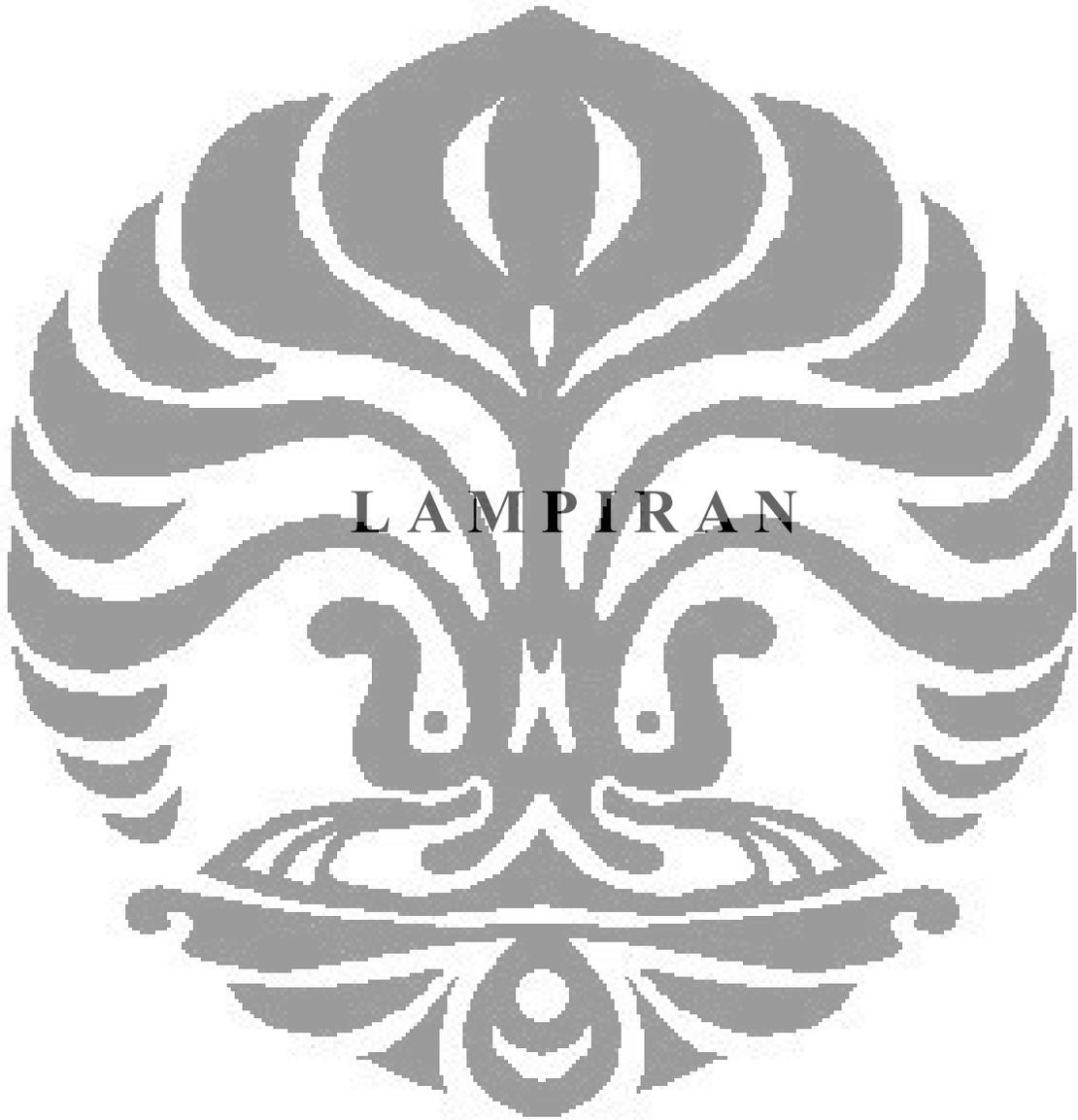
Dukungan sosial

tempat tinggal	<i>sih yang akrab pada jarang keluar..cuma negur-negur biasalah..</i>							
	<i>Waktu itu ada tetangga dua orang yang kayak saya, setelah tau ada yang gitu juga..ternyata gak cuma saya..mereka malah anak pertama, pasti sedih..</i>				V			
	<i>Tetangga ada juga yang bilangin karena saya banyak jalan kesanakih kesinilah..mangkanya kesambe tuh bayinya..dibuntutin setan..</i>					V		
	<i>..mereka maksudnya baik ceritain fisik anak saya, tapi saya sedih banget..</i>						V	
	<i>..ada juga tuh yang buat saya malah sedih, suka cerita yang buat downlah..cerita pengalaman dia abis lahiran, punya bayi..</i>							V
Dukungan dari suami	<i>Suami kan suka ngingetin saya supaya banyak zikir..saya jadi lumayan tenang..</i>	V						
	<i>Suamiku bilang..aku harus kuat supaya bisa ngelahirin normal...ngajak aku berdoa..</i>		V					
	<i>Dia berusaha tetap tenang..nyabarin saya terus..nenangin saya sambil meluk..</i>			V				
	<i>..kalo saya lagi turun dia yang ngapain..pokoknya saya kuat dari suami..</i>					V		
Dukungan dari orang tua dan keluarga besar	<i>Kata-kata mamak tuh buat hati saya agak tenang, bisa ngeringanilah..</i>	V						
	<i>..mereka (keluarga) mensupport untuk</i>						V	

		<i>tabah, untuk tidak berlarut-larut juga</i>											
		<i>..kalo pas suami jaga, orang tua nemenin..mereka ngerti kalo sendirian nantinya jadi kengetan.</i>							V				
		<i>Kakak saya juga bolak-balik, minggu juga sering ngumpul untuk sekedar bikin apalah..supaya suasana jadi biasa..</i>									V		
	Dukungan dari anak	<i>..dia sering nemenin saya di pinggir tempat tidur, ditungguin..lagian anaknya pinter, itu juga yang nguatn saya..</i>						V					
		<i>..anak saya kan tiap hari dateng ya yang besar itu..</i>									V		
	Dukungan dari lingkungan sekitar	<i>..sama tetangga sudah macam saudara aja kami..kalo ada mereka jadi terhibur</i>	V										
		<i>Dari sekolahan kakaknya, guru-gurunya juga mensupport supaya tegar..hati saya berkurang sedihnya..</i>							V				
		<i>..temen juga bilang saya kan masih muda jadi masih banyak kesempatan gitu..</i>										V	
Komitmen dan sikap optimis	Menjaga kehamilan	<i>Pelajaran..kedepannya kontrol ke dokter, jadi kalo ada apa-apa cepat ditanggulangi.</i>							V				
		<i>Hati.hati banget..abis maghrib gak keluar..dah enggak megang motor</i>						V					
		<i>..sekarang saya insyaAllah lah jangan sampai kejadian yang kedua, sering kontrol..</i>									V		
	Menjaga anak yang sudah ada	<i>..dia (anak)..berharga sekali dan memang harus kita jaga..</i>									V		

		<i>..saya pikir harus kuat, kasian dia (anak) kalo gak ada yang ngurusin..</i>				V			
	Rencana hamil	<i>Keinginan untuk hamil sih tetap ada</i>	V						
		<i>Kalo masalah pengen punya anak sih ya tetaplah..</i>		V					
		<i>..gak KB..udah rencana supaya cepat dapat lagi gantinya..</i>				V			
		<i>Saya emang dah niat hamil lagi biar ada temen kakaknya..</i>					V		
		<i>..malah saya pengen cepet punya lagi..</i>							V
	Harapan dan tujuan	<i>..saya pengen cepet sembuh dan pulang ke rumah, mudah-mudahan kalo dah di rumah bisa lupa sedihnya..</i>	V						
		<i>..yang penting cepet sembuh aja.. kepengen bisa cepet lupa juga sedihnya</i>			V				
		<i>Harapan saya mudah-mudahan anak saya balik lagi kesini, keadiknya..laki-laki, saya gak akan jauh-jauh dari nama dia..</i>						V	
		<i>..kepengen mudah-mudahan hamil kali ini sehat, melahirkan lancar..</i>							V
	Mengontrol perasaan	<i>saya pikir lagi kalo saya sedih terus nanti malah sakit..</i>				V			
		<i>..saya berusaha tegar..kasian sekeliling kita ini yang sudah berusaha untuk nganuin saya..</i>					V		
		<i>Saya kuat-kuatin aja perasaan supaya gak ngerasa bersalah, gak keterusan...</i>							V
Spiritual	Keyakinan pada takdir	<i>..namanya hidup kan pasti Allah semua jadi kitanya balikin kesitu lagi kejadiannya jadi bisa ngerti..</i>				V			

	<i>Ya..memang sudah yang diatas menghendakinya juga..tabah aja deh</i>								V		
	<i>Saya yakin Allah punya rencana lain yang lebih baik untuk saya..</i>									V	
Peningkatan ibadah	<i>Saya tuh terbantu banget dengan ibadah..tambah khusuk..saya juga jadi rutin tiap jumat kirim yasin</i>						V				
	<i>..lebih minta ampunan, shubuh biasa telat-telat ini begitu adzan ya langsung bangun gitu..</i>									V	
	<i>..saya ikut pengajian di rumah jadi tambah rajin aja..</i>										V



## Penjelasan Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Esti Budi Rahayu

NIM : 0606026830

Status : Mahasiswa Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia kekhususan Keperawatan Maternitas.

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “Respon dan Pola Koping Ibu dengan Kematian Janin”. Penelitian ini akan menggunakan desain Kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*. Oleh karena itu, berikut ini saya akan menjelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan saya lakukan:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran dan konsep tentang respon dan pola koping ibu dengan kematian janin.
2. Manfaat penelitian ini secara garis besar adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya peran serta perawat dalam membantu ibu menghadapi peristiwa kehilangan karena kematian janinnya dengan memberikan gambaran dalam membentuk berbagai pola koping sehingga ibu dapat beradaptasi dengan baik terhadap peristiwa tersebut.
3. Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu yang mengalami kematian janin baik dengan janin yang masih dalam kandungan atau ibu post partum yang sudah

melahirkan bayi yang telah meninggal dalam kandungan, ibu sedang atau pernah menjalani perawatan di ruang rawat inap kebidanan RSCM Jakarta, tidak mengalami gangguan mental atau sedang dalam perawatan psikiater, bersedia dengan sukarela menjadi partisipan dalam penelitian dan dalam keadaan sadar atau tidak sedang dalam penanganan komplikasi persalinan.

4. Pengambilan data dalam penelitian ini akan dilakukan dengan wawancara secara mendalam dengan partisipan beberapa kali dan berlangsung sekitar 60-70 menit untuk setiap partisipan atau sesuai kesepakatan. Selama wawancara dilakukan, partisipan diharapkan dapat menyampaikan respon dan pengalamannya secara utuh.
5. Bagi partisipan yang masih menjalani rawat inap, waktu dilakukannya wawancara yaitu pada pagi hari antara pukul 10.00 – 12.00, sore hari antara pukul 16.00 – 18.00 namun tetap disesuaikan dengan keinginan partisipan. Tempat wawancara juga disesuaikan dengan keinginan partisipan, namun peneliti menyediakan ruangan khusus jika partisipan menginginkan tempat yang lebih terjaga dari kehadiran dan keberadaan orang lain. Sedangkan bagi partisipan yang sudah pulang ke rumah, waktu dan tempat wawancara disesuaikan dengan hasil kesepakatan antara peneliti dan partisipan.
6. Selama wawancara dilakukan, peneliti akan menggunakan alat bantu penelitian berupa catatan dan *tape recorder* untuk membantu kelancaran pengumpulan data.

7. Proses wawancara akan dihentikan sementara jika ibu merasakan kelelahan, kesedihan atau ketidaknyamanan dan akan dilanjutkan jika ibu telah tenang dan berkenan kembali.
8. Penelitian ini tidak akan berdampak negatif pada diri partisipan dan keluarganya.
9. Semua catatan dan data yang berhubungan dengan penelitian ini akan disimpan dan dijaga kerahasiaannya, hasil rekaman akan dihapuskan segera setelah kegiatan penelitian selesai dilakukan.
10. Pelaporan hasil penelitian ini nantinya akan menggunakan kode, bukan nama sebenarnya dari partisipan.
11. Partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela dan partisipan berhak untuk mengajukan keberatan pada penelitian jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan, dan selanjutnya akan dicari penyelesaian masalahnya berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.

Jakarta, April 2008

Peneliti

## Persetujuan Menjadi Partisipan Penelitian

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa setelah mendapatkan penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti meliputi tujuan dan manfaat penelitian, proses penelitian, resiko menjadi partisipan dan kerahasiaan data yang sudah diperoleh peneliti, maka dengan ini saya secara sukarela dan ikhlas bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Demikianlah pernyataan saya kemukakan, dengan menandatangani pernyataan ini saya menyatakan bersedia menjadi partisipan dengan penuh kesadaran, tanpa paksaan dari siapapun.

Jakarta, April 2008

Yang menyatakan,

\_\_\_\_\_  
Peneliti

( \_\_\_\_\_ )  
Partisipan

Mengetahui,

\_\_\_\_\_  
Saksi

Data Demografi

Nama/Inisial : \_\_\_\_\_

Usia : \_\_\_\_\_ tahun

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Agama : \_\_\_\_\_

Pendidikan terakhir : \_\_\_\_\_

Suku : \_\_\_\_\_

Status obstetri : \_\_\_\_\_

No	Tahun	Jenis Kelamin	Berat lahir (gr)	Jenis Persalinan	Usia hamil	Tempat (Penolong)	Kondisi
1.							
2.							
3.							
4.							

Riwayat kehamilan :

Pedoman Wawancara

1. Bagaimana perasaan ibu ketika mengetahui bahwa janin ibu sudah meninggal?
2. Apa yang ibu rasakan selama menjalani peristiwa kehilangan tersebut?
3. Bagaimana perasaan ibu saat ini?
4. Apa yang ibu lakukan ketika mengetahui bahwa janin ibu sudah meninggal?
5. Coba ibu jelaskan hal-hal apa saja yang ibu lakukan dalam menjalani proses berduka?
6. Coba ibu jelaskan apa yang ibu perlukan dan inginkan dalam menjalani proses berduka?
7. Coba ibu jelaskan hal-hal apa saja yang membantu ibu dalam menjalani proses berduka?
8. Faktor – faktor apa saja yang meringankan perasaan ibu saat mengetahui janin ibu sudah meninggal?
9. Faktor – faktor apa saja yang meringankan perasaan ibu selama menjalani proses berduka dari peristiwa kehilangan tersebut?
10. Faktor – faktor apa saja memperberat perasaan ibu saat mengetahui janin ibu sudah meninggal?
11. Faktor – faktor apa saja memperberat perasaan ibu selama menjalani proses berduka dari peristiwa kehilangan tersebut?

*Field Note* respon :

Pedoman Wawancara (Revisi)

1. Tolong ibu ceritakan dari awal kejadiannya ibu merasakan sesuatu yang beda dari kondisi janin sampai akhirnya ibu mengetahui bahwa janin sudah meninggal?
2. Bagaimana perasaan ibu ketika mengetahui bahwa janin ibu sudah meninggal?
3. Apa yang ibu lakukan ketika mengetahui bahwa janin ibu sudah meninggal?
4. Hal-hal apa saja yang meringankan perasaan ibu saat mengetahui janin ibu sudah meninggal?
5. Hal-hal apa saja memperberat perasaan ibu saat mengetahui janin ibu sudah meninggal?
6. Apa yang ibu rasakan selama menjalani peristiwa kehilangan tersebut?
7. Hal-hal apa saja yang meringankan perasaan ibu selama menjalani proses berduka dari peristiwa kehilangan tersebut?
8. Hal-hal apa saja memperberat perasaan ibu selama menjalani proses berduka dari peristiwa kehilangan tersebut?
9. Bagaimana perasaan ibu saat ini?
10. Coba ibu jelaskan harapan dan keinginan kedepan dalam menjalani kehidupan ini selanjutnya?

*Field Note respon :*

FIELD NOTE HASIL OBSERVASI PARTISIPAN

Hari/Tanggal :

Kode :

Lokasi :

Waktu :

NO	KOMPONEN	HASIL OBSERVASI
1.	Ruang	
2.	Objek/aktor	
3.	Aktifitas sekeliling	
4.	Benda	
5.	Tindakan partisipan	
7.	Urutan kegiatan	
8.	Perasaan emosi partisipan	

## LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Mahasiswa : Esti Budi Rahayu

No	Tanggal	Materi konsultasi	Masukan Pembimbing	Tanda tangan
