

**RESPON DAN KOPING IBU PRIMIPARA DAN NULLIPARA
YANG MENGALAMI HISTEREKTOMI :
STUDY GROUNDED THEORY**

TESIS

WIWIN LISMIDIATI

0706254613



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KPERAWATAN
DEPOK JULI 2009**

**RESPON DAN KOPING IBU PRIMIPARA DAN NULLIPARA
YANG MENGALAMI HISTEREKTOMI :
STUDY GROUNDED THEORY**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister
Keperawatan**

**WIWIN LISMIDIATI
0706254613**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MATERNITAS
DEPOK JULI 2009**

**RESPON DAN KOPING IBU PRIMIPARA DAN NULLIPARA
YANG MENGALAMI HISTEREKTOMI :
STUDY GROUNDED THEORY**

MANUSKRIP TESIS

WIWIN LISMIDIATI

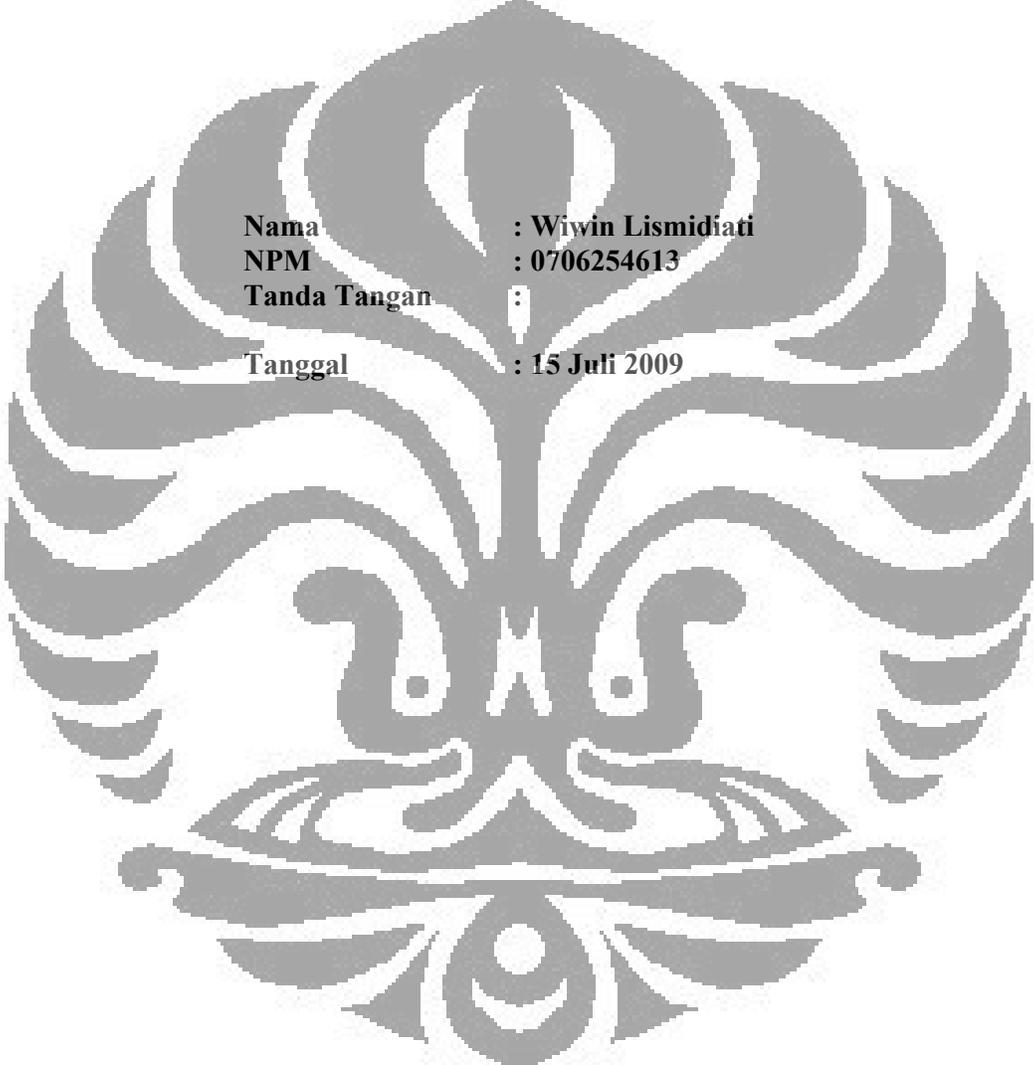
0706254613



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KPERAWATAN
DEPOK JULI 2009**

PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**



Nama : Wiwin Lismidiati
NPM : 0706254613
Tanda Tangan :
Tanggal : 15 Juli 2009

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK
KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Wiwin Lismidiati
NPM : 0706254613
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Respon dan Koping Ibu yang Mengalami Histerektomi : Study Grounded Theory

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 15 Juli 2009

Yang menyatakan

(Wiwin Lismidiati)

ABSTRAK

Nama : Wiwin Lismidiati
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Respon dan Koping Ibu Primipara dan Nullipara yang Mengalami Histerektomi

Histerektomi adalah pengangkatan sebagian atau seluruh uterus melalui proses pembedahan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengembangkan kerangka konsep tentang respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan *Grounded Theory*. Tujuh orang partisipan dalam penelitian ini didapatkan dengan cara *theoretical sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa respon ibu primipara yang mengalami histerektomi berupa menolak kehilangan, tawar – menawar, menerima kehilangan. Mekanisme koping yang digunakan ibu dalam menjalani proses kehilangan berupa koping yang berfokus pada masalah dan koping yang berfokus pada emosi. Faktor – faktor yang mempengaruhi respon dan koping ibu dalam menjalani proses kehilangan antara lain berupa dukungan sosial. Penelitian ini memberikan gambaran kepada tenaga kesehatan khususnya perawat mengenai hal – hal yang dialami dan dirasakan oleh ibu yang sedang berduka karena peristiwa kehilangan terutama yang berkaitan dengan respon dan koping ibu serta faktor – faktor yang mempengaruhinya.

Kata kunci : histerektomi, respon kehilangan, koping, primipara, nullipara

ABSTRACT

Name : Wiwin Lismidiati
Study Program : Master degree of Nursing
Title : Response and coping of primiparous and nulliparous mothers who experienced hysterectomy: Study Grounded Theory

Hysterectomy is a surgical procedure to remove partially or totally the uterus. The aim of this research is to develop conceptual framework of responses and coping of primiparous and nulliparous mother who are experienced hysterectomy. This is a qualitative study using Grounded Theory approach.

Seven participants who were joined this study were gained by theoretical sampling method. Result shows that the responses of primiparous and nulliparous mothers who were experienced hysterectomy were avoiding loss, bargaining, and accepting loss. Coping mechanisms that were used to deal with loss process consisted of problem-focused coping and emotional focused coping. One factors that affecting mothers' responses and coping to deal with loss process was social support.

This research describes things that are experienced and felt by grieving mothers because of loss process that was mainly related to mothers' responses and coping and its influence factors to health care providers mainly nurses.

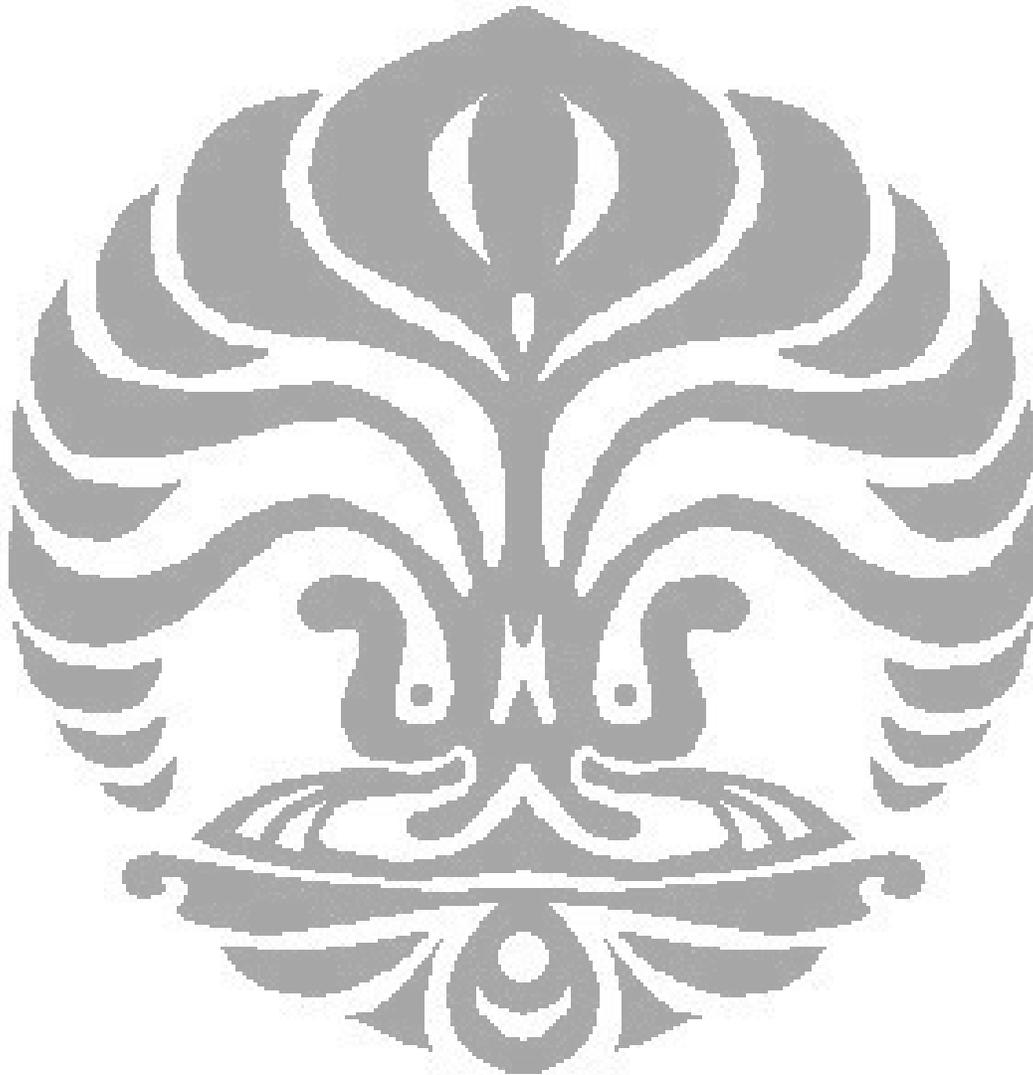
Key words:
hysterectomy, loss response, coping, primiparous and nulliparous mother

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
2. TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Histerektomi	13
2.2 Konsep Kehilangan dan berduka	18
2.3 Mekanisme Koping	24
2.4 Faktor – faktor yang mempengaruhi koping	26
2.5 Peran perawat dalam memfasilitasi koping wanita yang mengalami histerektomi	28
2.6 Kerangka Teori Penelitian	31
3. METODE PENELITIAN	32
3.1 Desain Penelitian	32
3.2 Partisipan	33
3.3 Waktu Penelitian	34
3.4 Tempat Penelitian	34
3.5 Etika Penelitian	35
3.6 Alat Pengumpulan Data	36
3.7 Metode dan Prosedur Pengumpulan Data	38
3.8 Analisa Data	42
3.9 Keabsahan dan Validitas Data	46
4. HASIL PENELITIAN	48
4.1 Gambaran Karakteristik Partisipan	48
4.2 Hasil Analisis Penelitian	49
4.3 Hasil Grounded Theory	73
5. PEMBAHASAN	75
5.1 Interpretasi hasil penelitian	75
5.2 Keterbatasan penelitian	82
5.3 Implikasi keperawatan	83

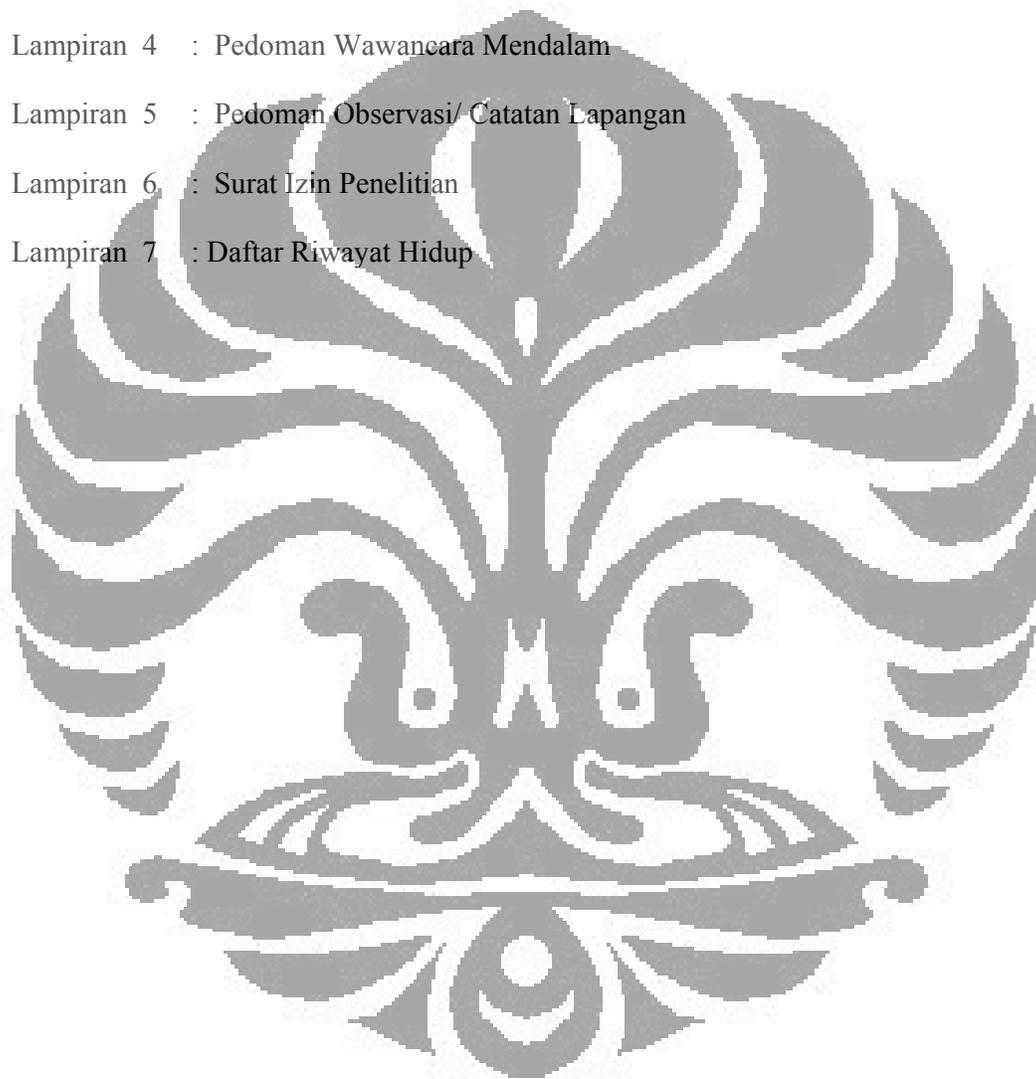
6. KESIMPULAN DAN SARAN	85
6.1 Kesimpulan	85
6.2 Saran	86

DAFTAR REFERENSI



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
- Lampiran 3 : Data Demografi Partisipan
- Lampiran 4 : Pedoman Wawancara Mendalam
- Lampiran 5 : Pedoman Observasi/ Catatan Lapangan
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian
- Lampiran 7 : Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh yang tidak semata – mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi (Depkes, 2003). Program pelayanan kesehatan reproduksi perempuan merupakan salah satu tuntutan kebutuhan masyarakat dan sebagai indikator penting dalam pelayanan kesehatan. Salah satunya hak kesehatan reproduksi untuk memperoleh informasi tentang kesehatan reproduksi, akan tetapi penyebaran informasi tentang kesehatan reproduksi belum menyentuh masyarakat luas. Permasalahannya antara lain kurangnya informasi tentang kesehatan reproduksi yang menyebabkan keterlambatan wanita mendapatkan pelayanan dini dari tenaga kesehatan sehingga penanganan yang dilakukan terkadang harus melalui pengangkatan uterus (histerektomi) dari seorang wanita.

Histerektomi merupakan salah satu prosedur pembedahan alat reproduksi pada wanita yang dilakukan di negara – negara barat maupun di negara berkembang. Di Amerika Serikat, histerektomi menempati urutan kedua prosedur bedah mayor setelah pembedahan seksio sesarea (Stoval, 2002). Hampir setiap tahun lebih dari 600.000 wanita mengalami tindakan histerektomi, dan seperempat dari wanita yang mengalami histerektomi tersebut berusia 60 tahun (Dragistic & Milad, 2003), histerektomi hampir 90% dari histerektomi dilakukan untuk mempertahankan kondisi *non malignansi* (Rowe et al, 2000). Farooqi (2005) dalam penelitiannya menambahkan bahwa rata – rata usia wanita yang mengalami histerektomi berusia 42 tahun, dimana delapan persen (8%) dari mereka mempunyai 1-2 anak, 45% memiliki 3-4 anak, dan 27% mempunyai 5-6 anak. Sedangkan studi di Taiwan, menyebutkan bahwa angka per tahun dari tindakan histerektomi sebanyak 24169 per 100.000 wanita. Hampir seperempat wanita telah kehilangan

uterusnya. Rata – rata usia wanita yang mengalami histerektomi berkisar 25 – 47 tahun (Yu & Zeng, 2000). Rata – rata tindakan bedah histerektomi bervariasi antara 6,1 sampai 8,6 per 1000 pada semua umur (Stovall, 2002).

Peningkatan angka histerektomi, dari tahun ke tahun di negara maju seperti Amerika Serikat, disebabkan karena terjadinya peningkatan angka kanker organ reproduksi yang cenderung meningkat akibat perubahan pola dan gaya hidup. Berdasarkan data diatas didapatkan pula hari rawat klien pasca histerektomi semakin pendek dari 12,2 hari menjadi 4,5 hari bahkan di negara maju seperti Singapura, klien pasca histerektomi dapat dipulangkan sehari setelah dilakukan tindakan operasi. Hal ini terjadi karena sebelum dioperasi klien telah mendapat informasi tentang persiapan, tindakan dan perawatan pasca histerektomi secara lengkap, kualitas pelayanan perawatan luka yang lebih baik dan adanya sistem rujukan yang telah berjalan baik dari semua tingkat pelayanan kesehatan (Stovall, 2002).

Di Indonesia prevalensi histerektomi berkisar antara 13 – 37 % (Gozali, Junisaf & Santosa, 2002). Di bagian Obstetri Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo (RSCM) setiap tahun sekitar 230 tindakan histerektomi dilakukan dengan dua per tiganya disebabkan oleh kelainan ginekologi jinak (Gozali, Junisaf & Santosa, 2002). Histerektomi dapat dilakukan pada banyak kondisi selain kanker termasuk perdarahan uterus disfungsi; endometriosis; pertumbuhan non maligna dalam uterus, serviks dan adneksa; masalah atonia uteri dan prolaps pelvis; serta cedera usus yang tidak dapat diperbaiki (Smeltzer & Bare, 2002; Martin, 2007, [http :// www.allexperts.com](http://www.allexperts.com), diperoleh tanggal 20 Januari 2009).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, pada bulan Desember – Februari terdapat 25 orang ibu pada usia produktif 25 – 48 tahun yang mengalami histerektomi. Sebagian besar histerektomi dilakukan karena kelainan ginekologi jinak seperti mioma uteri.

Dari 25 orang ibu yang dilakukan histerektomi tersebut, tercatat 7 orang ibu primipara tua yang telah mengalami histerektomi (Sumber : Rekam medis).

Penelitian Farooqi (2005) menyatakan bahwa kehilangan anatomi dari bagian tubuh tertentu yang mempunyai kepentingan simbolik seperti uterus merupakan suatu faktor yang penting yang dapat menyebabkan terjadinya respon emosional. Uterus merupakan suatu bagian tubuh yang sangat bernilai, apabila terjadi kehilangan organ ini karena sesuatu kondisi yang tidak bisa dipertahankan, maka akan membawa dampak fisik dan emosional yang akan mengakibatkan reaksi psikologis bagi seorang wanita yang mengalaminya.

Pengangkatan uterus atau perubahan yang terjadi di bagian tubuh yang merupakan simbol penting secara tradisional dari sifat kewanitaan akan menyebabkan reaksi emosional pada wanita dengan sifat kewanitaan serta identitas perannya sebagai suatu ancaman. Uterus ikut berkontribusi dalam seksualitas seorang wanita, reproduksi dan identitas sosial. Uterus sangat berhubungan erat dengan konsep feminitas, seksualitas, prokreasi dan sifat keibuan yang merupakan bagian terpenting dari gambaran diri seorang wanita (Baum, 2000). Hal ini didukung oleh penelitian Farooqi (2005) yang melaporkan bahwa reaksi wanita yang mengalami histerektomi sama seperti merasakan suatu kehilangan, difase awal berupa perasaan tidak percaya apabila rahimnya telah diangkat, kemudian diikuti reaksi kesedihan hingga terjadi depresi.

Kehilangan uterus yang disebabkan karena histerektomi akan membawa dampak negatif yang penting terutama pada kasus – kasus wanita di negara berkembang. Prosedur pembedahan ini mengakibatkan hilangnya kemampuan reproduksi, yang sangat dihindari oleh sebagian besar wanita muda didalam kehidupan mereka. Meskipun seorang wanita tidak berharap untuk mempunyai banyak anak, akan tetapi uterus merupakan organ yang tidak boleh diabaikan keberadaannya. Efek samping dari histerektomi ini mengakibatkan kehilangan beberapa fungsi dari tubuh wanita seperti

pengeluaran menstruasi, infertilitas dan ketidakseimbangan hormonal. Perubahan ini akan mempengaruhi fungsi seksualitas seorang wanita. Wanita juga akan mengalami perasaan yang tidak jelas yang dapat mengancam perannya terutama didalam masyarakat tradisional yang sangat menghargai terhadap nilai seorang wanita yang dapat melahirkan anak (Farooqi, 2007).

Wanita yang mengalami tindakan histerektomi berisiko mendapat komplikasi baik fisik maupun psikologis. Komplikasi fisik pasca histerektomi dapat berupa ileus, penurunan suhu tubuh dan luka terinfeksi. Selain itu histerektomi juga dapat mengakibatkan penurunan fungsi ovarium dan menurunkan aliran darah ke ovarium, hal ini terjadi akibat pengikatan arteri uterin yang menyebabkan ovarium mengadakan kompensasi agar aktivitas tetap menjadi normal. Namun sampai batas waktu tertentu, ovarium akan mengalami dekompensasi sehingga akan terjadi kegagalan fungsi yang menyeluruh (Anggraini, 2001).

Menurut hasil penelitian Hadono dan Wiknjosastro (2001), komplikasi psikologis pasca histerektomi dapat mengakibatkan disintegrasi yang bermanifestasi dalam depresi dan keributan dalam kehidupan pernikahan, kekeluargaan maupun ditempat kerja. Terutama pada wanita muda yang belum menikah, yang baru pertama kali melahirkan, atau yang akan menikah kembali. Hilangnya kemampuan untuk menjadi hamil dan tidak adanya haid dirasakan merupakan hal yang tidak wajar bagi wanita.

Hasil penelitian Ghozali (2004) menunjukkan bahwa masalah psikologis dari tindakan bedah histerektomi dapat menimbulkan stres tersendiri bagi wanita karena berkaitan erat dengan organ reproduksi sebagai alat seksual. Wanita akan merasa cemas karena kehilangan organ reproduksi. Swasono (2001) menambahkan bahwa seorang wanita yang telah dilakukan histerektomi akan merasa kehilangan rahim yang merupakan organ reproduksi penting karena pada umumnya budaya masyarakat Indonesia memandang bahwa tanpa adanya rahim, wanita dianggap kurang mampu memuaskan pasangannya.

Pernyataan ini di dukung oleh penelitian Wu, Chang, Yang & Che (2005) yang dilakukan di Taiwan yang menyebutkan bahwa wanita yang mengalami histerektomi tidak cukup hanya kehilangan sifat kewanitaannya akan tetapi sangat berdampak besar pada kesehatan fisik dan mental. Bernhard (2000) menambahkan bahwa pria juga mempunyai anggapan yang negatif, mereka percaya bahwa histerektomi mempunyai efek yang negatif terhadap gambaran diri seorang wanita dalam kehidupan seksualnya. Pria mempercayai bahwa seorang wanita yang mengalami histerektomi akan kehilangan kesempatan untuk mempunyai anak, kehilangan sesuatu yang sangat berarti bagi kebanyakan wanita.

Menurut Potter dan Perry (2005) kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian atau keseluruhan atau perubahan dalam hidup. Bentuk – bentuk dari kehilangan antara lain kehilangan obyek eksternal, kehilangan lingkungan yang familiar, kehilangan seseorang yang sangat berarti, kehilangan kehidupan, serta kehilangan aspek diri seperti kehilangan organ tubuh. Setiap individu akan bereaksi terhadap kehilangan dan respon terhadap kehilangan akan dipengaruhi oleh respon individu terhadap kehilangan sebelumnya. Seorang individu yang mengalami kehilangan akan menunjukkan reaksi emosional yang berupa reaksi berduka. Reaksi emosional ini terjadi selama masa kehilangan dan dipengaruhi oleh kebudayaan atau kebiasaan individu yang dapat diwujudkan dalam berbagai cara yang unik pada masing – masing orang dipengaruhi pada pengalaman pribadi, ekspektasi budaya dan keyakinan spiritual yang dianutnya; reaksi emosional tersebut juga terjadi pada demikian juga klien yang mengalami histerektomi, dimana mereka kehilangan uterus (Potter & Perry, 2005).

Jochimsen (dalam Branolte Bos, 2001) menemukan bahwa 82% dari pasien yang mengalami histerektomi melaporkan terjadinya gambaran diri yang buruk sebagai dampak dari kehilangan organ tersebut. Proses sosialisasi yang menanamkan nilai berharga dari uterus dan fungsi bagian tubuh secara

keseluruhan menyebabkan persepsi terhadap gambaran diri yang buruk serta perasaan tidak mampu. Seorang wanita yang tidak dapat menghasilkan seorang anak dipandang sebagai seorang wanita yang tidak sempurna dan akan menempatkan wanita tersebut pada status yang rendah dalam keluarganya, begitu juga di dalam masyarakat. Hal ini menyebabkan wanita tersebut akan mengkaji kembali makna serta tujuan dalam pernikahannya. Khalid (dalam Farooqi, 2005) menambahkan bahwa kehilangan kemampuan untuk melahirkan anak memungkinkan terjadinya peningkatan tekanan dari keluarga, pada akhirnya akan menyebabkan perceraian dengan pasangannya.

Keluarga terutama ibu primipara dan nullipara yang masih menginginkan untuk memiliki seorang anak yang mengalami histerektomi akan mengalami proses berduka sebagai respon terhadap kehilangan uterus. Ibu primipara merupakan seorang ibu yang pernah melahirkan janin pertama kali dan telah mencapai usia kematangan (Reeder, 2001). Sedangkan ibu nullipara merupakan seorang wanita yang sudah menikah akan tetapi belum pernah melahirkan seorang anak. Hal ini akan sangat berpengaruh terhadap respon dan coping ibu apabila dirinya masih menginginkan kehadiran seorang anak dan mereka baru saja menikmati kebahagiaan pernikahan dalam rumah tangganya.

Respon kehilangan sangat bervariasi, dinamis dan sangat individual (Patterson, 2000). Leppert, Legro, dan Kjerulff (2007) menyatakan adanya tingkat depresi yang tinggi, kecemasan, rasa marah dan kebingungan mencari pertolongan tenaga profesional kesehatan mental terjadi dalam 3 bulan sebelum dilakukan histerektomi. Respon berduka terhadap peristiwa kehilangan saat dilakukan histerektomi dapat diekspresikan dalam bentuk fisik, psikologis, spiritual, sosial, emosional dan perilaku yang bercampur dengan stress berat disertai penderitaan (Stuart & Sundeen, 2000). Sebenarnya respon berduka adalah fenomena universal yang dialami setiap orang disepanjang kehidupan, bersifat normal dan sangat fundamental namun respon berduka 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 sampai terjadi depresi yang dapat memberikan dampak negatif terhadap kesehatan fisik dan psikologis bahkan mempengaruhi ibu dalam menjalankan perannya dalam kehidupan rumah tangganya (Hadono & Wiknjosastro, 2001).

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 seksual dan gangguan pola menstruasi. 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 perannya dalam kehidupan rumah tangga setelah mengalami histerektomi. Kecemasan tersebut merupakan salah bentuk trauma psikologis atas kegagalan perannya sebagai seorang wanita sempurna (Gozali dkk, 2004). Kecemasan menimbulkan ketegangan, menghalangi relaksasi tubuh menyebabkan kelelahan. Kecemasan menyebabkan sekresi katekolamin dari kelenjar yang mengakibatkan penyempitan pembuluh darah dan mengurangi aliran darah yang membawa oksigen ke uterus (Farrer, 2001).

Sebagian besar wanita mengalami kecemasan hingga perasaan tidak berharga setelah dilakukan histerektomi. Histerektomi secara tradisional dianggap mempunyai efek terhadap kondisi seksualitas wanita, karena histerektomi

dianggap dapat mengurangi sifat kewanitaannya. Wanita terkadang harus dirujuk ke psikiater, setelah dilakukan histerektomi dibandingkan apabila wanita tersebut dilakukan prosedur pembedahan lain. Roeske (2000) menyebutkan bahwa reaksi psikopatologis seperti depresi seringkali muncul sebagai reaksi dari proses berduka yang terjadi pada wanita yang telah menyatu dengan identitas gendernya.

Masalah – masalah fisik dan psikologis dari proses berduka yang bersifat patologis diatas dapat dicegah dengan perilaku adaptasi yang tepat. Ibu primipara dan nullipara serta keluarga dapat menggunakan 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).

Beberapa penelitian diatas menunjukkan bahwa ibu menggunakan berbagai cara yang berbeda dalam menyelesaikan dan menyesuaikan diri dengan masalah kehilangan yang sedang dihadapi. 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 dilakukannya histerektomi.

Pelayanan keperawatan maternitas yang diberikan kepada ibu dan keluarga yang mengalami krisis karena kehilangan. Pelayanan keperawatan 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. Dalam mencapai tujuan tersebut, perawat maternitas harus mampu memahami respon yang dialami ibu primipara dan keluarga yang mengalami kehilangan. Dengan memberikan dukungan psikologis, menggali berbagai sumber – sumber yang dimiliki termasuk *social support*, upaya yang dilakukan ibu primipara, nulipara dan

keluarga dalam menanggulangi permasalahan serta mengajarkan tentang penggunaan mekanisme koping yang tepat (Estes, 2002).

Hasil penelitian Wang, Lambert dan Lambert (2007) menunjukkan bahwa penggunaan koping yang tepat, perencanaan kembali tentang kehidupan masa yang akan datang, serta adanya dukungan emosional merupakan strategi koping yang sering digunakan pada klien yang mengalami histerektomi untuk mengatasi kecemasan dan depresi. Penggunaan mekanisme koping dapat membantu seseorang dalam beradaptasi terhadap peristiwa kehilangan agar dapat terhindar dari stress berkepanjangan yang berdampak pada status kesehatan dan kualitas hidup (Lazarus & Folkman, 2000).

Berdasarkan uraian diatas, penelitian ini akan mengeksplorasi secara mendalam suatu konsep berkaitan erat dengan respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang masih menginginkan untuk memiliki anak yang mengalami histerektomi dalam menghadapi peristiwa kehilangan. Selama ini penelitian tentang histerektomi belum banyak dipelajari, terutama yang berfokus pada respon dan koping yang berkaitan dengan kehilangan organ reproduksi penting bagi wanita, serta gangguan gambaran diri yang dialami wanita tersebut. Dalam hal ini peneliti menggunakan metode kualitatif untuk menghasilkan gambaran yang mendalam dari respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi serta berbagai upaya yang telah dilakukan untuk mengatasinya, penggunaan pendekatan *grounded theory* untuk mengembangkan kerangka proses respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi ditujukan untuk membentuk kerangka kerja dan dasar pengetahuan keperawatan maternitas yang komprehensif terkait area ini.

1.2 Rumusan Masalah

Histerektomi merupakan peristiwa pengangkatan uterus melalui proses pembedahan. Masalah fisik salah satunya berkaitan dengan penurunan libido, gangguan pola seksual dan gangguan pola menstruasi. Sedangkan masalah

psikologis yang menonjol karena kehilangan organ reproduksi yang penting bagi wanita terutama bagi mereka yang masih menginginkan kehadiran anak, dapat mengakibatkan disintegrasi yang bermanifestasi sebagai depresi dan keributan dalam kehidupan pernikahan, kekeluargaan maupun ditempat kerja.

Proses berduka patologis dapat dicegah melalui sikap dan perilaku adaptasi yang tepat dengan menggunakan sumber – sumber coping yang dimiliki ibu primipara dan nullipara. Dengan pengalaman dilakukan histerektomi, ibu akan menjalani proses berdukanya tergantung dari sumber – sumber coping yang tersedia dan kemampuan untuk menggunakan sumber coping tersebut.

Beberapa penelitian di Indonesia yang berkaitan dengan proses berduka/kehilangan pada histerektomi belum banyak dipelajari terutama mengenai rangkaian respon dan coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi. Selama ini penelitian yang ada hanya berfokus pada angka kejadian histerektomi. Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka pertanyaan penelitian adalah bagaimana respon dan pola coping ibu khususnya ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan kerangka konsep tentang respon dan pola coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi

1.3.2 Tujuan khusus

1.3.2.1 Diidentifikasinya karakteristik ibu primipara dan nullipara dengan histerektomi

1.3.2.2 Diidentifikasinya persepsi ibu primipara dan nullipara tentang histerektomi

1.3.2.3 Diidentifikasinya respon dan perilaku berduka ibu primipara dan nullipara yang sudah mengalami histerektomi

1.3.2.4 Diidentifikasinya pola koping pada ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi

1.3.2.5 Diidentifikasinya faktor – faktor yang mempengaruhi respon dan pola koping ibu primipara dan nullipara

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak dalam mengembangkan pelayanan keperawatan, yang meliputi :

1.4.1 Bagi ibu yang mengalami histerektomi

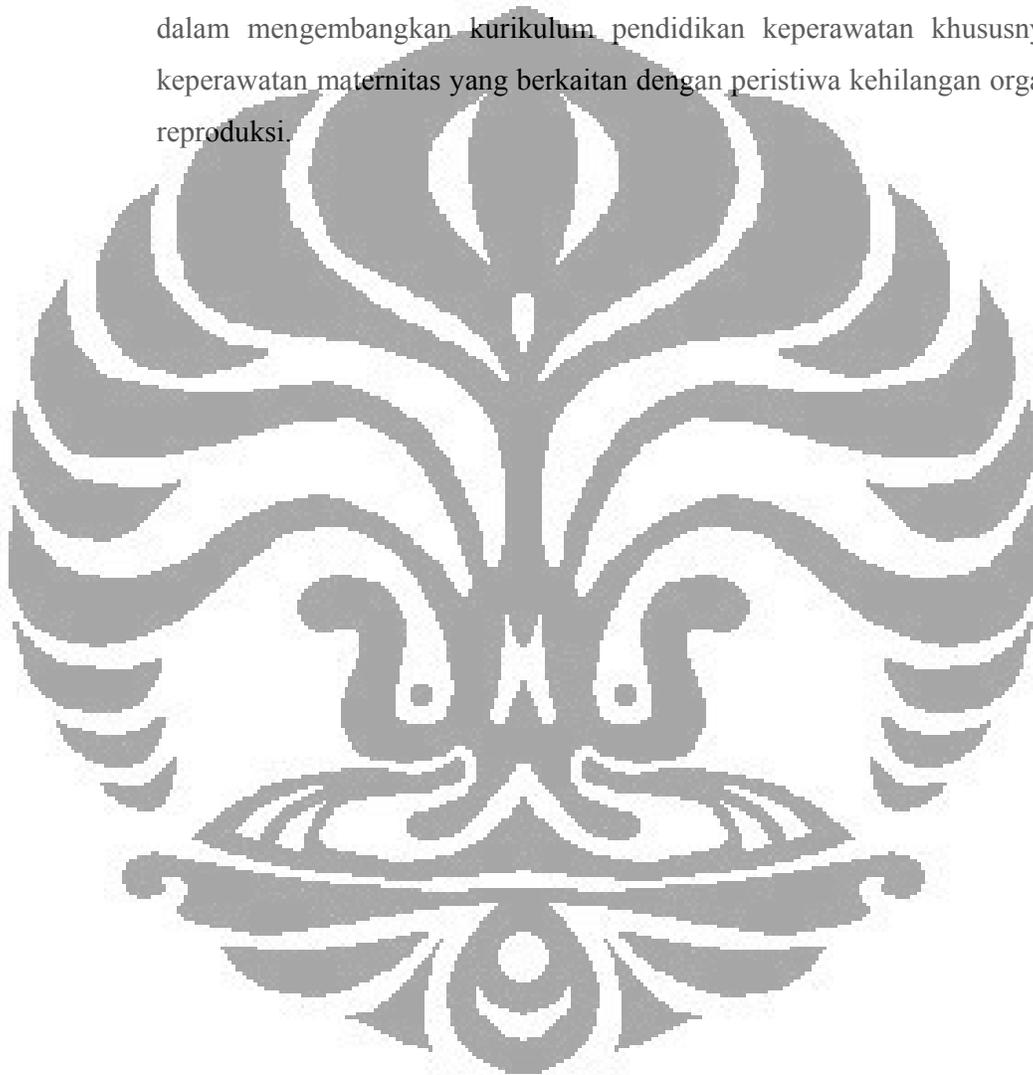
Penelitian ini memberikan kesempatan pada ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi untuk mengungkapkan perasaan dan berbagai upaya yang telah dilakukan dalam mengatasi masalah berkaitan dengan peristiwa histerektomi sehingga diharapkan ibu lebih mampu dalam mengidentifikasi peristiwa tersebut dan memahami dirinya untuk dapat direspon secara adaptif. Hasil penelitian diharapkan menjadi masukan yang berharga bagi ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi lainnya dapat melihat dan belajar melalui pengalaman yang serupa dari orang lain dalam menjalani proses berduka dan mengatasi masalah yang ada serta mendapat gambaran untuk menggunakan sumber – sumber koping dan beradaptasi dengan histerektomi.

1.4.2 Bagi instansi pelayanan keperawatan

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

1.4.3 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 dan pola coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi. Selain itu juga dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan atau acuan dalam mengembangkan kurikulum pendidikan keperawatan khususnya keperawatan maternitas yang berkaitan dengan peristiwa kehilangan organ reproduksi.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menguraikan kajian kepustakaan yang melandasi penelitian ini, sebagai bahan rujukan dalam melakukan uraian/ bahasan meliputi histerektomi, konsep kehilangan dan berduka, mekanisme koping, peran perawat maternitas serta faktor – faktor yang mempengaruhi respon dan pola koping.

2.1 Histerektomi

2.1.1 Definisi

Histerektomi adalah pengangkatan sebagian atau seluruh uterus melalui proses pembedahan (Reeder & Martin, 2001). Histerektomi merupakan tindakan operatif yang dilakukan untuk mengangkat rahim, baik sebagian (subtotal) tanpa serviks uteri ataupun seluruhnya (total) dengan serviks uteri (Prawirohardjo, 2001). Penyebab dilakukannya histerektomi adalah mioma uteri, ca cerviks, perdarahan disfungsi uteri, nyeri pelvik, prolaps genital, *emergency obstetric* (perdarahan post partum karena atonia uteri, ruptur uteri, pelvic abses yang tidak memberikan respon terhadap pengobatan, plasenta previa maupun akreta), *pelvic inflammation*, endometriosis dan lain - lain (Stoval, 2002; Husodo, 2000; Doenges, 2001).

Menurut Smeltzer dan Bare (2002) dan Husodo (2005) ada 4 jenis tindakan histerektomi yaitu :

2.1.1.1 Histerektomi total, yaitu pengangkatan seluruh uterus dan serviks

Jenis histerektomi total dilakukan pada klien yang mengalami mioma uteri yang cukup besar dan mioma multipel.

2.1.1.2 Histerektomi subtotal, yaitu pengangkatan sebagian uterus dengan meninggalkan segmen bawah rahim.

Tindakan histerektomi subtotal umumnya dilakukan pada kasus emergensi obstetri seperti perdarahan postpartum karena atonia uteri, ruptur uteri, prolaps uteri dan plasenta akreta.

2.1.1.3 Histerektomi radikal, adalah pengangkatan uterus, alat – alat adneksa, sebagian dari parametrium, bagian atas vagina dan kelenjar – kelenjar regional

Histerektomi radikal pada ¹³ ya dilakukan pada klien yang mengalami kanker serviks stadium Ia2 (invasi kanker pada kedalaman 3 – 5 mm dan lebar tidak lebih dari 7 mm) sampai stadium IIa (kanker telah bermetastase ke vagina).

2.1.1.4 Eksenterasi pelvik, adalah pengangkatan semua jaringan didalam rongga, pelvik, termasuk kandung kemih atau rektum

Tindakan eksenterasi pelvik dilakukan pada klien yang mengalami kanker yang telah bermetastase ke kandung kemih dan atau rektum.

2.1.2 Efek histerektomi

Perbedaan jenis pengangkatan uterus akan menimbulkan beberapa efek pada klien yang mengalami histerektomi. Berdasarkan jenis histerektomi, beberapa efek yang dapat terjadi pada klien adalah sebagai berikut :

2.1.2.1 Efek fisik - fisiologis

Perubahan fisik yang dapat terjadi pada klien adalah tidak adanya menstruasi dan terjadinya perubahan sensasi saat berhubungan seksual karena serviks ikut terangkat. Pada histerektomi total ovarium tetap memproduksi hormon estrogen dan progesteron sehingga klien tidak mengalami gejala klimakterium. Pada bulan pertama pasca histerektomi terjadi perubahan ketidakseimbangan hormon ovarium (Baziad, 2001).

Hormon estrogen dan progesteron bisa mengalami peningkatan dan penurunan yang diakibatkan oleh histerektomi. Hormon estrogen yang mengalami penurunan menyebabkan klien dapat mengalami gejala premenopause seperti rasa kedinginan, keringat banyak, berdebar – debar,

sakit kepala, nyeri otot, mudah lelah, susah tidur dan lain – lain. Gejala perubahan keseimbangan hormonal ovarium tidak akan berlangsung lama karena tubuh akan melakukan adaptasi sehingga dicapai keseimbangan hormon sesuai kebutuhan tubuh (Pakasi, 2000, anonim, 2007 www.mediastore.com, diperoleh tanggal 27 Januari 2008).

Perubahan fisik yang disebabkan peningkatan hormon estrogen adalah terjadinya percepatan pematangan folikel di ovarium, penurunan sekresi dan kadar glikogen pada vagina, peningkatan proliferasi pada payudara sehingga terasa lebih tegang, memicu pertumbuhan rambut pubis, ketiak dan pembentukan lemak pada panggul. Sedangkan pengaruh progesteron yang berlebih pada tubuh dapat merangsang hipotalamus untuk meningkatkan suhu tubuh $0,4 - 0,6^{\circ} C$, merangsang pembentukan lobulus dan alveolus pada payudara yang dirangsang oleh estrogen dan mencegah pertumbuhan folikel primer ovarium (Baziad, 2001).

Tindakan histerektomi subtotal tidak terlalu banyak berpengaruh terhadap perubahan fisik karena klien tetap memiliki sebagian organ rahim. Klien tetap mengalami menstruasi namun terjadi perubahan dalam jumlah pengeluaran darah menstruasi menjadi lebih sedikit dan waktu menstruasi yang lebih pendek (Baziad, 2001).

Pada wanita yang mengalami histerektomi radikal disertai pengangkatan ovarium, secara fisik klien akan mengalami gejala menopause karena produksi estrogen dan progesteron terhenti. Keluhan fisik yang dapat dirasakan oleh klien adalah keluhan vasomotorik berupa gejala panas (*hot flashes*), vertigo, keringat banyak dan kedinginan; gejala konstitusional berupa perasaan berdebar – debar, nyeri kepala, nyeri otot dan mudah tersinggung, keluhan neurotik berupa perasaan mudah lelah dan susah tidur (Pakasi, 2000; anonim, 2007, www.mediastore.com diperoleh 27 Januari 2009).

Perubahan fisik akibat hilangnya estrogen dan progesteron pada tubuh adalah perubahan payudara menjadi lebih kendur, datar, puting menciut dan kurang erektile, vagina mengalami penipisan, elastisitas berkurang, sekret menjadi encer dan sedikit serta perubahan peningkatan pH vagina. Klien mudah mengalami infeksi vagina, uretra ikut memendek, vesika urinaria mengalami penurunan aktivitas kendali spinkter dan detrusor sehingga klien sering BAK tanpa sadar, lemak subkutan pada perineum dan anus menghilang yang dapat mengakibatkan kelemahan spinkter ani (Baziad, 2003; Pakasi, 2000; anonim, 2007, www.mediacastore.com diambil tanggal 27 Januari 2009).

Selain perubahan organ diatas, hilangnya produksi estrogen dan progesteron juga dapat menyebabkan terjadi peningkatan tekanan darah, peningkatan kolesterol, kolesterol yang meningkat resiko untuk mengalami aterosklerosis. Penurunan kadar estrogen juga menyebabkan proses *osteoblast* terhambat dan *osteoklast* meningkat sehingga proses kerusakan tulang lebih cepat dibandingkan pembentukan tulang sehingga klien mudah mengalami osteoporosis (Baziad, 2001).

Perubahan fisik yang terjadi lebih kompleks pada eksenterasi pelvik karena organ yang diangkat adalah seluruh organ reproduksi, rektum dan kandung kemih. Perubahan fisik yang terjadi akibat pengangkatan organ reproduktif antara lain timbulnya gejala pra menopause karena tidak adanya ovarium seperti keluhan panas, vertigo, keringat banyak, kedinginan, berdebar – debar, nyeri kepala, nyeri otot, mudah lelah dan sulit tidur. Selanjutnya klien akan mengalami perubahan fisik seperti wanita menopause karena tidak adanya hormon estrogen dan progesteron didalam tubuh.

Selain organ reproduksi kandung kemih juga diangkat sehingga klien akan mengalami perubahan pola eliminasi karena pengeluaran urine langsung dari selang yang terpasang pada ginjal (nefrostomi). Pengangkatan rektum juga menyebabkan klien mengalami perubahan pola eliminasi buang air besar (BAB) karena BAB melalui stoma (Baziad, 2003; Pakasi, 2000; Anonim, 2007, www.mediacastore.com diambil tanggal 27 Januari 2009).

2.1.2.2 Efek psikologis

Perubahan yang terjadi secara psikologis akibat tindakan histerektomi total dan subtotal adalah klien akan mengalami disintegrasi kewanitaan yang bermanifestasi dalam depresi karena kehilangan uterus dan bisa menjadi sumber pertengkaran dalam keluarga. Masalah ini terjadi terutama bagi wanita muda yang belum menikah dan pasangan yang belum mempunyai anak. Tidak datangnya haid dan hilangnya kemampuan untuk menjadi hamil dirasakan tidak wajar oleh wanita muda. Klien mengalami masalah kehilangan atau berduka karena kemungkinan untuk hamil tetap menjadi sulit karena tempat bernidasi dan tumbuhnya janin menjadi lebih sempit (Baziad, 2001).

Klien akan mengalami kehilangan organ reproduksi, cemas terhadap resiko kambuhnya kanker, resiko berpisah dari pasangan karena disfungsi seksual. Efek psikologis yang dapat dialami klien dengan pasca histerektomi radikal beserta pengangkatan ovarium adalah rasa cemas perubahan tubuh yang akan terjadi akibat tidak adanya rahim dan ovarium. Masalah psikologis lebih lanjut dapat terjadi pada klien apabila hormon estrogen menurun antara lain berkurangnya gairah, berkurangnya konsentrasi perubahan emosi seperti mudah tersinggung, susah tidur, rasa takut, cemas, merasa kurang menarik dan tidak sabar. Perubahan psikis ini berbeda – beda tergantung dari kemampuan wanita untuk beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi (Baziad, 2001).

Farooqi (2005) melaporkan dalam penelitiannya bahwa semua wanita yang mengalami histerektomi akan tampak mengalami depresi yang berlebihan serta kecemasan selama fase setelah dilakukan histerektomi dibandingkan fase sebelum dilakukan histerektomi yang disebabkan faktor psikososial, kesalahan persepsi dalam budaya dan tingkah laku yang menyimpan yang dihubungkan dengan kehilangan uterus di masyarakat Pakistan, dimana status sebagai seorang wanita dan peran pentingnya dalam kapasitas bereproduksi.

Secara psikologis klien mengalami stres yang cukup berat karena sebagian organ penting hilang dari tubuhnya dan banyak peralatan yang terpasang pada tubuh setelah dioperasi. Klien dapat mengalami depresi berat dan melakukan bunuh diri karena merasa hidupnya tidak berarti (Baziad, 2001; Pakasi, 2000; anonim, 2007, www.mediastore.com diambil tanggal 27 Januari 2009).

2.1.2.3 Efek psikososial

Secara psikososial pandangan lingkungan termasuk suami dan keluarga terdekat khususnya akan sangat mempengaruhi kehidupan emosional wanita (Hudono, 2001). Lingkungan atau pasangan dan keluarga umumnya tetap menganggap bahwa wanita dengan pengangkatan sebagian rahim adalah wanita yang tidak sempurna (Hudono, 2001). Kehilangan kemampuan untuk melahirkan seorang anak akan menyebabkan peningkatan tekanan dari keluarganya dan pada akhirnya akan terjadi perceraian dengan suami.

2.2 Konsep kehilangan dan berduka

2.2.1 Pengertian Kehilangan

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian atau keseluruhan (Stuart & Sundeen, 2000). Klien pasca histerektomi pada usia produktif akan merasa kehilangan karena tidak

adanya rahim yang merupakan organ reproduksi penting untuk tempat pertumbuhan janin.

Proses kehilangan adalah realitas yang sering terjadi pada setiap individu sepanjang hidupnya. Kehilangan dapat dikelompokkan dalam 5 kategori yaitu kehilangan eksternal, kehilangan lingkungan orang yang dicintai, kehilangan aspek diri dan kehilangan hidup (Potter & Perry, 2005).

Klien dengan histerektomi mengalami jenis kehilangan aspek diri. Kehilangan aspek diri dapat mencakup bagian tubuh, fungsi fisiologis atau psikologis (Potter & Perry, 2005). Klien histerektomi mengalami kehilangan bagian tubuh yaitu uterus. Kehilangan fungsi tubuh seperti hilangnya fungsi rahim sebagai tempat untuk nidasi, pertumbuhan janin dan fungsi haid dan kehilangan psikologis seperti kehilangan rasa percaya diri dan harga diri (Hudono & Winkjosastro, 2001).

Kehilangan aspek diri terjadi karena tindakan histerektomi dilakukan untuk menghilangkan penyakit pada penderita mioma uteri atau kanker organ reproduksi dan upaya penyelamatan hidup untuk menghentikan perdarahan akibat atonia uteri, ruptur uteri, prolaps uteri atau kondisi plasenta akreta/ inkreta. Kehilangan aspek diri akan menurunkan kesejahteraan individu dan wanita yang mengalami histerektomi tidak hanya mengalami kedukaan akibat kehilangan tetapi juga perubahan permanen dalam citra tubuh (Potter & Perry, 2005).

2.2.2 Berduka

Berduka adalah respon normal kehilangan. Berduka diwujudkan dengan berbagai cara yang unik dari masing – masing orang berdasarkan pengalaman pribadi, ekspektasi budaya dan keyakinan spiritual yang dianutnya (Potter & Perry, 2005). Perilaku dan perasaan yang berkaitan dengan proses berduka terjadi pada individu yang menderita kehilangan

seperti kehilangan rahim yang menyebabkan ketidakmampuan memiliki anak. Selain individu yang mengalami berduka, keluarga dan dukungan sosial juga ikut berduka.

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 (Valnyck, 2004, <http://www.counselingforloss.com>, diperoleh tanggal 2 Februari 2009).

Respon yang ditampilkan dari seseorang yang kehilangan organ tubuh dapat melalui tahap – tahap berikut ini (Kubbler Rose dalam Stuart & Sundeen, 2005) :

1. Tahap pengingkaran

Pengingkaran adalah respon segera setelah kehilangan. Respon fisiologis yang terjadi adalah kelemahan muskuler, tremor, menghela nafas, kulit dingin atau pucat, berkeringat banyak, anoreksia dan ketidaknyamanan. Klien akan menghindari penerimaan realitas situasi bahwa organ tubuh telah hilang. Status emosional labil, klien akan mengisolasi diri dan sumber informasi yang akurat atau menolak perawatan.

2. Tahap marah

Pada tahap marah individu akan mengekspresikan marah kepada keluarga, tenaga kesehatan atau Tuhan Yang Maha Kuasa. Rasa marah ini dapat muncul setelah klien menyadari bahwa rahimnya telah diangkat dan ia tidak memiliki kemampuan untuk mendapatkan keturunan. Marah dapat mencetuskan rasa bersalah, mengarahkan pada kecemasan dan menurunkan harga diri. Klien merasa lekas marah dan

cemburu kepada orang lain yang memiliki organ tubuh yang lengkap. Klien menolak untuk berbagi perasaan dan pikiran.

3. Tahap tawar – menawar

Pada tahap tawar – menawar individu berkeinginan untuk melakukan apa saja untuk menghindari nasib atau mengubah prognosis. Individu mencoba membuat penawaran dengan Tuhan Yang Maha Kuasa agar terhindar dari kehilangan.

4. Tahap Depresi

Pada tahap depresi, realitas terhadap kehilangan telah disadari oleh klien. Klien menunjukkan gejala bingung, kurang motivasi, tidak menunjukkan minat, tidak membuat keputusan dan menangis. Klien menunjukkan sikap menarik diri, kadang – kadang bersikap penurut, pendiam, tidak memperhatikan penampilan, menyatakan keputusasaan, rasa tidak berharga, bahkan keinginan untuk bunuh diri.

5. Tahap penerimaan

Tahap penerimaan merupakan tahap yang berkaitan dengan reorganisasi perasaan kehilangan. Klien mulai dapat berbagi perasaan tentang kehilangan, menerima kenyataan, kembali beraktivitas seperti biasanya dan mulai memandang masa depan.

Kozier, et al. 2000 menggambarkan fase – fase dari respon berduka sebagai berikut :

Pertama, fase syok. Orang yang bertahan/ selamat dengan perasaan bingung, khayalan dan ketidakpercayaan. Mereka sering kali tidak berpikir secara normal. Fase ini terjadi beberapa menit hingga beberapa hari. Respon yang ditampilkan yaitu ketidakpercayaan, kebingungan, kegelisahan, merasa tidak nyata, kemunduran dan ketidakberdayaan, status

bahaya. Gejala fisik antara lain mulut dan tenggorokan kering, mendesah, menangis, kehilangan kontrol otot, tubuh bergetar, tidak terkontrol, gangguan tidur dan kehilangan nafsu makan; gejala psikologis antara lain 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 disampaikan yaitu kecenderungan memisahkan diri, konflik, menampilkan ekspresi emosi, stress yang berkepanjangan. Gejala fisik antara lain menangis dan gangguan tidur. Gejala psikologis antara lain 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. Gejala fisik antara lain lemah, lelah, butuh waktu tidur lebih, menurunnya sistem kekebalan tubuh. Gejala psikologis antara lain menarik diri, pikiran yang menghantui, berduka dan memperbaharui/ mengubah 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 orang tua. Gejala fisik antara lain bertambahnya energi, kembalinya waktu tidur, kembalinya sistem kekebalan tubuh dan penyembuhan fisik. Gejala psikologis antara lain 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 antara lain kesepian, reaksi terhadap perayaan atau hari jadi, mencari orang lain.

Menurut Potter dan Perry (2005), beberapa faktor yang mempengaruhi individu berespon terhadap kehilangan diantaranya adalah 1). Karakteristik personal seperti usia, pendidikan, status sosioekonomi, 2). Sifat kehilangan permanen atau sementara, 3). Pengalaman mengatasi stres masa lalu, 4). Mekanisme koping yang digunakan, 5). Sistem dukungan sosial, 6). Keyakinan spiritual.

2.2.3 Gambaran umum respon ibu dengan histerektomi

Perasaan berduka dialami ibu yang mengalami histerektomi sebagai respon terhadap kehilangan. Ibu berduka karena telah kehilangan rahimnya sehingga dirinya kehilangan harapan untuk kembali mendapatkan anak, rasa bersalah kepada anggota keluarga terutama pada pasangan karena tidak sesuai dengan harapan mereka. Beatrice, Hirvonen dan Lertola (2005) menambahkan bahwa wanita setelah mengalami histerektomi akan mengalami beberapa keluhan berupa kecemasan, depresi dan sikap memusuhi. Adapun kelompok wanita nullipara sangat beresiko untuk mengalami mood yang jelek.

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Reis, Engin, Ingec dan Bag (2007), menyebutkan respon wanita yang mengalami histerektomi dapat dilihat dari lima topik utama didalam kepercayaan dan perilaku diantaranya mengenai identitas feminin, hubungan dengan suami/keluarga, kehidupan seksual, menopause dan pandangan dari masyarakat. Hasil dari penelitian ini menyebutkan bahwa kepercayaan dan perilaku wanita yang mengalami histerektomi akan memperkuat pemberi pelayanan

kesehatan untuk menyediakan *sensitive cultural* dan perawatan yang komprehensif.

Penelitian yang dilakukan oleh Leppert, Legro dan Kjerulff (2007), menyebutkan bahwa wanita yang mengalami histerektomi akan mengalami distress psikologis yang meliputi kecemasan, depresi, marah serta kebingungan untuk mencari bantuan dari tenaga profesional untuk masalah emosionalnya. Isu mengenai kehilangan kesuburan pada wanita yang mengalami histerektomi juga menyebabkan kecemasan, ambivalensi serta ketakutan kehilangan kemampuan untuk memiliki anak.

Hasil penelitian dari Wang, Lambert, & Lambert. (2007), menemukan bahwa wanita yang dilakukan histerektomi akan cenderung menyalahkan dirinya sendiri dan hal ini merupakan salah satu faktor pencetus terjadinya kecemasan dan depresi. Evaluasi diri yang negatif dari pasien tentang dirinya akan sangat mempengaruhi status psikologis maupun kesehatan mentalnya.

2.3 Mekanisme koping

Koping adalah setiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stres. 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 didalamnya kemampuan individu dalam perubahan, pertukaran sikap, pikiran, perasaan, proses memperoleh informasi, pengetahuan memori dan sebagainya. Menurut Broolen, 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, akan tetapi juga meliputi usaha menghindari, mentoleransi, meminimalkan atau menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut. Berdasarkan ketiga definisi ini, maka peneliti menyimpulkan bahwa

mekanisme koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan 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 positif. Perilaku yang terlihat berupa upaya mengatasi emosi yang timbul pada tingkat kognitif seperti menghindari, meyalahkan diri sendiri, mengatur/ mengusir emosi yang disebabkan oleh stressor (Scott, 2000).

Miller (2000), menyebutkan bahwa terdapat berbagai fungsi koping yang dibedakan dari kerangka teori koping diantaranya: 1). Mengurangi ketegangan dan meningkatkan keseimbangan/ adaptasi, 2). Pengambilan keputusan, 3). Mempertahankan otonomi dan kebebasan, 4). Motivasi untuk memenuhi kebutuhan lingkungan sosial, 5). Mempertahankan keadaan sosial, psikologi dan fisik yang stabil, 6). Mengontrol adanya potensial stressor, 7). Menghindari evaluasi diri yang negatif.

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 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.

2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi mekanisme koping

Menurut Erikson (2004) mekanisme koping dipengaruhi oleh:

1) Faktor internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri meliputi umur, kepribadian, intelegensi, pendidikan, nilai kepercayaan, budaya, emosi dan kognitif.

2) Faktor eksternal

Faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar diri meliputi dukungan sosial, lingkungan, keadaan keuangan, dan penyakit.

Dukungan Sosial

Friedman (2003) menyatakan bahwa dampak positif dari dukungan sosial adalah meningkatkan penyesuaian diri seseorang terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan. Sumber dukungan ini salah satunya adalah berasal dari keluarga. Karena keluarga merupakan kumpulan dua atau lebih individu yang saling tergantung satu dengan yang lain terhadap dukungan emosional, fisik dan ekonomi (Hanson & Boyd, 2001).

Menurut Hamilton (2000), salah satu faktor penting yang mempengaruhi bagaimana seorang ibu mengatasi masa-masa krisis adalah dukungan sosial yang mereka harapkan. Dukungan ini merupakan orang-orang dan sumber-sumber yang terdekat dan tersedia untuk memberikan dukungan, bantuan, dan perawatan. Dukungan sosial ini antara lain dukungan

emosional, dukungan informasi, dukungan instrumen/ materi dan penilaian positif. Fungsi sistem pendukung sosial khususnya keluarga adalah dalam rangka meningkatkan, melindungi dan mempertahankan status kesehatan individu kearah yang lebih baik, karena dukungan sosial mempunyai hubungan yang erat dengan perilaku kesehatan seseorang (Pender, Murdaugh, Person. 2002).

Menurut Jirojwong, Dunt dan Goldsworthy (2001), menjelaskan 4 jenis dukungan sosial, yaitu :

- a. Dukungan emosi (mengkomunikasikan cinta, peduli, percaya atau perhatian).
- b. Dukungan instrumental (membantu orang secara langsung, mencakup memberi uang, tugas rumah, kerja).
- c. Dukungan informasi (menceritakan cara menolong agar dapat mendefinisikan suatu informasi untuk mengetahui hal-hal seseorang yang dia perlu ketahui, memecahkan masalah dengan berbagi informasi atau menemukan hal-hal untuk orang lain).
- d. Dukungan penghargaan (membantu orang belajar tentang dirinya sendiri dengan menjadi seseorang pada situasi yang sama atau pengalaman yang serupa, mirip dalam berbagai cara penting atau membuat perasaan dirinya didukung oleh karena berbagi gagasan dan perasaan).

Menurut Vandall-Walker dalam Bomar (2004), empat dimensi dukungan keperawatan untuk keluarga yang meliputi dukungan emosional (empati, menghormati, perhatian, kepercayaan, kepedulian, memberi arti). Dukungan instrumental (kenyamanan, kedekatan, pengertian, minat keluarga, jaminan finansial), dukungan informasi (memahami, belajar, kontrol, bertanya, kepercayaan, validasi, percaya diri), dukungan spiritual (harapan, doa, memahami alasan, pengertian).

Menurut Recker (2007), sumber eksternal yang paling utama adalah dukungan sosial. Dukungan sosial diartikan sebagai rasa memiliki informasi bagi seseorang. Dukungan sosial tersebut memiliki 3 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 diatas mengenai pentingnya dukungan sosial sebagai sumber coping eksternal. Ibu yang mengalami peristiwa kegagalan dalam kehamilan menggunakan strategi berbicara dengan orang terdekat tentang kesedihan yang dirasakannya dan mereka mengatakan pentingnya support yang mereka terima dari orang – orang yang mereka ajak berbicara dan memberikan dukungan yang sangat menentramkan hati mereka. Keluarga dan teman yang telah 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 konseling dari suatu *support groups* tertentu

2.5 Peran perawat maternitas dalam memfasilitasi coping wanita yang mengalami histerektomi

Perawat maternitas adalah tenaga profesional dibidang keperawatan maternitas sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kepada individu pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas sesuai 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).

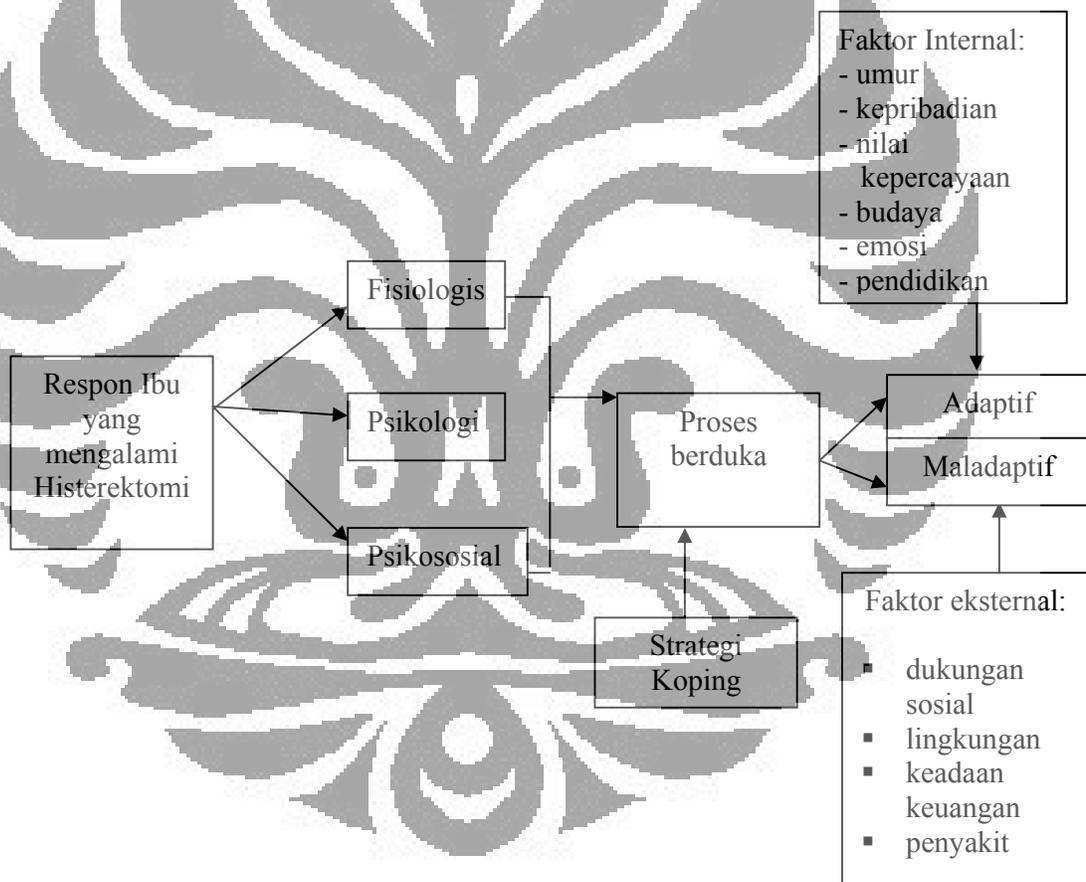
Berkaitan dengan tanggung jawab perawat maternitas tersebut, Swanson (2000) mengidentifikasi lima komponen keperawatan maternitas dalam memberikan perawatan pada ibu dan keluarga yang mengalami kehilangan selama periode perinatal, terdiri dari : 1). *Knowing*, perawat melakukan pengkajian untuk memahami apa yang dimaksud dengan kehilangan dan bagaimana arti kehilangan bagi ibu dan keluarga, 2). *Emphaty*, 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 pasca histerektomi, 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 dirumah 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.

Bobak, et al (2005) menyatakan bahwa perawat maternitas dapat berperan sebagai *educator, conselor, caregiver/provider, researcher dan advocate*. Berkaitan dengan berbagai peran sebagai *educator*, perawat harus memiliki pengetahuan tentang respon kehilangan dan peristiwa histerektomi 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 dapat berperan sebagai *care giver* dengan melakukan pengkajian dimulai dengan anamnesa untuk mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik, selanjutnya perawat dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan hasil pengkajian. Perawat dapat berperan sebagai *conselor* dalam memberikan informasi yang berkaitan dengan dampak dan proses berduka yang berkepanjangan, pembentukan strategi koping dan hal –hal lain yang diperlukan keluarga sesuai dengan hasil pengkajian. Perawat juga dapat bertindak sebagai peneliti (*researcher*) dengan melakukan dan mengembangkan berbagai penelitian yang berkaitan dengan histerektomi, tidak hanya pada masalah fisik namun juga masalah psikosial sehingga dapat berguna dalam meningkatkan efektivitas intervensi keperawatan bagi ibu dan keluarga dengan histerektomi.

Berdasarkan dari beberapa uraian teori diatas dapat disimpulkan bahwa ibu yang mengalami histerektomi akan mengalami proses berduka sehingga akan berespon terhadap kehilangan. Respon berduka tersebut dapat bersifat patologis jika berlangsung terus menerus atau berkepanjangan dapat menjadi stresor sehingga menimbulkan stres emosional yang mengganggu kesehatan fisik dan mental bahkan dapat berlanjut kepada depresi. 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 dapat menggunakan strategi koping yang tepat sehingga dapat menjadi lebih baik dan adaptif.

2.6 Kerangka Teori Penelitian



Sumber : Kerangka Teoritis Respon dan Koping Ibu dengan Histerektomi (Modifikasi dari Bobak, Jensen & Lowdermilk (2005); Lazarus (2000), Patterson (2000), Stuart & Sundeen (2000), Baziad (2003))

BAB 3 METODA PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* yaitu suatu pendekatan ilmiah yang menekankan makna dari pengalaman seseorang yang menghasilkan suatu teori (Cresswell, 2001). Pernyataan ini juga dijelaskan oleh Basrowi dan Sadikin (2002), menyatakan bahwa pendekatan *grounded theory* merupakan suatu cara pendekatan kualitatif yang dilakukan secara sistematis dengan menggunakan suatu prosedur tertentu untuk menghasilkan teori.

Tujuan penggunaan *grounded theory* adalah untuk memahami perilaku manusia yang alamiah dengan menggeneralisasikan teori tentang fenomena sosial dan psikologi (Streubert & Carpenter, 2003). Konsep penting dari penelitian dengan pendekatan *grounded theory* adalah penelitian ini tidak memulai dari suatu teori namun berdasarkan data – data yang diperoleh saat penelitian. Data – data tersebut dibentuk menjadi suatu teori, kemudian teori yang sudah diperoleh dihubungkan dengan penemuan data – data dari penelitian sebelumnya.

Berdasarkan uraian konsep diatas, maka penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk menghasilkan gambaran dan memahami secara mendalam

respon ibu yang mengalami histerektomi serta berbagai upaya yang telah dilakukan ibu untuk mengatasi permasalahannya. Pendekatan *grounded theory* digunakan karena penelitian ini mengembangkan sebuah teori/ konsep yang berkaitan dengan respon dan pola koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi.

3.2 Partisipan

Sugiyono (2007) dan Hutchinson (2001 dalam Streubert & Carpenter, 2003) mengatakan bahwa penentuan unit sampel (partisipan) dalam penelitian *grounded* dianggap telah memadai apabila telah sampai pada taraf saturasi (data telah jenuh dan bila ditambah sampel baru lagi tidak memberikan informasi yang baru). Thomson (2004) menambahkan bahwa jumlah sampel pada penelitian *grounded theory* 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, 2003) untuk mengembangkan kategori yang muncul menjadi lebih pasti dan berguna serta membantu peneliti dalam mengidentifikasi batasan-batasan konsep yang ditemukan (Denzin & Lincoln, 2003). Pada *purposeful sampling*, sampel dipilih juga merupakan sampel yang dianggap mampu dan paling baik berkontribusi dalam pembentukan teori (Creswell, 2001).

Partisipan yang dilibatkan pada penelitian ini memiliki kriteria inklusi yaitu semua ibu primipara dan nullipara yang masih menginginkan anak yang mengalami histerektomi yang sedang atau pernah dirawat dirumah sakit dalam kurun waktu bulan April sampai Juni 2009. Setelah menentukan kriteria partisipan penelitian, peneliti meminta informasi dari perawat yang bertugas di ruang A RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro, untuk melakukan pendekatan kepada partisipan yang memenuhi kriteria tersebut. Peneliti menemui partisipan, menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian, memberikan *informed consent* dan meminta menandatangani apabila bersedia menjadi

partisipan. Sebanyak tujuh orang partisipan yang terdiri dari lima ibu primipara dan dua ibu nullipara secara sukarela menceritakan tentang peristiwa kehilangan yang terjadi pada dirinya karena pengangkatan rahim.

3.3 Waktu Penelitian

3.3.1 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 (Streubert & Carpenter, 2003). Dalam persiapan 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 2009. 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*.

3.3.2 Waktu Pelaksanaan

Penelitian dilakukan setelah proposal melalui sidang proposal yang telah dilaksanakan pada akhir Maret 2009. Peneliti mendapatkan banyak masukan, melakukan perbaikan dan akhirnya telah dinyatakan layak untuk melakukan penelitian. Penelitian disertai proses analisa data mulai dilakukan pada awal April 2009 hingga awal Juni 2009

3.3.3 Waktu Penyusunan Laporan

Penyusunan laporan, perbaikan analisa data dengan konsultasi pembimbing dilakukan peneliti mulai dari awal Juni sampai dengan awal Juli 2009

3.4 Tempat Penelitian

Menurut Streubert dan Carpenter (2000), *setting* penelitian adalah lapangan dimana individu menjalani pengalaman hidupnya. Tujuan dilakukan riset dilapangan adalah untuk mendapatkan *setting* natural dimana satu fenomena terjadi, tempat penelitian memerlukan interaksi sosial tertentu untuk memudahkan dalam mendapatkan informasi. Sedangkan Morse dan Jenice (2000) berkaitan dengan *setting* penelitian menyatakan bahwa pada penelitian kualitatif, pengumpulan data lapangan harus dilakukan dari latar alamiah dimana fenomena terjadi tanpa intervensi dari peneliti baik dalam bentuk rekayasa dan eksperimentasi. Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan diruang A, RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dan atau dirumah partisipan yang bertempat tinggal di wilayah Klaten.

3.5 Etika Penelitian

Sebagai pertimbangan etik, peneliti menyakinkan bahwa partisipan terlindungi dengan memperhatikan aspek kebebasan atau rasa sukarela (*self determination*) untuk menentukan apakah partisipan bersedia atau tidak untuk berkontribusi dalam penelitian. Peneliti menghormati hak-hak partisipan, seperti untuk mendapatkan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian (Poerwandari, 2005).

Terkait dengan penelitian ini, adalah mengetahui respon dan koping ibu yang mengalami histerektomi. Partisipan sebagai subjek yang mengalami histerektomi diberikan rasa aman untuk terlibat dalam penelitian ini. Oleh karena itu, peneliti membina hubungan baik dengan semua partisipan dan keluarganya, dan berusaha menyakinkan partisipan bahwa segala informasi yang disampaikan dijaga kerahasiaannya (*Confidentiality*) oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian, dan dimusnahkan bila semua data sudah tidak digunakan lagi. Peneliti menjaga identitasnya selama dan sesudah penelitian (*Privacy*). Selama kegiatan penelitian semua partisipan diberlakukan sama dengan memberi nomor sebagai pengganti nama partisipan

(*Anonymity*) dan selama pengambilan data peneliti berusaha untuk memberi kenyamanan pada partisipan (*Protection from discomfort*) dengan memberi kebebasan dalam menentukan waktu pertemuan/ wawancara dan dalam mengungkapkan pengalamannya secara leluasa tanpa tekanan (Polit, Beck & Hungler, 2001).

Sebelum dilakukan wawancara dan observasi pada partisipan, terlebih dahulu peneliti melakukan pendekatan personal, dengan pertanyaan-pertanyaan yang umum, dengan pendekatan ini diharapkan partisipan merasa nyaman berbicara dengan peneliti (Polit & Hungler, 2001). Disamping itu partisipan diberikan *informed consent* dan meminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan sebagai tanda bahwa partisipan bersedia mengikuti penelitian. Selain itu, sebelum menggunakan *tape recorder*, peneliti meminta persetujuan kepada partisipan setelah terlebih dahulu menjelaskan tujuannya.

3.6 Alat Pengumpulan Data

Menurut Streubert dan Carpenter (2000) pada dasarnya alat pengumpulan data dari penelitian *grounded theory* adalah peneliti sendiri sedangkan alat – alat lainnya seperti catatan, audiotape, videotape dan alat tulis merupakan alat pelengkap untuk membantu 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 (*tape recorder*). Peneliti juga menggunakan pedoman observasi yaitu catatan lapangan “field note” hasil observasi pada saat wawancara dan juga sesudah wawancara untuk melihat hal – hal yang belum dan sudah diperoleh selama wawancara (lampiran 5). Menurut Sugiyono (2007) terdapat 3 komponen dalam observasi partisipan untuk mengetahui situasi social yaitu *place*, *act* 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 aktivitas peneliti dan partisipan serta *activity*/aktivitas merupakan kegiatan yang dilakukan oleh aktor dalam situasi sosial dalam hal ini aktivitas 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 non verbal partisipan.

Validasi peneliti sebagai alat penelitian dilakukan oleh peneliti sendiri meliputi : 1). Validasi terhadap pemahaman metode kualitatif, 2). Penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, 3). Kegiatan peneliti memasuki objek penelitian baik akademik maupun logistik melalui uji coba yang dilakukan sebelumnya.

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 histerektomi dalam hal ini peneliti juga telah menyelesaikan dan lulus dalam mata kuliah Keperawatan Maternitas 1 dan 2 serta telah menjalani Aplikasi Maternitas Lanjut 1 dan 2.

Sedangkan kesiapan peneliti terjun ke area penelitian diukur melalui uji coba yang dilakukan sebelumnya.

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 data – data penelitian. Uji coba dilakukan kepada seorang ibu primipara yang sudah mengalami histerektomi dan sudah satu bulan pulang dari perawatan dirumah sakit. Berdasarkan hasil uji coba tersebut, peneliti merasa perlu meningkatkan kemampuan teknik mendengar dengan penuh perhatian, penguasaan pertanyaan berikut pengembangannya dan melatih kesabaran dalam menggali informasi dari

seseorang yang sedang dan masih berduka. Kemampuan peneliti dalam menggunakan alat rekaman tape 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 semua dengan baik namun peneliti merasakan ada beberapa pertanyaan dalam urutan yang kurang tepat sehingga proses wawancara menjadi kurang efektif, oleh karena itu peneliti melakukan revisi untuk urutan pertanyaan. 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

3.7 Metode dan Prosedur Pengumpulan Data

3.7.1 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 kualitatif lainnya. Hal yang spesifik yang membedakan pengumpulan data pada penelitian *grounded theory* ditekankan pada penggalian data perilaku yang sedang berlangsung (*life history*) untuk melihat prosesnya serta ditujukan untuk memperoleh data/informasi terkait dengan hal – hal yang bersifat kausalitas (Streubert & Carpenter, 2003).

Wawancara dalam penelitian merupakan teknik komunikasi antara peneliti dengan partisipan. Peneliti sebagai interviewer harus responsif, tidak subyektif, 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).

Wawancara dilakukan peneliti sesuai dengan pedoman wawancara yang telah dibuat namun bisa berkembang mengikuti jawaban partisipan untuk mendapatkan data yang lebih mendalam. Peneliti merekam hasil wawancara tersebut, selain itu untuk memperluas data, peneliti mencatat dan merekam sumber data langsung yang berupa kata – kata atau kalimat – kalimat yang diungkapkan oleh orang – orang yang berada disekitar 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. Pada penelitian ini, peneliti juga melakukan observasi terhadap respon partisipan selama dan sesudah wawancara berlangsung. Hal – hal yang diungkapkan tersebut telah didokumentasikan oleh peneliti melalui rekaman dan juga *field note*

Selain wawancara, observasi serta catatan lapangan (*field note*) 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

3.7.2 Prosedur Pengumpulan Data

Setelah mendapatkan ijin Fakultas Ilmu Keperawatan tentang pelaksanaan penelitian berjudul respon dan coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi, peneliti meminta izin kepada Direktur Utama RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten dan bertemu dengan Kabag Diklit RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten. Setelah perizinan keluar, peneliti datang ke unit terkait untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian sekaligus memohon untuk mendapatkan fasilitator (perawat) yang dapat memfasilitasi untuk mendapatkan calon partisipan. Perawat mendampingi peneliti untuk mengadakan perkenalan. Selanjutnya peneliti sendiri yang melakukan pendekatan lebih mendalam kepada partisipan.

Pendekatan dimulai dengan memperkenalkan diri kepada partisipan, memberikan dukungan semangat dan kekuatan kepada partisipan atas operasi pengangkatan rahim yang dialami oleh partisipan. Sebelum wawancara peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian, manfaat penelitian, peran serta partisipan sesuai dengan kesepakatan, resiko 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 berpartisipasi 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 sekitar 45 – 60 menit untuk setiap partisipan. Selama wawancara berlangsung, peneliti melakukan pencatatan terhadap respon partisipan, sementara *tape recorder* tetap dipasang. Waktu dilakukannya wawancara dilakukan pagi hari yaitu sekitar jam 08.30 – 10.00 atau siang hari yaitu sekitar jam 12.30 – 14.00, akan tetapi hal ini terkadang berubah sesuai dengan keinginan partisipan. Adapun dalam penelitian ini enam partisipan dilakukan wawancara dirumah sakit dan satu orang partisipan dilakukan wawancara dirumah.

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 partisipan. Peneliti melakukan konsultasi kepada pembimbing untuk mendapat masukan tentang kelengkapan data/ tambahan pertanyaan. Selanjutnya peneliti melakukan validasi dengan mengklarifikasi data - data yang kurang jelas yang diperoleh, sebelumnya dengan cara meminta partisipan membaca transkrip yang telah dibuat apakah sudah sesuai atau belum, peneliti memberikan kesempatan kepada partisipan untuk memperluas, menambahkan serta mengurangi deskripsi pengalaman mereka sehingga diperoleh keakuratan data. Akan tetapi ada tiga partisipan yang tidak mau membaca transkrip sebelumnya karena telah menganggap peneliti sudah benar dalam menuliskannya, sehingga peneliti akhirnya mengulangi pertanyaan yang lalu, dimana jawaban dari partisipan kurang jelas dan belum menjawab dari tujuan penelitian.

Peneliti melakukan wawancara sebanyak tiga kali pada setiap partisipan berkaitan dengan validasi dan klarifikasi data. Wawancara lanjutan dilakukan rata – rata 2 hari sesudah wawancara pertama, dimana transkrip/ data wawancara pertama telah dibuat oleh peneliti. Wawancara kedua ini ditujukan untuk membuat perbaikan jika ada kesenjangan data yang diperoleh dari wawancara pertama juga mengklarifikasi hal – hal yang belum jelas dari partisipan. Peneliti melakukan *follow up interview* dirumah partisipan untuk klarifikasi data pada tiga orang partisipan yang pernah diwawancarai di rumah sakit karena partisipan sudah pulang dari perawatan.

3.8 Analisis Data

Proses analisa data dalam *grounded theory* adalah proses yang saling berkaitan erat, dan dilakukan secara bersamaan dari analisis data dan peneliti melakukannya sejak awal pengumpulan data. Proses pengumpulan data, pengkodean dan analisa data dilakukan secara sirkuler dan simultan.

Data yang sudah didapatkan melalui wawancara segera dibuat transkripnya dan diberi pengkodean kemudian dilakukan analisis. Setelah semua hasil wawancara terkumpul, data dibaca dan dilakukan pengkodean kembali, diharapkan dengan melakukan pengkodean yang berulang mendapatkan hasil yang sama dan membentuk data yang konsisten. Data yang sudah diberi kode diverifikasi oleh pembimbing tesis sebagai ahli dalam penelitian kualitatif untuk mendapatkan persetujuan dan meningkatkan reabilitas.

Data dilihat dari berbagai sudut pandang, baik sudut pandang perawat, ibu primipara dan nullipara serta suami/ keluarga serta peneliti. Peneliti melakukan pelabelan fenomena terhadap informasi yang didapat dari wawancara dan observasi, kemudian dikelompokkan dalam kategori-kategori yang terkait dengan fenomena (*Open coding*). Kategori-kategori ini membentuk sub kategori yang disebut sebagai karakteristik yang memberi arti

dan makna kategori dan batasan kategori yang merupakan satu kesatuan waktu, frekuensi, angka, durasi, tingkat, intensitas dan pemicu.

Peneliti membuat penentuan terhadap jenis kategori kemudian dilanjutkan dengan penemuan hubungan antar kategori atau antar subkategori (*Axial coding*). Hubungan antara kategori-kategori dan sub-sub kategori diidentifikasi berdasarkan : Kondisi, strategi aksi/ interaksi, dan konsekuensi (Creswell, 2001; Denzin & Lincoln, 2003).

Setelah itu peneliti menggabungkan semua kategori untuk menghasilkan kategori-kategori tunggal, dan menyaringnya sehingga berbentuk skema teoritis (*Selective coding*). Pada tahap ini hipotesa sementara tentang pola-pola/ kerangka konsep yang terkait dihasilkan (Creswell, 1998; Denzin & Lincoln, 2003).

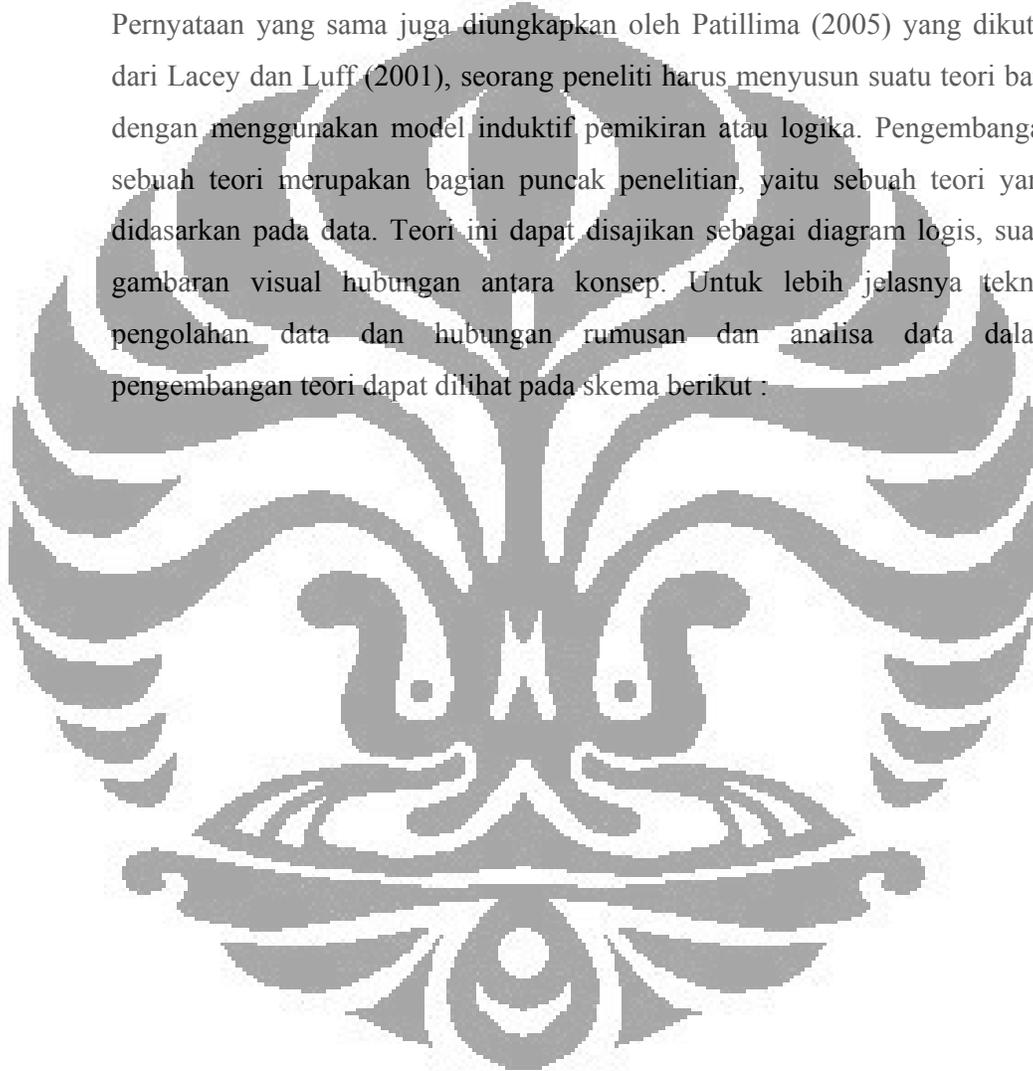
Dari hasil pengkodean tema-tema dan kategori-kategori dimodifikasi dan diintegrasikan kedalam bentuk konsep dengan melalui proses *theoretical coding*, yang memberikan arah dan tujuan dari pemikiran peneliti dan memberikan abstrak untuk teori yang dihasilkan dengan menggunakan hasil pengkodean sebelumnya (Streubert & Carpenter, 2003).

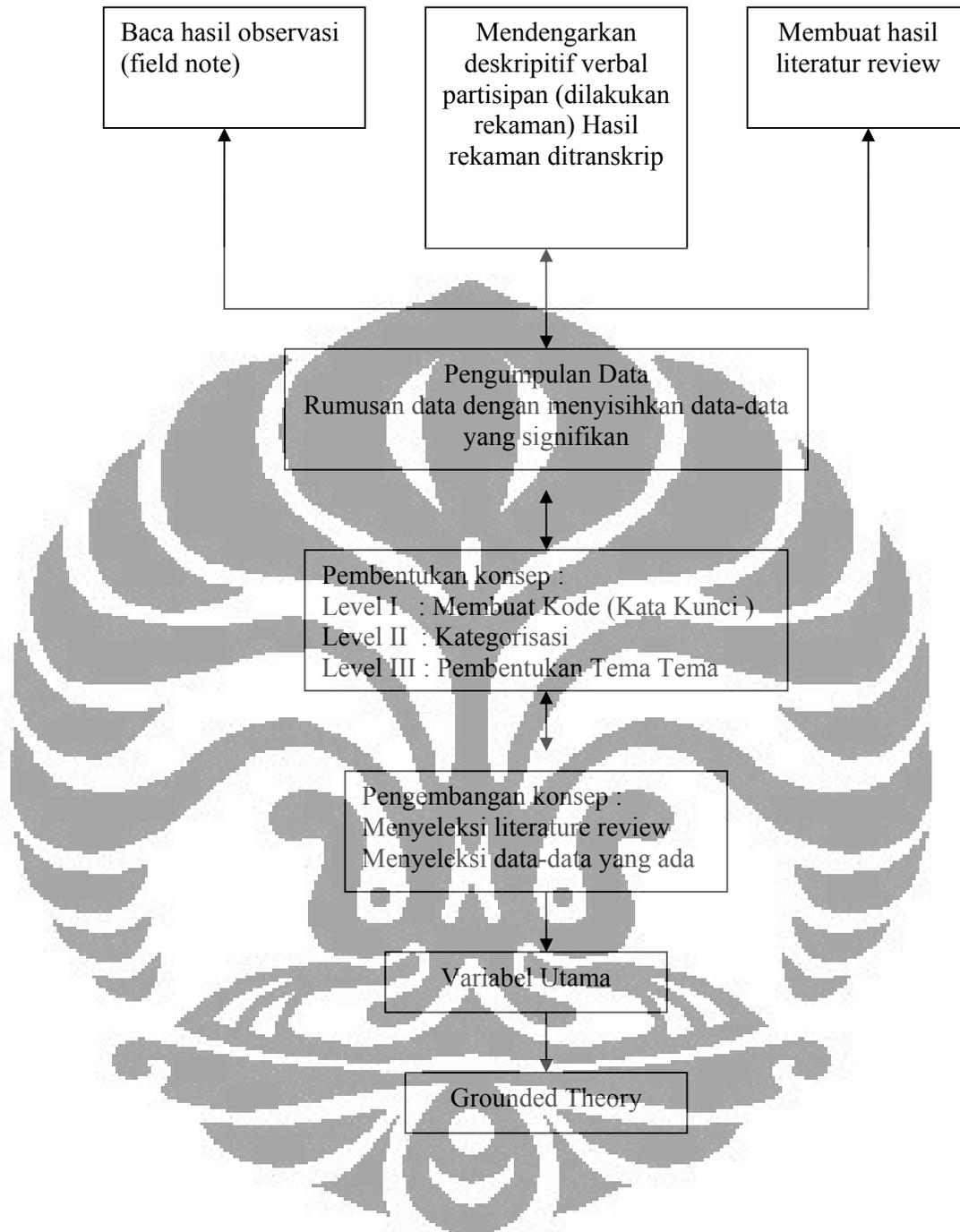
Tema-tema dan kategori yang muncul selanjutnya diidentifikasi dan diklarifikasi sampai kategori mencapai saturasi dan penelitian ini berhasil mengembangkan kategori-kategori inti. Selanjutnya peneliti memvalidasi teori yang dihasilkan dengan melakukan koreksi terhadap hasil interpretasi dengan melibatkan partisipan. Hasil penelitian dianggap dapat dipercaya bila partisipan setuju dengan hasil interpretasi. Selesaiannya sebuah penelitian bila teori yang dihasilkan disebut sebagai pernyataan yang akurat dan beralasan, serta dapat dipercaya seperti yang divalidasikan oleh partisipan.

Pengembangan konsep 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 esensial yang ada untuk menjadi suatu rangkaian dalam membentuk suatu teori dasar penelitian yang ditemukan (*Grounded Theory*) (Streubert & Carpenter, 2003).

Pernyataan yang sama juga diungkapkan oleh Patillima (2005) yang dikutip dari Lacey dan Luff (2001), seorang peneliti harus menyusun suatu teori baru dengan menggunakan model induktif pemikiran atau logika. Pengembangan sebuah teori merupakan bagian puncak penelitian, yaitu sebuah teori yang didasarkan pada data. Teori ini dapat disajikan sebagai diagram logis, suatu gambaran visual hubungan antara konsep. Untuk lebih jelasnya teknik pengolahan data dan hubungan rumusan dan analisa data dalam pengembangan teori dapat dilihat pada skema berikut :





Skema 3.2 : Hubungan antara rumusan dan analisa data dalam proses perkembangan Grounded Theory (Streubert Speziale & Carpenter, 2003)

3.9 Keabsahan dan Validitas Data

Proses untuk mengabsahkan data penelitian dilakukan dengan tahapan sebagai berikut :

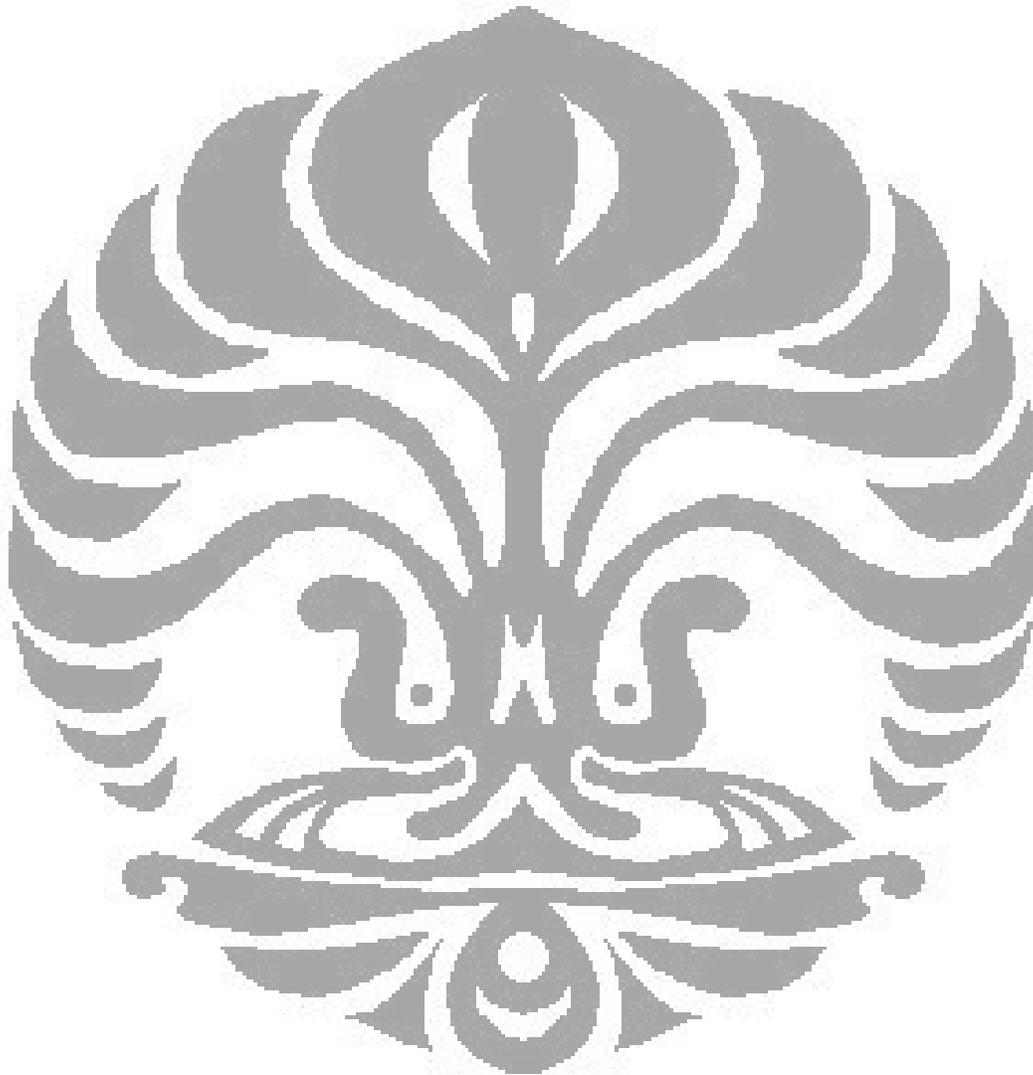
Credibility merupakan berbagai aktifitas yang dapat meningkatkan kepercayaan terhadap penemuan yang dicapai (Moleong, 2007). *Credibility* hasil penelitian ini dicapai melalui upaya peneliti dalam mengklarifikasi hasil-hasil temuan dari partisipan. Pada penelitian ini, peneliti melakukan dengan cara merekam hasil wawancara dan mendengarkan secara berulang kali hasil wawancara tersebut, hasil rekaman menjadi bukti keabsahan data yang diteliti dan bukan merupakan hasil rekayasa peneliti. Wawancara dilakukan untuk mengkonstruksikan kejadian yang dialami partisipan, dengan melakukan observasi memungkinkan upaya untuk memperoleh keyakinan tentang keabsahan data peneliti tercapai.

Transferability merupakan validitas eksternal yang menunjukkan derajat keakuratan atau dapat diaplikasikannya hasil penelitian kedalam populasi dimana partisipan diambil. Pada penelitian ini, peneliti menguraikan secara rinci hasil temuan yang didapat yang terdiri atas empat tema, kemudian dibuat penjelasan tentang hasil wawancara dalam bentuk naratif yang menceritakan rekaman wawancara dan catatan lapangan kemudian dilakukan pembahasan terhadap hasil penelitian menggunakan jurnal dan literatur yang sesuai dengan topik penelitian yang didapat oleh peneliti (Moleong, 2007).

Dependability merupakan suatu kestabilan data atau proses penelitian dari waktu ke waktu, untuk menjamin keabsahan hasil penelitian. Dalam hal ini, peneliti melakukan *auditing* (pemeriksaan) dengan melibatkan seseorang yang berkompeten dibidangnya (Moleong, 2007). Pada penelitian ini peneliti melakukan kegiatan *auditing* (pemeriksaan) dengan pembimbing penelitian.

Confirmability adalah kegiatan pengobjektifan dan netralisasi hasil interpretasi data, dan tercapai kesepakatan tentang hubungan dan arti kata diantara dua orang atau lebih (Polit & Hungler, 2001). *Confirmability* dilakukan oleh peneliti pada saat dilakukan wawancara yang kedua kepada partisipan untuk

mengkonfirmasi tema-tema sementara yang telah dibuat dalam deskripsi dari keseluruhan respon dan koping agar lebih menambah keakuratan data penelitian (Streubert & Carpenter, 2003).



BAB 4

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini menguraikan hasil temuan-temuan dalam penelitian yang telah dilaksanakan pada tujuh orang partisipan dengan menggunakan metode penelitian kualitatif. Melalui proses analisis dari masing-masing tema yang ditemukan, selanjutnya diuraikan sebagai hasil dari penelitian ini.

Hasil penelitian ini menghasilkan 4 tema utama yang memberikan suatu gambaran mengenai respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi. Bab ini terdiri dari dua bagian, bagian pertama menjelaskan secara singkat gambaran karakteristik partisipan. Bagian kedua membahas tentang analisa tema yang diperoleh dari berbagai respon ibu yang mengalami histerektomi, bagaimana koping ibu dalam menghadapi dan menjalani histerektomi serta berbagai faktor yang mempengaruhi respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi.

4.1 Gambaran karakteristik partisipan :

Partisipan 1 :

Usia 45 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan D2, pekerjaan guru, status paritas P1A0, indikasi dengan mioma uteri, dilakukan histerektomi dengan tindakan medis histerektomi supraservikal salpingooforektomi. Saat dilakukan wawancara partisipan sudah satu minggu berada dirumahnya. Secara fisik partisipan tampak kurus, berat badan 44 kg, kondisi partisipan sedang batuk dan susah sekali untuk makan.

Partisipan 2 :

Usia 42 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SLTA, pekerjaan wiraswasta/ bakul, status paritas P1A1, indikasi mioma uteri dengan anemia gravis, Hb 5,6 mg/dl, dilakukan histerektomi dengan tindakan medis histerektomi supraservikal.

Partisipan 3 :

Usia 35 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, status paritas P1A0, indikasi Ca ovarii, dilakukan histerektomi dengan tindakan medis Total Abdominal Histerektomi Bisalphingooforektomi (TAH BSO) serta Omentektomi.

Partisipan 4 :

Usia 41 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, status paritas P1A3, indikasi mioma uteri, dilakukan histerektomi dengan tindakan medis histerektomi supraservikal.

Partisipan 5 :

Usia 40 tahun, agama Islam, suku Jawa, pekerjaan ibu rumah tangga, status paritas P0A0, indikasi kistoma ovarii, dilakukan histerektomi dengan tindakan histerektomi supraservikal parsial.

Partisipan 6 :

Usia 46 tahun, agama Kristen, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan wiraswasta/ penjahit, status paritas P1A0, indikasi mioma uteri, dilakukan histerektomi dengan tindakan medis histerektomi sinistra.

Partisipan 7 :

Usia 40 tahun, agama Islam, suku Jawa, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, status paritas P0A0, indikasi mioma uteri, dilakukan histerektomi suprasevikal, saat dilakukan wawancara partisipan sedang menunggu pemeriksaan USG yang dilakukan sebelum menjalani histerektomi yang dijadwalkan 2 hari setelahnya.

4.2 Hasil analisis penelitian :

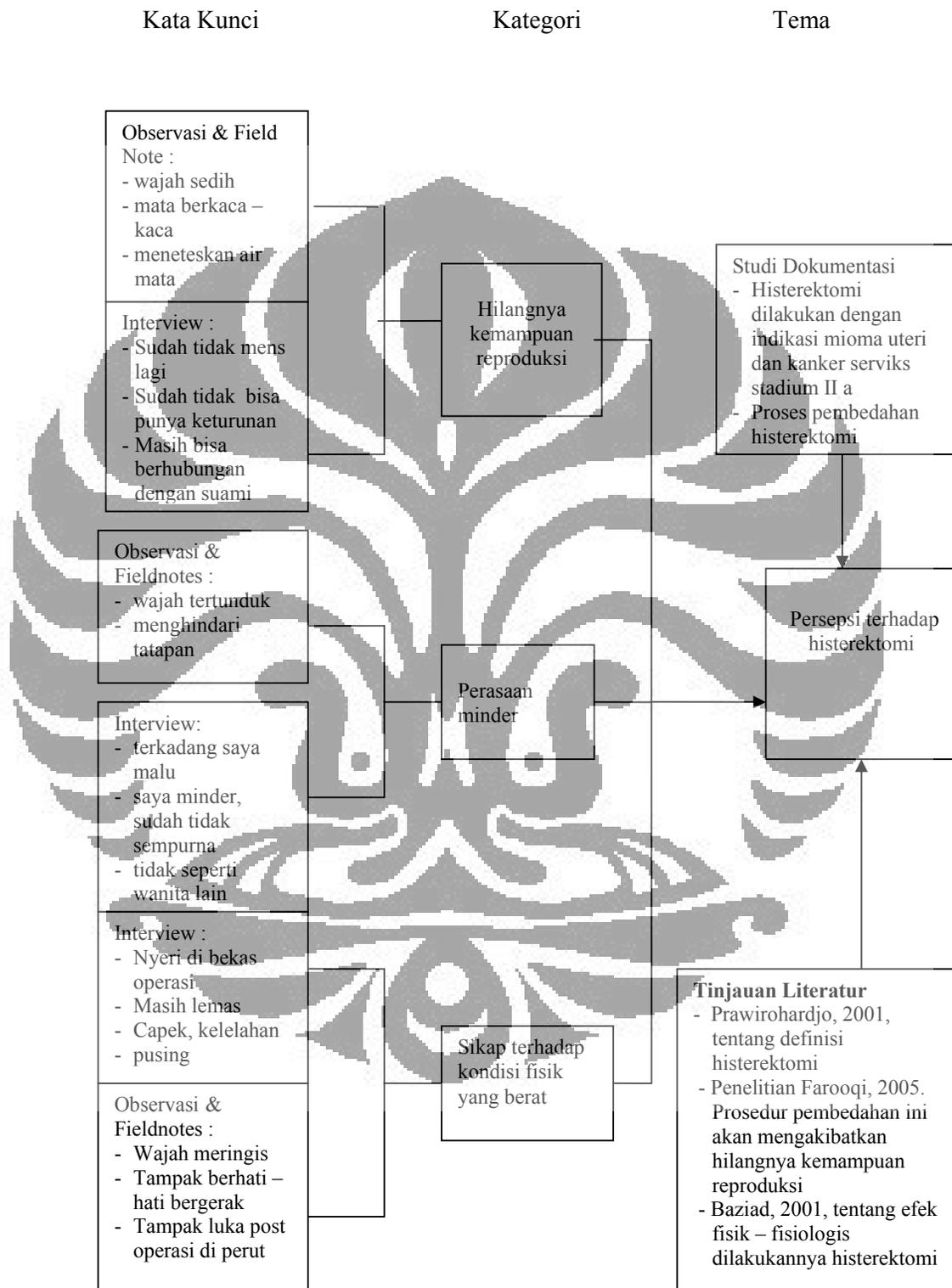
Peneliti melakukan analisis transkrip wawancara yang dilengkapi dengan hasil observasi/ fieldnotes dan telaah literatur. Saat konsep – konsep bermunculan dari analisis tersebut, peneliti mengkaitkannya dengan literatur – literatur

empiris dan teoritis yang telah dipersiapkan sebelumnya. Data – data yang diperoleh dibandingkan satu dengan lainnya dengan menggunakan metode *constant comparative* sehingga menghasilkan tema – tema utama yaitu proses kehilangan rahim, persepsi ibu primipara dan terhadap histerektomi, kebutuhan dukungan sosial, bentuk koping yaitu koping yang berfokus pada masalah dan koping yang berfokus pada emosi.

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah ditetapkan sebelumnya maka peneliti telah mengelompokkan satu tema untuk mengidentifikasi persepsi ibu tentang histerektomi. Satu tema untuk mengidentifikasi respon dan perilaku berduka ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi yaitu proses kehilangan rahim. Satu tema untuk mengidentifikasi pola koping ibu yang mengalami histerektomi yaitu bentuk koping. Satu tema untuk mengidentifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi respon dan koping perempuan yang mengalami histerektomi yaitu kebutuhan dukungan sosial.

Tema - tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dijelaskan secara terpisah untuk memahami berbagai respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi dari setiap partisipan yang telah dilibatkan dalam penelitian ini. Tema-tema tersebut saling terkait dan saling berhubungan antara satu tema dengan tema yang lain, sehingga memperoleh suatu konsep atau teori tentang respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi

Skema 4.1 : Proses Analisa Data Tema 1



1. Tema pertama : Persepsi terhadap histerektomi

Berbagai persepsi diungkapkan oleh semua partisipan dalam studi ini tentang histerektomi atau pengangkatan rahim yang telah dilakukan terhadap mereka. Semua partisipan mempersepsikan bahwa kehilangan rahim berarti mereka mengalami hilangnya kemampuan reproduksi. Sebagian besar partisipan mengatakan persepsi mereka bahwa dengan rahim mereka diangkat berarti sudah tidak mendapatkan menstruasi. Beberapa dari mereka juga mengatakan tidak bisa mempunyai keturunan lagi namun mereka masih bisa melakukan aktivitas seksual.

Tiga dari tujuh partisipan terutama dari ibu nullipara juga menyatakan dirinya mempunyai perasaan minder karena pengangkatan rahim ini. Mereka merasa bahwa tanpa mempunyai rahim dirinya merasa tidak sempurna lagi sebagai wanita dan merasa dirinya berbeda dengan wanita lain. Dalam kesempatan itu pula semua partisipan mengungkapkan sikap mereka terhadap kondisi fisik yang berat yang mereka alami pasca pengangkatan rahim. Partisipan mengungkapkan persepsinya mengenai histerektomi/ pengangkatan rahim, dampak yang akan ditimbulkan dengan pengangkatan rahim tersebut. Hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

1). Hilangnya kemampuan reproduksi

Seluruh partisipan secara singkat mengungkapkan persepsinya tentang pengangkatan rahim dengan jawaban yang hampir sama, sambil berbaring ditempat tidur, tampak diwajah mereka raut muka kesedihan, mata berkaca – kaca. Beberapa partisipan menyatakan kalau pengangkatan rahim akan menyebabkan seorang wanita tidak menstruasi lagi dan tidak bisa mempunyai keturunan akan tetapi masih bisa berhubungan badan dengan suaminya. Hal ini terlihat ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

“ Saya tau kalo setelah ini tidak mens, tidak bisa hamil, akan tetapi masih bisa berhubungan dengan suami mba “ (P1).

“Ya nanti sudah tidak punya keturunan lagi, aktivitas dikurangi, tenaga berkurang dan harus lebih berhati - hati“ (P2).

“Ya, kalo untuk hubungan dengan suami masih bisa, tapi sudah tidak bisa punya anak lagi“ (P3).

“Nanti kalo diangkat rahimnya kan sudah tidak bisa punya anak lagi, anaknya kan baru 1, masa anak cuma punya satu. Saya kan takut, inginnya punya anak lagi” (P4).

“Ya taunya sudah tidak bisa punya anak lagi, karena rahimnya kan sudah diangkat“ (P5).

”Ya, kalo rahimnya diangkat wis ga bisa punya anak, padahal saya belum punya anak” (P7)

Dari studi literatur diperoleh pendapat Prawirohardjo (2001) bahwa histerektomi merupakan tindakan operatif yang dilakukan untuk mengangkat rahim, baik sebagian tanpa serviks uteri atau dengan serviks uteri. Farooqi (2007) dalam penelitiannya menyatakan bahwa prosedur pembedahan ini akan mengakibatkan hilangnya kemampuan reproduksi yang sangat dihindari oleh sebagian besar wanita didalam kehidupan mereka. Tindakan histerektomi ini dilakukan pada klien yang mengalami mioma uteri yang cukup besar, mioma multipel, serta pada klien yang mengalami kanker serviks stadium Ia2 sampai stadium II a. Baziad (2001) menambahkan bahwa perubahan fisik yang dapat terjadi pada klien adalah tidak adanya menstruasi dan terjadinya perubahan sensasi saat berhubungan seksual

Studi dokumentasi yang telah dilakukan peneliti juga mendapatkan data yang mendukung tema dalam penelitian ini. Indikasi dilakukannya histerektomi pada enam orang partisipan disebabkan mioma uteri dan satu orang partisipan disebabkan kanker serviks stadium II a.

2). Perasaan Minder

Persepsi ibu terhadap histerektomi secara psikologi yang berupa perasaan minder terlihat dari empat partisipan terutama pada dua partisipan nullipara,

yang menyatakan bahwa dirinya mempunyai perasaan minder atau malu karena rahimnya telah diangkat. Mereka menganggap bahwa diri mereka sebagai wanita sudah tidak sempurna lagi dan sudah berbeda dengan wanita lainnya. Pada saat proses wawancara, dua dari tujuh partisipan menunjukkan wajah memerah, sesekali wajah menunduk dan terkadang menghindari tatapan dari peneliti. Berikut ungkapan dari beberapa partisipan :

" Ya, udah biasa tapi kadang saya masih malu dengan keadaan saya, saya kan masih muda kok sudah diambil rahimnya " (P3)

" Ya, saya minder, karena saya sudah tidak seperti wanita lain " (P4)

" Saya sebagai wanita sudah tidak ada gunanya tanpa rahim. Saya punya perasaan minder, kok saya tidak bisa seperti yang lain " (P5)

" Minder mba, saya perempuan kok tidak bisa mempunyai anak seperti wanita kebanyakan " (P7)

Dari studi literatur didukung oleh pendapat dari penelitian Wu, Chang, Yang dan Che (2005) yang menyatakan bahwa wanita yang mengalami histerektomi tidak cukup hanya kehilangan sifat kewanitaannya akan tetapi berdampak pada kesehatan fisik dan mentalnya.

3). Sikap terhadap kondisi fisik yang berat

Persepsi ibu terhadap perubahan fisik pada dirinya dirasakan berat setelah operasi pengangkatan rahim merupakan faktor dari dalam diri partisipan yang dapat mempengaruhi respon dan coping ibu yang mengalami histerektomi. Empat dari tujuh partisipan mengungkapkan bahwa kondisi tubuh pasca operasi pengangkatan rahim berupa nyeri jahitan pada bekas area operasi, badan lemes, pusing serta kelelahan menambah dan memperberat perasaannya yang sedang berduka. Pada saat proses wawancara, dua dari tujuh partisipan dalam keadaan berbaring di tempat tidur, berhati – hati saat bergerak dan tampak luka bekas operasi

pengangkatan rahim diarea bawah perut. Berikut ungkapan beberapa partisipan sebagai berikut :

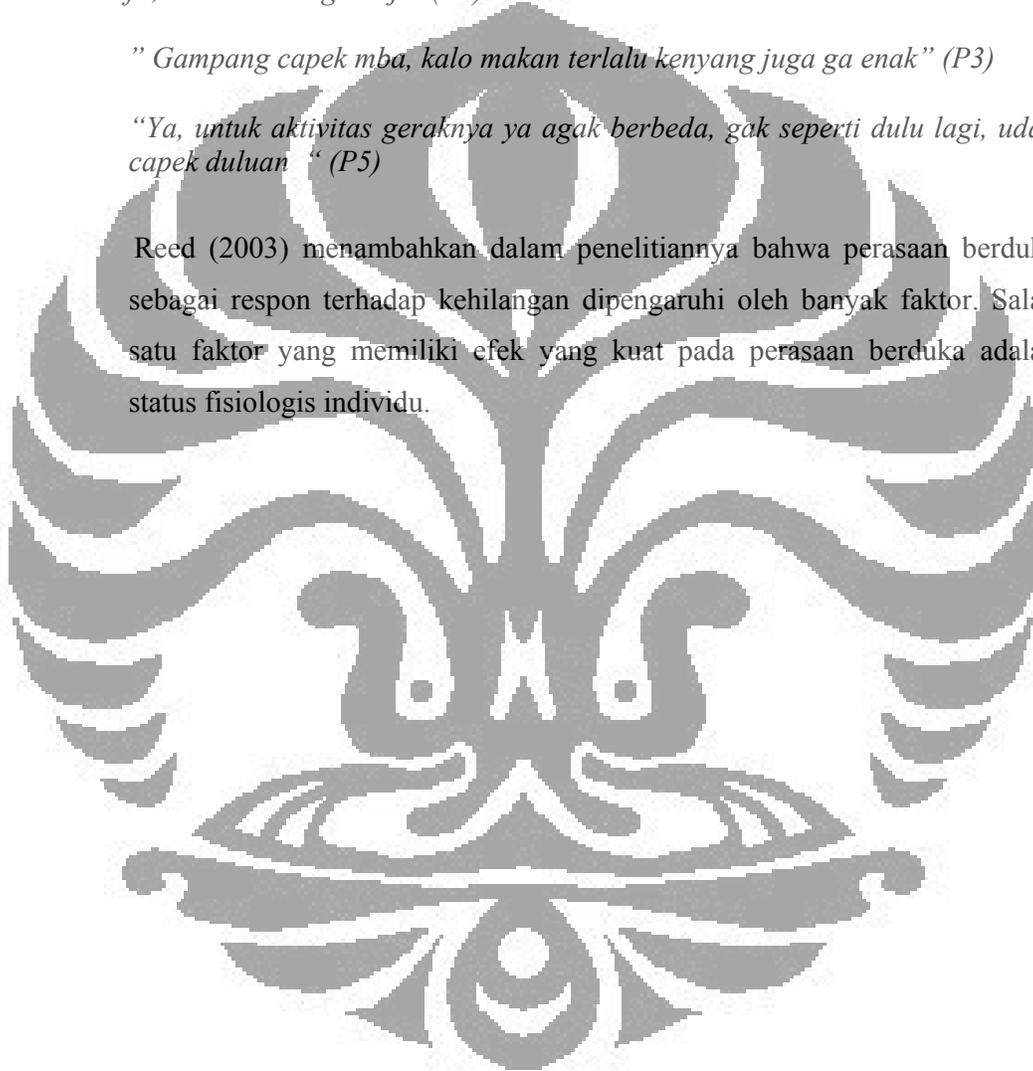
”Kelelahan mba, sekarang itu cepat lelah, pegal – pegal dan nyeri terasa di pinggang” (P1)

“ Sekarang cuma rasa nyeri bekas operasi, masih sok pusing, badan kurang fit, masih lemes gitu aj “ (P2)

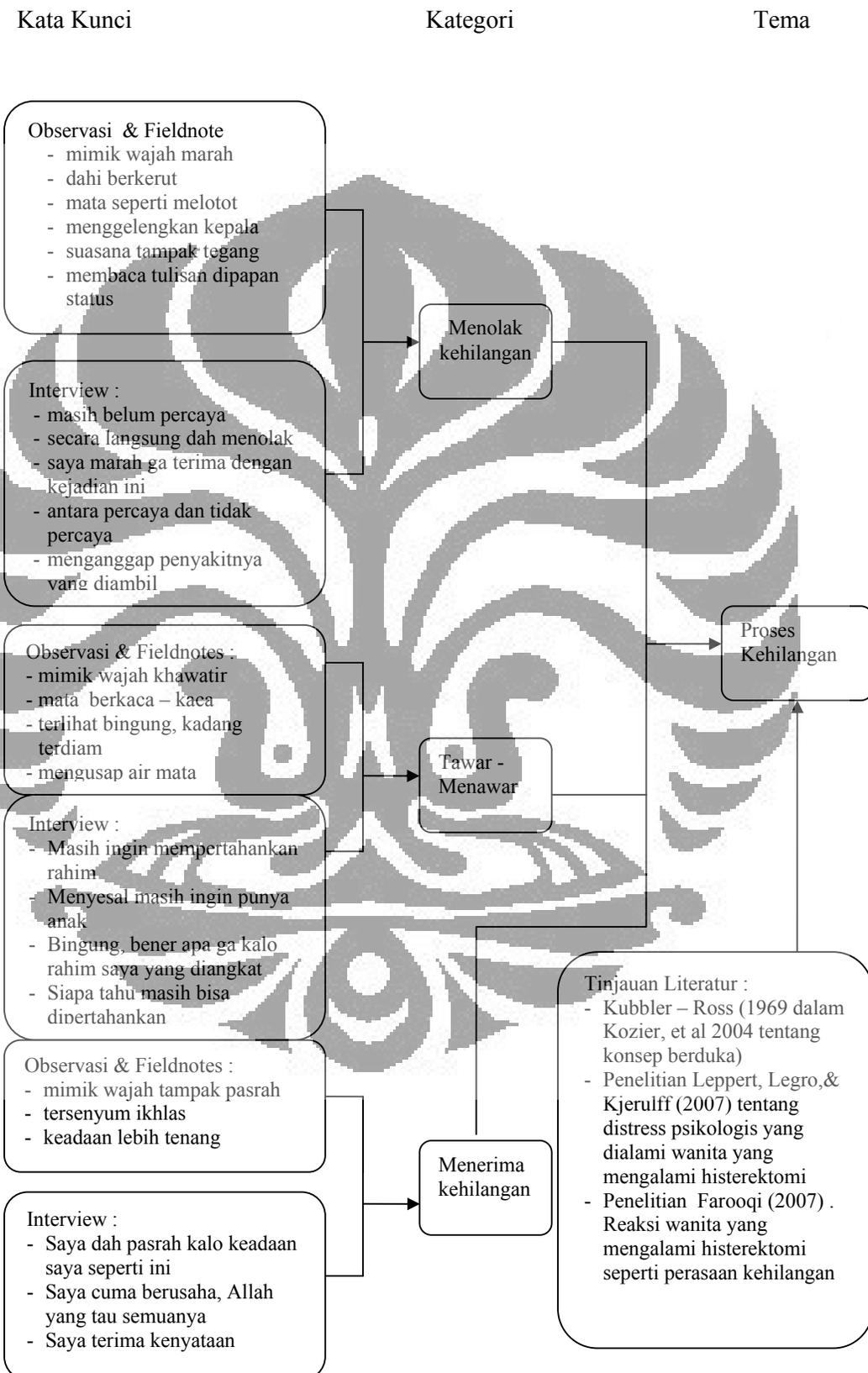
” Gampang capek mba, kalo makan terlalu kenyang juga ga enak” (P3)

“Ya, untuk aktivitas geraknya ya agak berbeda, gak seperti dulu lagi, udah capek duluan “ (P5)

Reed (2003) menambahkan dalam penelitiannya 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 4.2 : Proses Analisa Data Tema 2



2. Tema kedua : Mengalami proses kehilangan akibat pengangkatan rahim

Tidak terkecuali semua partisipan dalam studi ini mengalami berbagai respon kehilangan akibat pengangkatan rahim mereka. Sebagian besar partisipan menunjukkan respon kehilangan seperti *denial* atau menolak kehilangan, tawar menawar serta menerima kehilangan. Respon ini tampak jelas sekali pada tiga partisipan terutama pada dua partisipan ibu nullipara. Saat diri mereka mengetahui kalau rahimnya akan diangkat bahkan sampai rahimnya telah diangkat, mereka masih menangis tersedu – sedu di atas tempat tidur, berharap kalau sebenarnya hanya penyakitnya saja yang diangkat. Bahkan salah satu partisipan mengatakan kecemasan yang terjadi pada dirinya, karena belum memberikan anak pada suaminya, walaupun saat ini suaminya menerima akan tetapi dia tidak tahu apa yang akan terjadi ke depannya, dan dirinya pasrah kepada takdir. Hal ini terlihat dari perilaku dan ungkapan yang dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut :

1). Menolak kehilangan

Penolakan adalah suatu respon pertama yang dialami oleh seseorang ketika mendapatkan dirinya tidak seperti yang sebenarnya diharapkan. Tiga dari tujuh partisipan menyatakan masih tidak dipercaya dengan apa yang telah dialami karena mereka menganggap bahwa penyakitnya yang diambil dari rahimnya, bukan rahimnya yang diangkat. Adik dari salah satu partisipan yang sedang menunggu partisipan yang terlibat dalam wawancara juga menceritakan ketidakyakinannya kalau yang diangkat itu penyakitnya, bukan rahimnya. Berikut beberapa ungkapan partisipan :

” Sebetulnya udah dikasih tau gitu tapi ga percaya, adik saya kemarin bilang kalo yang diambil penyakitnya bukan kandungannya yang benar yg mana “ (P5).

” Ya, sebenare masih ga percaya, usia saya kan masih muda, kok rahim saya sudah diangkat” (P3)

” Saya masih menolak mba, saya bilang ke dokter kalo masih ingin punya anak, tapi kenyataane harus kayak gini” (P7)

Marah juga menjadi salah satu respon yang diungkapkan partisipan saat akan dilakukan histerektomi. Salah satu partisipan yang merupakan ibu nullipara sempat marah saat rahimnya akan diangkat. Sebelumnya dia sudah mengatakan menolak dengan apa yang terjadi terhadap dirinya selama ini. Pada saat wawancara, partisipan duduk diatas tempat tidur, wajah partisipan tegang, mata agak melotot, tampak air mata di kedua sudut matanya dan partisipan berbicara dengan nada yang tinggi. Berikut ungkapan dari salah satu partisipan :

”Dalam hati saya menolak. Secara langsung pun saya dah menolak, jangan dulu diambil rahim saya. Kalo emosi sudah dari kemarin-kemarin. Hati ini berontak, tidak terima dengan semuanya” (P5)

Respon menolak kehilangan (*denial*) diatas didapatkan oleh peneliti sebagai salah satu intisari dari jawaban – jawaban partisipan atas pertanyaan penelitian. ”Bagaimana respon dan perasaan berduka ibu primipara dan nullipara ketika mengetahui rahimnya akan diangkat?” dengan pertanyaan penelitian ini, peneliti ingin menggali respon partisipan yang mengalami pengangkatan rahim. Respon ini sejalan dengan konsep berduka menurut Kubbler – Rose (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 dirinya mengalami kehilangan, tidak siap menghadapi masalah – masalah yang akan terjadi, reaksi *denial* biasanya berlangsung segera 24 jam setelah terjadi kehilangan.

Hal ini didukung oleh penelitian Farooqi (2005) yang melaporkan bahwa reaksi wanita yang mengalami histerektomi sama seperti merasakan suatu kehilangan, difase awal berupa perasaan tidak percaya apabila rahimnya telah diangkat, kemudian diikuti reaksi kesedihan hingga terjadi depresi.

2). Tawar Menawar (*Bargaining*)

Dua orang partisipan menunjukkan respon kehilangannya dengan menyatakan ketidakpercayaannya bahwa mereka telah kehilangan rahim. Dalam hal ini mereka dalam kondisi *bargaining* atau tawar – menawar

dengan kondisi yang saat ini sedang mereka alami. Saat dua dari tujuh partisipan akan dilakukan pengangkatan rahim, mereka tetap berusaha melakukan *bargaining* dengan tetap mencoba berharap kalau rahimnya jangan diangkat. Berikut diungkapkan oleh partisipan :

"Sebetulnya saya masih ingin mempertahankan rahim saya, kalo bisa jangan diambil " (P1)

"Pertama kalinya ya menyesal. Saya masih pingin punya anak lagi, kalo punya anak sama aja punya harta, daripada punya harta tapi tidak punya anak-kan mba" (P4)

Pada saat menceritakan harapannya, dua dari tujuh partisipan yang saat itu didampingi oleh suaminya menunjukkan mimik wajah penuh kekhawatiran, mata tampak berkaca – kaca, sesekali mengusap air mata dikedua sudut matanya. Dua orang partisipan juga mengungkapkan respon ketika akan dilakukan pengangkatan rahim seperti kebingungan, berusaha sabar untuk menerima disertai rasa keraguan dan ketidakpercayaan sebagai bentuk proses penawaran diri. Berikut diungkapkan oleh partisipan :

"Ya, gimana ya mba, saya masih bingung bener apa ga kalo rahim saya yang diangkat, kalo bisa seh jangan dulu diangkat" (P3)

"Saya pinginnya masih mengharap kalau rahim saya tidak diangkat, jadi saya masih bisa memberikan keturunan mba" (P7)

Kategori tawar – menawar (*bargaining*) dikemukakan dalam konsep berduka oleh Kubbler – Rose (1969, dalam Kozier, et al, 2004) yang membagi respon berduka ke dalam beberapa tahapan, dimana respon *bargaining* ditunjukkan dengan perilaku belajar menerima kepedihan meskipun disertai kecemasan dan keraguan yang berada dalam tahapan ketiga setelah *denial* dan *anger*.

Penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Leppert, Legro dan Kjerulff (2007), menyebutkan bahwa wanita yang mengalami

histerektomi akan mengalami distress psikologis yang meliputi kecemasan, depresi, marah serta kebingungan untuk mencari bantuan dari tenaga profesional untuk masalah emosionalnya. Isu mengenai kehilangan kesuburan pada wanita yang mengalami histerektomi juga menyebabkan kecemasan, ambivalensi serta ketakutan kehilangan kemampuan untuk memiliki anak.

2). Menerima kehilangan

Tahapan terakhir dalam proses berduka adalah menerima kehilangan. Dalam hal ini kategori menerima kehilangan atas pengangkatan rahim adalah berusaha untuk mengangap peristiwa kehilangan karena diangkatnya rahim sebagai suatu kenyataan yang harus mereka terima kenyataannya. Saat dilakukan wawancara, tiga dari tujuh partisipan menunjukkan mimik wajah pasrah, keadaan mereka jauh lebih tenang, sambil sesekali tersenyum dengan ikhlas. Berikut beberapa ungkapan dari partisipan :

"Saya hanya pasrah pada Allah, niatnya mencari obat dan menghilangkan penyakit yang ada. Saya kuatkan hati, tidak ada beban, tidak ada rasa takut (P1)

"Ya, tidak ngapa-ngapain mba. Saya sudah pasrah aja..pokoke wis pasrah aja dengan kondisi saya" (P2)

"Ya, rasane kayak gimana ya. Ya misalnya kayak benda mba, aku punya 5 tapi dah hilang 1, susah mba, sedih banget seh, tapi saya dah pasrah, ya kalo keadaan saya harus begini yang penting pokoknya saya harus semangat" (P6)

Kategori menerima kehilangan (*acceptance*) dikemukakan dalam konsep berduka oleh Kubbler— Rose (1969; dalam Kozier, et al, 2004) yang membagi respon berduka ke dalam beberapa tahapan, dimana respon *acceptance* ditunjukkan dengan klien mulai dapat berbagi perasaan tentang kehilangan, menerima kenyataan, kembali beraktivitas seperti biasanya dan mulai memandang masa depan.

Dalam penelitian ini beberapa respon dari tahap berduka atau kehilangan dari respon awal berupa penolakan tidak terlihat jelas dari beberapa partisipan, sehingga yang sering terlihat hanya respon penerimaan mereka. Hal ini bisa disebabkan oleh waktu ketika partisipan divonis oleh dokter untuk dilakukan histerektomi sudah terjadi dua bulan yang lalu. Dua orang partisipan mengatakan kalau dirinya belum siap untuk menghadapi operasi pengangkatan rahim karena baru pertama kalinya mereka menjalani operasi, sehingga ia menunda sampai benar – benar siap secara mental. Satu partisipan mengatakan kalau dirinya masih menunggu biaya untuk persiapan operasi sehingga harus menunda operasi tersebut. Karena beberapa alasan diatas, sangat dimungkinkan bahwa respon kehilangan terlihat jelas pada saat mereka divonis untuk diangkat rahimnya dua bulan yang lalu atau beberapa waktu yang lalu, sehingga pada saat mereka berada dirumah sakit untuk dilakukan histerektomi, partisipan sudah dalam tahap penerimaan walaupun terkadang respon untuk masih mencoba berharap masih terlihat.

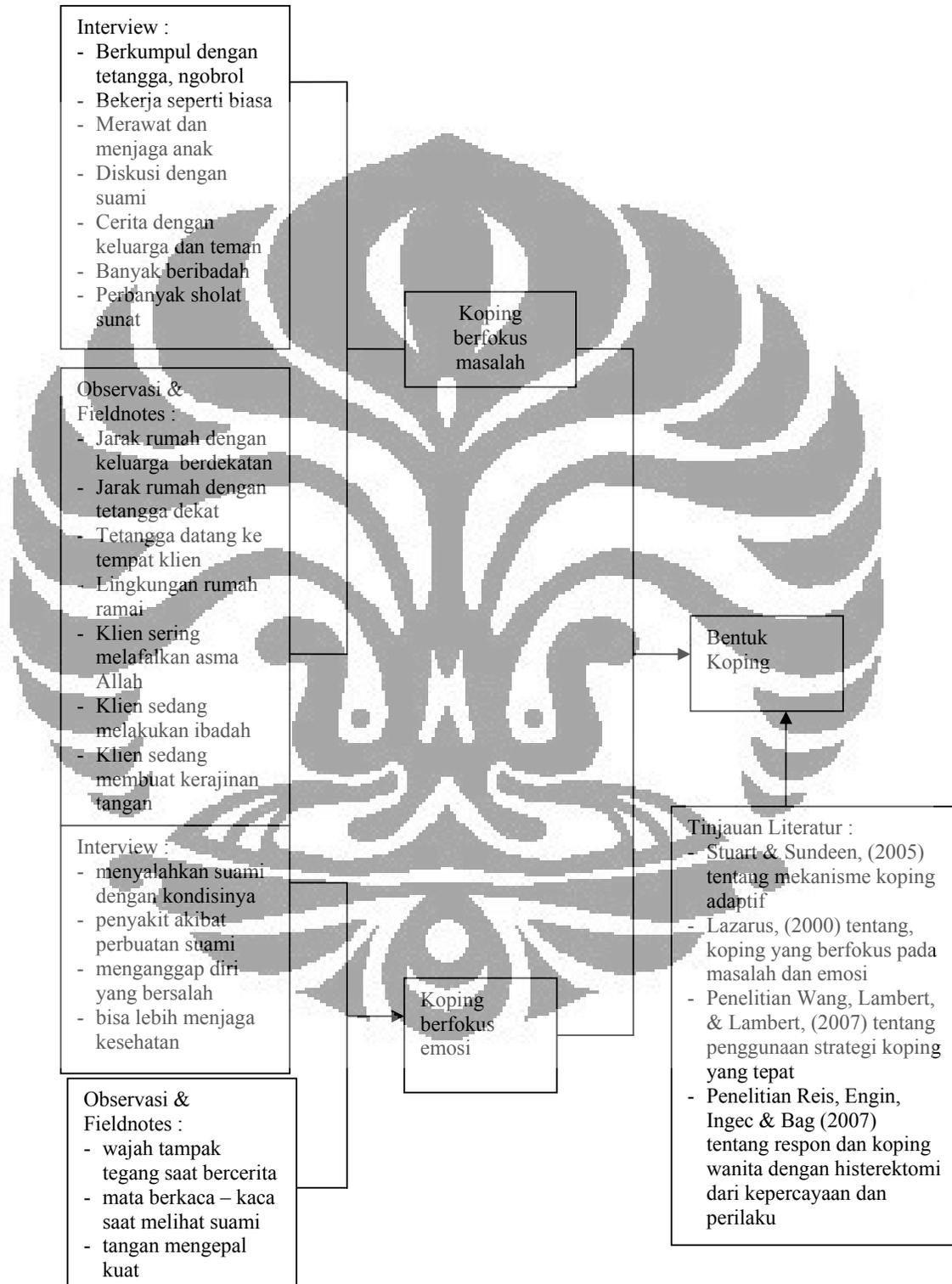
Respon kehilangan juga sangat terlihat jelas pada ibu nullipara dibandingkan dengan ibu primipara. Respon *denial* dan marah tampak jelas pada dua dari tujuh partisipan yang merupakan ibu nullipara. Hal ini dimungkinkan bahwa mereka belum pernah merasakan bagaimana melahirkan seorang anak, menggendong anak, merawat sampai membesarkan anak, mereka masih berharap kalau pengangkatan rahim itu tidak terjadi pada mereka. Saat dilakukan wawancara, tampak sekali kecemasan diwajah kedua partisipan tersebut, pikirannya tampak menerawang jauh. Bahkan satu partisipan sambil beruraian air mata mengatakan kalau suaminya sangat berharap untuk mempunyai anak, walaupun suaminya sekarang tampak mendukung dirinya akan tetapi dia mengatakan tidak tahu apa yang akan terjadi dalam rumah tangganya kelak, dirinya hanya bisa pasrah kepada Allah.

Skema 4.3 : Proses Analisa Data Tema 3

Kata Kunci

Kategori

Tema



3. Berbagai bentuk koping akibat kehilangan rahim

Pasca mengalami proses kehilangan rahim, semua partisipan dalam studi ini melakukan upaya untuk beradaptasi dengan perubahan kehidupannya setelah kehilangan rahim. Beberapa partisipan beradaptasi dengan memperlihatkan koping – koping adaptif yaitu koping berfokus pada masalah. Disisi lain, partisipan lainnya menunjukkan penyesuaian dengan membentuk koping – koping yang maladaptif yaitu koping – koping mereka masih bersifat emosional (koping berfokus pada emosi). Berikut uraian secara rinci tentang pembentukan koping baik yang adaptif maupun maladaptif dari para partisipan:

1). Koping berfokus masalah

Tiga dari tujuh partisipan mengungkapkan pernyataan yang menunjukkan bahwa salah satu cara atau bentuk koping untuk mengurangi bebannya dalam menjalani proses kehilangan adalah berbicara dengan orang yang terdekat dihati mereka, diantaranya suami, kakak, teman dekat, orang tua dan mertua. Pada saat peneliti berkunjung ke rumah salah seorang partisipan, tampak suami, mertua sedang berkumpul – kumpul dirumah partisipan menemani partisipan selama menjalani proses kehilangan. Lingkungan yang ramai dengan anak – anak, serta jarak rumah yang dekat dengan keluarga dan tetangga dapat membantu partisipan dalam melewati proses kehilangan. Berikut beberapa ungkapan dari partisipan :

“Sering cerita sama suami, mungkin itu dah jalan kehendak Tuhan, daripada sakit – sakitan, yang baku biar penyakitnya hilang “ (P1)

“ Kakak saya sering bilang ga usah mikir apa – apa, jangan mikir macem – macem, mikirnya sembuh aja, ya apa kata saudara saya lakukan “ (P6).

“Saya cerita pengalaman dengan teman saya, dulu temen saya itu juga mengalami seperti saya” (P2)

“Ya ngobrol dengan suami, dia memberi semangat, ya sudah jangan merasa sedih, daripada merasakan sakit – sakitan. Ya anaknya cuma satu juga gak apa-apa” (P4)

Empat dari tujuh partisipan berusaha mengalihkan kesedihan dengan cara melakukan berbagai aktivitas yang berbeda seperti berkumpul dengan tetangga, bekerja seperti biasanya, mengurus dan merawat anak yang sudah ada. Berbagai aktivitas tersebut dilakukan masing – masing partisipan sebagai bentuk koping agar kesedihan partisipan tidak berlarut – larut dan beralih menjadi hal yang bermanfaat dan menghibur. Aktivitas salah satu partisipan tersebut ditunjang dengan kondisi rumahnya yang berdekatan dengan rumah keluarga besarnya, rumah tetangga yang lingkungannya ramai dengan anak. Berikut ungkapan beberapa partisipan :

“Tempat saya itu rukun kok mba. Kita itu sering kumpul – kumpul kalo ada arisan, kegiatan didesa, ngobrol-obrol“ (P6).

“Ya, tetep kegiatan sehari – hari mba, ya ke pasar tapi ya sekarang jalan wae, pulang dijemput. Suami banyak membantu kok mba. Jualan pelan – pelan mba, jalan saja tidak naik sepeda, dekēt kok mba“ (P2).

“Rencana kalo dah sembuh ya kerja mba. Ya bisa ngarit lagi dan meyet baju” (P4)

“Ya, biasa aja mba, ngurus anak, merawatnya, sekarang kan masih kecil, bisa membesarkan anak. Sampe bisa mandiri“ (P6).

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 kehilangan rahim dengan diangkatnya rahim, meskipun keputusan menyedihkan bagi seorang wanita, 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 khusyu dalam beribadah maupun dari segi kuantitas yaitu dengan lebih rajin beribadah, menjalankan sholat sunah. Pada saat peneliti berkunjung ke rumah dua orang partisipan, tampak partisipan sedang menjalankan ibadahnya dan terlihat buku – buku dzikir tergeletak dimeja tamu. Satu orang partisipan juga terlihat lebih sering melafalkan asma Allah secara berulang – ulang. Beberapa ungkapan dari partisipan :

“Lebih dekat dengan Allah, tak henti – hentinya saya berdoa mba dalam sholat saya“ (P1).

"Saya itu berdoa terus mba supaya cepat sembuh. Rasanya sedih kalo dipikir terus-terusan mba " (P3)

“Saya sholat sunah mba, sholat tahajud, sholat witr. Saya mohon ampunan, minta maaf, mendekatkan diri pada Allah dan semoga Allah membukakan pintu hatiku untuk bisa menerimanya “ (P5).

Menurut Stuart dan Sundeen (2005), mekanisme koping adaptif adalah koping yang mendukung faktor integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan keseimbangan dan aktivitas yang konstruktif. Lazarus (2000) juga menambahkan bahwa koping dapat berfokus pada masalah atau koping berfokus pada emosi. Koping yang berfokus pada masalah bertujuan untuk membuat perubahan langsung dalam lingkungan sehingga situasi dapat diterima dengan lebih efektif. Strategi ini bersifat aktif. Perilaku yang terlihat berupa upaya untuk mengontrol situasi yang tidak menyenangkan dan memecahkan masalah seperti berorientasi positif dan mencari bantuan.

Hasil penelitian Wang, Lambert, dan Lambert (2007) menunjukkan bahwa penggunaan koping yang tepat, perencanaan kembali tentang kehidupan masa yang akan datang serta adanya dukungan emosional merupakan strategi koping yang sering digunakan pada klien yang mengalami histerektomi untuk mengatasi kecemasan dan depresi.

Peningkatan spiritual sebagai salah satu koping yang adaptif sesuai dengan konsep spiritual oleh Anandarajah (2001) yang menyatakan bahwa peningkatan spiritual yang dilakukan oleh 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.

2). Koping berfokus pada emosi

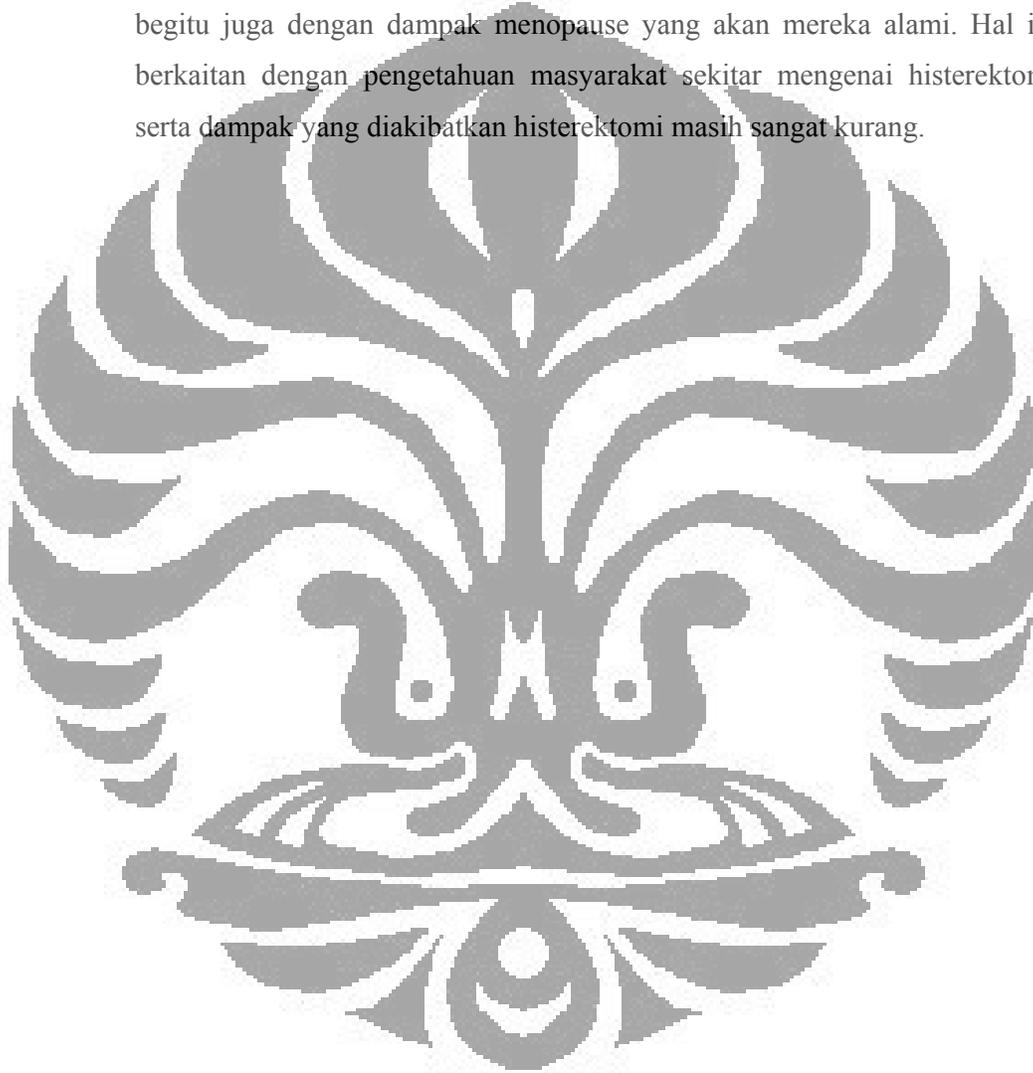
Berbeda dengan partisipan lainnya, dua dari tujuh partisipan salah satunya yang bekerja sebagai guru dan memiliki pendidikan terakhir tertinggi diantara partisipan lainnya masih menunjukkan koping yang bersifat emosional (koping berfokus pada masalah). Dalam melakukan penyesuaian dengan perubahan kehidupannya pasca kehilangan rahim dirinya masih memiliki rasa emosional yaitu dengan menyalahkan orang lain (pasangannya) atas peristiwa kehilangan rahim yang dialaminya. Dirinya mengungkapkan bahwa penyakitnya itu datang dari masa lalu atas perbuatan suaminya yang tidak diketahuinya. Dari hasil observasi di rumah partisipan, wajah klien tegang, ekspresi marah, sesekali menudingkan jari telunjuknya. Satu orang partisipan lagi yang merupakan ibu nullipara menganggap dirinya yang bersalah atas semua yang dia alami, partisipan menganggap kalau dia bisa menjaga kesehatannya dan benjolan penyakit itu tidak ada dalam dirinya mungkin dia masih bisa memberikan keturunan kepada suaminya. Pada saat dilakukan wawancara di rumah sakit, partisipan terlihat menunduk, sesekali mengusap air matanya, pikiran masih menerawang jauh. Berikut ungkapan dari seorang partisipan sebagai berikut :

"Saya kena penyakit yang ada didalam kandungan itu, memang sudah saya pelihara baik – baik, kalo kebanyakan suami kan sering selingkuh, saya jadi suudzon, marah - marah sama suami, jangan – jangan penyakit yang didalam ini karena kamu" (P1)

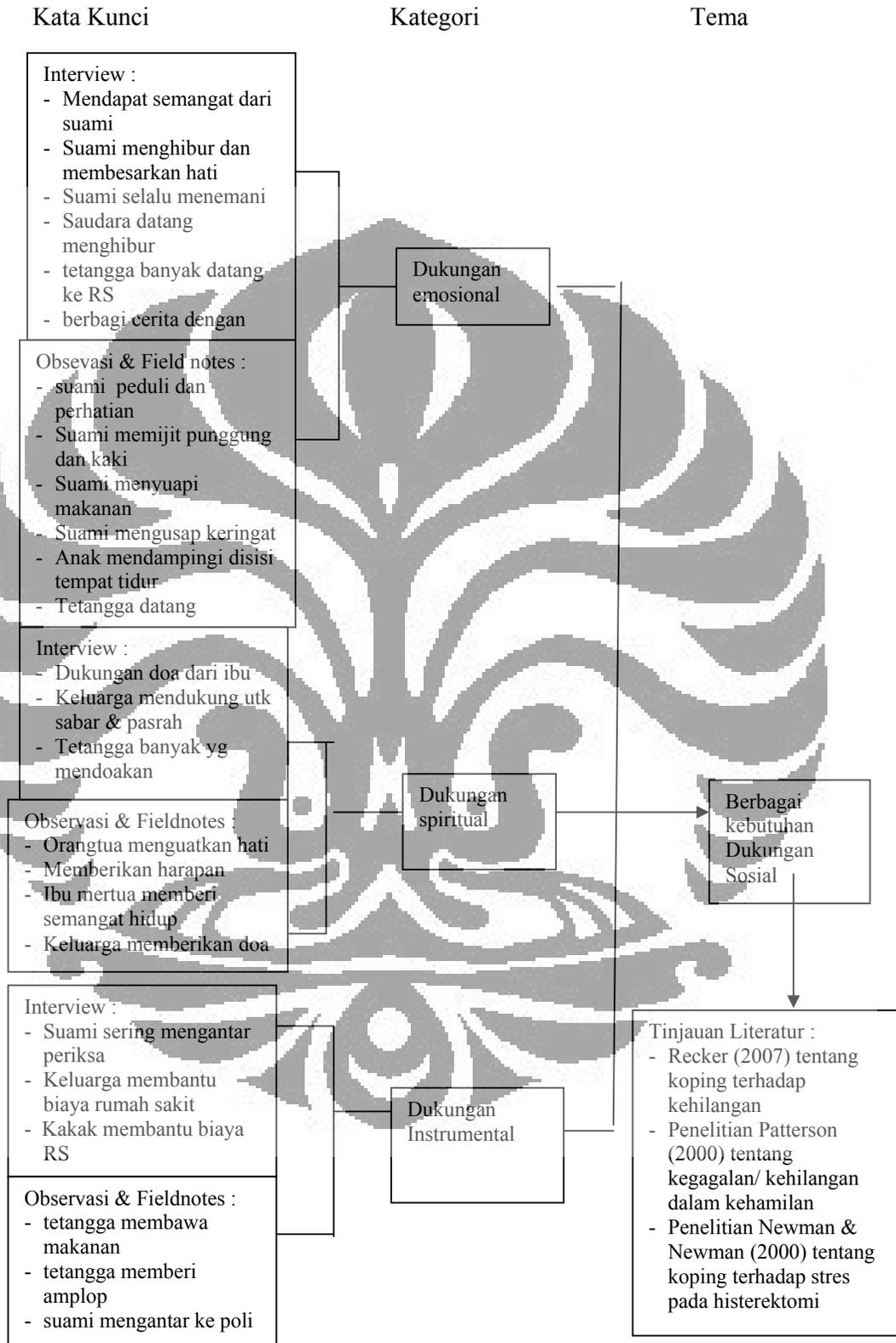
"Saya terkadang menganggap diri saya yang bersalah mba, coba kalau saya bisa menjaga kesehatan dan benjolan penyakit itu tidak terjadi, saya masih bisa memberikan anak untuk suami" (P7)

Menurut Stuart dan Sundeen (2005), mekanisme koping maladaptif adalah mekanisme koping yang menghambat faktor integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Reis, Engin, Ingec dan Bag

(2007), menyebutkan bahwa respon dan coping wanita yang mengalami histerektomi dapat dilihat dari lima topik utama didalam kepercayaan dan perilaku yaitu mengenai identitas, hubungan dengan suami/keluarga, kehidupan seksual, menopause, dan pandangan dari masyarakat. Perbedaan yang ditemukan pada penelitian ini bahwa pandangan dari masyarakat tidak begitu mempersalahkan mengenai wanita yang dilakukan histerektomi, begitu juga dengan dampak menopause yang akan mereka alami. Hal ini berkaitan dengan pengetahuan masyarakat sekitar mengenai histerektomi serta dampak yang diakibatkan histerektomi masih sangat kurang.



Skema 4.4 : Proses Analisa Data Tema 4



4. Berbagai kebutuhan dukungan sosial

Semua partisipan penelitian ini dapat menjalani perubahan kehidupan yang dialaminya dengan menerima berbagai dukungan sosial baik dari suami, anak keluarga dan orang – orang terdekat disekitarnya. Mereka memberikan dukungan dalam bentuk dukungan emosional, instrumental dan spiritual. Dukungan sosial merupakan faktor eksternal yang dapat mempengaruhi respon dan coping dalam menghadapi peristiwa kehilangan. Berbagai bentuk dari dukungan sosial tersebut ditunjukkan melalui perilaku dan pernyataan partisipan sebagai berikut :

1). Dukungan Emosional

Dukungan dari suami adalah salah satu bentuk dukungan sosial utama yang merupakan fungsi 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 tersebut antara lain memberikan semangat, selalu mendampingi istri, menghibur dan membesarkan hati dapat memberikan ketenangan dan kekuatan tersendiri bagi partisipan (dukungan emosional). Hal ini terlihat dari sikap suami tampak perhatian dan peduli, mendampingi partisipan sambil sesekali mengusap keringat partisipan dengan sapu tangan, suami juga terlihat sangat sabar saat menyuapi partisipan. Beberapa ungkapan partisipan sebagai berikut :

”Nggedeke ati itu loh mba, menghibur, sering cerita dengan suami, mungkin itu dah jalan kehendak Tuhan ” (P1)

” Suami saya, ngeyem – ngeyemi ati gitu (= menghibur hati)” (P3)

”Ya, dukungan semangat mba dari bapak. Ga ada beban, suami dah mendukung, sudah tidak ada problem lagi ” (P2)

”Ya suami memberi semangat, ya sudah jangan merasa sedih, daripada merasakan sakit – sakitan. Ya anaknya cuma satu juga gak apa-apa ” (P4)

Anak pertama juga menjadi suatu sumber kekuatan yang dapat mempengaruhi coping partisipan, meskipun dukungan yang diberikan hanya sebatas datang menjenguk ke rumah sakit dan mendampingi disisi tempat tidur, namun hal tersebut menjadi sumber kekuatan bagi partisipan (dukungan emosional), bahkan satu dari tujuh partisipan menceritakan bahwa kehadiran anaknya yang terkadang menemani dia di ruangan, menjadi motivasi bagi partisipan untuk tegar dan kuat. Pada saat proses wawancara terlihat kedekatan anak dengan partisipan, anak menunggu dan mendampingi partisipan di sisi tempat tidur, terkadang mengusap keringat saat partisipan sedang berbaring ditempat tidur dan menyuapi makanan kepada partisipan. Berikut ungkapan dari salah satu partisipan :

”Anak saya yang tiap hari kesini mba, yang kemarin datang itu, ya maklum cuma satu mba, walau dia dah nikah muda tapi anak tetep tinggal dengan saya” (P4)

Dalam penelitian ini juga ditemukan perbedaan pada salah satu partisipan (ibu nullipara), saat peneliti berada di rumah sakit selama tiga hari dan berinteraksi dengan partisipan dan keluarga, tidak terlihat suaminya mendampingi dirinya, partisipan hanya ditunggu oleh adik perempuannya. Ketika peneliti mencoba bertanya pada partisipan, partisipan mengatakan kalau suaminya kerja, akan tetapi setiap malam menunggu dirinya dirumah sakit. Saat peneliti mencoba untuk bertemu dengan partisipan di Poliklinik saat dirinya harus kontrol, tampak suami mengantar partisipan, akan tetapi suami terlihat lebih banyak diam, dan sikap tampak tertutup.

2). Dukungan instrumental

Dukungan instrumental merupakan dukungan yang berupa kenyamanan, kedekatan, pengertian, minat keluarga, jaminan finansial. Pada penelitian ini dukungan instrumental diberikan kepada suami/pasangan mereka, orang tua dan lingkungan sekitar. Dari hasil observasi salah satu partisipan, pada saat wawancara berlangsung datang berkunjung ke rumah partisipan, membawakan makanan, memberikan sedikit uang untuk meringankan beban

mereka dan menasehati partisipan agar tidak terlalu larut dalam kesedihan. Berikut ungkapan dari beberapa partisipan sebagai berikut :

"Ya, keluarga bantu – bantu, dikit – dikit kasih uang. Ya berdoa biar ga da halangan apa – apa" (P3)

"Ya dukungan semangat mba, dukungan biaya yang mereka berikan" (P5)

"Mereka (tetangga) banyak yang menjenguk mba, tanggapan mereka ya sudah menerima saja, ga usah banyak pikiran." (P3)

"Ada yang datang, kalo ga datang mereka (tetangga) dah bilang mau datang dirumah saja. Tempat saya itu rukun kok mba, kayak sedulur. Ya biasanya mereka membantu dengan uang, membawa makanan" (P6)

3). Dukungan spiritual

Dukungan spiritual yang diberikan berupa harapan, doa, memahami alasan, serta pengertian. Bentuk dukungan spiritual ini juga didapatkan beberapa partisipan dari orang tua dan keluarganya. Empat 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.

Berikut ungkapan dari beberapa partisipan sebagai berikut :

"Iya mba, dukungan itu tak henti – hentinya apalagi dari ibu kandung saya, pas waktu itu saja ibu saya kan sakit juga, beliau berdoa terus dalam hatinya" (P1)

"Ya, tetangga – tetangga saya banyak yang mendoakan mba, biar saya cepet sembuh, cepet pulang dari sini" (P3)

"Keluarga saya banyak yang datang, memberikan doa, mendukung saya agar tetap kuat menghadapinya" (P7)

Dukungan sosial diatas sejalan dengan konsep coping Recker (2007) yang menyatakan bahwa satu hal yang mempunyai pengaruh utama dalam pembentukan coping 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/ sumber yang memberikan dukungan dan juga dari jenis dukungan sosial yang diberikan.

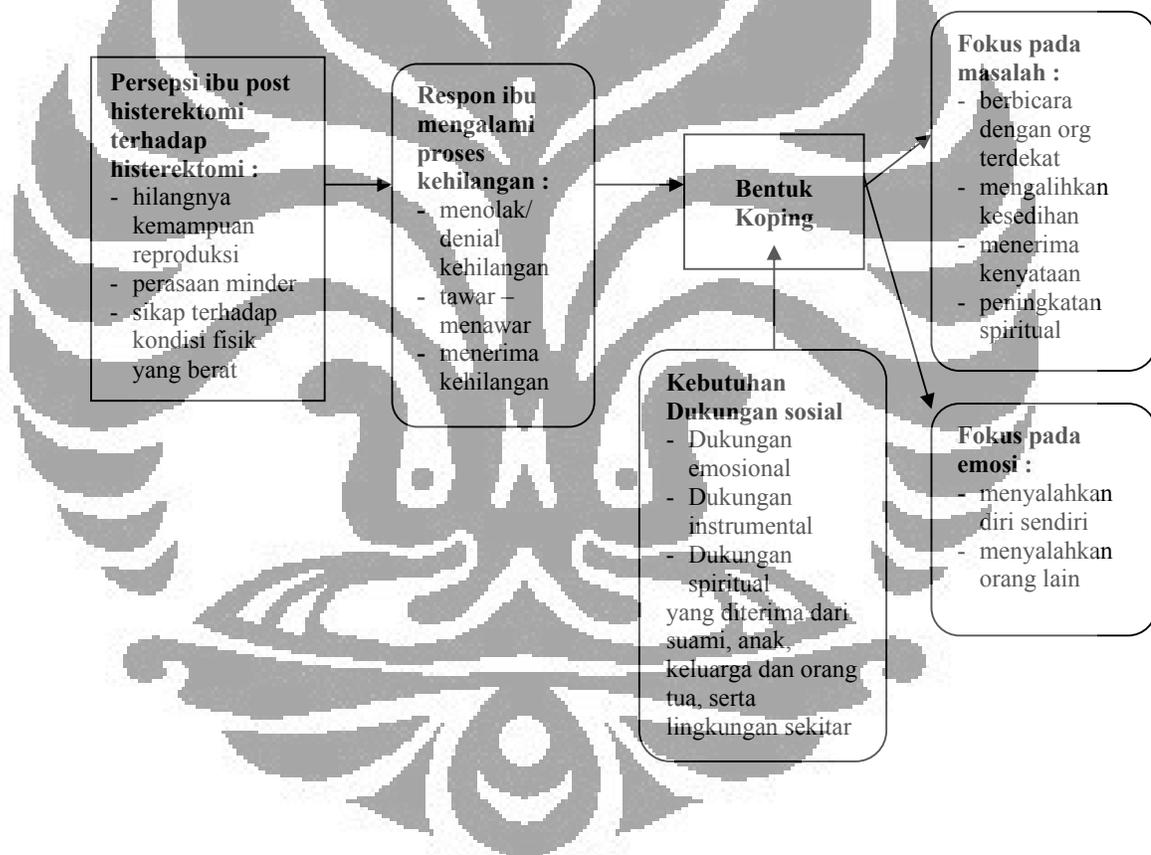
Newman dan Newman (2000) mendukung hasil penelitian yang dilakukan peneliti yang menyatakan bahwa dukungan yang diberikan anggota keluarga dan pasangan sangat diperlukan untuk memahami ketakutan seorang wanita yang mengalami histerektomi, serta perhatian, bantuan yang diberikan sebagai dukungan selama proses kehilangan dan dapat melalui proses penyembuhan.

Hasil penelitian Patterson (2000) juga mendukung salah satu kategori yang ditemukan peneliti yaitu kategori 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/ konseling dari *support groups* tertentu.

4.3 Hasil *Grounded Theory* : Respon dan coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi

Empat tema yang diperoleh dalam penelitian diformulasikan dalam satu konsep. Untuk lebih jelasnya hasil penelitian ini diuraikan dalam bentuk skema sebagai berikut :

Skema 4.5 : Respon dan Koping Ibu Primipara dan Nullipara yang mengalami histerektomi dan Faktor yang mempengaruhinya



Hasil penelitian *Grounded Theory* mengidentifikasi respon dan coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi dalam menjalani proses kehilangan, menunjukkan dan mengungkap mengenai persepsi ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi. Dari persepsi yang diperoleh, semua partisipan baik primipara maupun nullipara mempunyai persepsi yang

sama terhadap histerektomi, diantaranya hilangnya kemampuan reproduksi, perasaan minder dan sikap terhadap kondisi fisik yang berat.

Ibu primipara dan nullipara juga mengalami tiga respon kehilangan akibat histerektomi yang meliputi ; ibu menolak dengan kehilangan yang dialaminya, serta mengadakan tawar-menawar secara internal. Respon akan penerimaan terhadap kehilangan juga dirasakan ibu diungkapkan dalam bentuk kepasrahan menerima kenyataan yang dialaminya.

Proses kehilangan yang dialami ibu 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 bentuk koping yaitu koping berfokus masalah dan koping berfokus emosi. Koping berfokus masalah ditunjukkan ibu dengan mengajak berbicara dengan orang lain, mengalihkan perhatian, menerima kenyataan dan peningkatan spiritual. Mekanisme koping berfokus pada emosi juga dilakukan baik pada ibu primipara maupun nullipara yang ditunjukkan dengan sikap dan pernyataan yang menyalahkan dirinya sendiri dan juga menyalahkan orang lain seperti suaminya.

Dukungan sosial merupakan faktor eksternal yang dapat mempengaruhi respon dan koping dalam menghadapi peristiwa kehilangan. Dalam menjalani perubahan kehidupan yang dialami, seorang ibu menerima berbagai dukungan sosial baik dari suami, anak keluarga dan orang – orang terdekat disekitarnya. Dukungan sosial tersebut dalam bentuk dukungan emosional, instrumental dan spiritual.

BAB 5

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan interpretasi hasil-hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan berbagai implikasinya keperawatan. Pembahasan interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan cara membandingkan hasil dari temuan penelitian ini dengan tinjauan literatur yang telah dijelaskan sebelumnya. Keterbatasan penelitian ini dijelaskan dengan cara membandingkan proses penelitian yang telah dilakukan dengan kondisi yang seharusnya dicapai, dan implikasi penelitian diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan selanjutnya.

5.1 Interpretasi hasil penelitian

Penelitian ini menghasilkan suatu konsep mengenai persepsi terhadap histerektomi pada ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi, proses kehilangan ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi, bentuk koping yang digunakan ibu untuk menghadapi proses kehilangan serta faktor – faktor yang mempengaruhi respon dan koping yang berupa dukungan sosial dalam menjalani proses kehilangan. Konsep ini mempunyai beberapa kesamaan dan juga perbedaan dengan berbagai konsep dan hasil penelitian sebelumnya yang berkaitan dengan peristiwa kehilangan.

Kehilangan uterus (rahim) yang disebabkan karena histerektomi akan membawa dampak negatif yang penting terutama pada kasus - kasus wanita di negara berkembang. Prosedur pembedahan ini mengakibatkan hilangnya kemampuan reproduksi, yang sangat dihindari oleh sebagian wanita muda di dalam kehidupan mereka. Meskipun seorang wanita tidak berharap untuk mempunyai banyak anak, akan tetapi uterus merupakan organ yang tidak boleh diabaikan keberadaannya. Efek samping dari histerektomi ini mengakibatkan kehilangan beberapa fungsi dari tubuh wanita seperti pengeluaran menstruasi, infertilitas dan ketidakseimbangan hormonal.

Perubahan ini akan mempengaruhi fungsi seksualitas seorang wanita (Farooqi, 2007).

Beberapa persepsi terhadap histerektomi sesuai dengan penelitian Farooqi (2005), akan tetapi perbedaan yang ditemui oleh peneliti bahwa pengetahuan semua partisipan belum mengetahui dampak dari histerektomi terutama efek ketidakseimbangan hormonal yaitu partisipan akan cepat mengalami gejala menopause dini. Hal ini ditambahkan oleh Baziad (2001) menyatakan pada bulan pertama pasca histerektomi terjadi perubahan ketidakseimbangan hormon ovarium. Hormon estrogen dan progesteron yang mengalami penurunan menyebabkan klien dapat mengalami gejala premenopause seperti rasa kedinginan, berdebar – debar, sakit kepala, mudah lelah, susah tidur dan lain – lain. Gejala perubahan keseimbangan hormonal ovarium tidak akan berlangsung lama karena tubuh akan melakukan adaptasi sehingga dicapai keseimbangan hormon sesuai kebutuhan tubuh.

Perubahan fisik yang terjadi akan lebih kompleks akibat pengangkatan organ reproduktif antara lain timbulnya gejala pra menopause karena tidak adanya ovarium seperti keluhan panas, vertigo, keringat banyak, kedinginan, berdebar – debar, nyeri kepala, nyeri otot, mudah lelah dan sulit tidur. Selanjutnya klien akan mengalami perubahan fisik seperti wanita menopause karena tidak adanya hormon estrogen dan progesteron didalam tubuh.

Dalam penelitian Farquhar (2005) mendukung bahwa histerektomi pada wanita premenopause yang dihubungkan dengan kehilangan salah satu fungsi ovariumnya, akan mengalami menopause empat tahun lebih awal daripada wanita yang tidak mengalami histerektomi. Hal ini juga didukung bahwa wanita yang masih mempertahankan satu ovariumnya setelah dilakukan histerektomi akan mengalami kehilangan fungsi ovarium diatas empat tahun lebih awal daripada wanita yang masih mempertahankan kedua ovariumnya.

Kehilangan aspek diri yang terjadi karena tindakan histerektomi dilakukan untuk menghilangkan penyakit pada penderita mioma uteri atau kanker organ reproduksi dan upaya penyelamatan hidup untuk menghentikan perdarahan akibat atonia uteri, ruptur uteri, prolaps uteri atau kondisi plasenta akreta/inkreta. Kehilangan aspek diri akan menurunkan kesejahteraan individu dan wanita yang mengalami histerektomi tidak hanya mengalami kedukaan akibat kehilangan akan tetapi juga perubahan permanen dalam citra tubuh (Potter & Perry, 2005).

Ketiga respon kehilangan dari pengangkatan rahim yang diperoleh peneliti serupa dengan tiga dari respon dalam konsep berduka menurut Kubbler-Rose (1969, dalam Kozier et al, 2004) yang membagi respon kehilangan menjadi lima tahapan yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depression* dan *acceptance*.

Hal ini serupa dengan hasil penelitian Patterson (2004) tentang mata rantai berduka sebagai dampak dari kematian perinatal dimana salah satu makna kehilangan bagi ibu adalah seperti kehilangan salah satu bagian dari tubuhnya, bahkan hidupnya sehingga hal tersebut menjadi suatu pengalaman pahit yang sangat sulit untuk dipercaya.

Hasil penelitian lain mengenai respon denial yang diungkapkan dalam bentuk perasaan marah didukung oleh penelitian Beatrice, Hirvonen dan Lertola (2007) yang menambahkan bahwa wanita yang telah mengalami histerektomi akan mengalami beberapa keluhan berupa kecemasan, depresi dan sikap memusuhi. Adapun kelompok ibu nullipara sangat beresiko untuk mengalami mood yang jelek. Hal ini didukung juga oleh penelitian Farooqi (2005) yang menyatakan bahwa kehilangan kemampuan untuk melahirkan anak memungkinkan terjadinya peningkatan tekanan dari keluarga, pada akhirnya akan menyebabkan perceraian dengan pasangannya.

Akan tetapi dalam penelitian ini, peneliti tidak menemukan tahap berduka pada tujuh partisipan seperti tahap depresi yang menurut Kubbler – Rose

(1969, dalam Kozier et al, 2000) yang ditandai dengan klien menunjukkan gejala bingung, kurang motivasi, tidak menunjukkan minat, tidak membuat keputusan dan menangis. Klien juga menunjukkan sikap menarik diri, kadang – kadang bersikap penurut, pendiam tidak memperhatikan penampilan, menyatakan keputusasaan, rasa tidak berharga bahkan keinginan untuk bunuh diri.

Penelitian yang dilakukan oleh Leppert, Legro dan Kjerulff (2007), menyebutkan bahwa wanita yang mengalami histerektomi akan mengalami distress psikologis yang meliputi kecemasan, depresi, marah serta kebingungan untuk mencari bantuan dari tenaga profesional untuk masalah emosionalnya. Isu mengenai kehilangan kesuburan pada wanita yang mengalami histerektomi juga menyebabkan kecemasan, ambivalensi serta ketakutan kehilangan kemampuan untuk memiliki anak.

Ditambahkan dalam penelitian Wang, Lambert dan Lambert (2007) yang menyatakan bahwa wanita yang dilakukan histerektomi akan cenderung menyalahkan dirinya sendiri akan tetapi dengan evaluasi diri yang positif dari partisipan tentang dirinya yang sangat mempengaruhi baik dari status psikologis maupun kesehatan mentalnya.

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 hal ini dapat terjadi dikarenakan respon tersebut merupakan hal yang alamiah terjadi dalam periode awal dari kehilangan, dimana seorang perempuan yang tadinya mempunyai rahim sebagai suatu kebanggaan sebagai seorang perempuan, tiba – tiba mendapatkan rahimnya akan diangkat, terlebih lagi jika seorang ibu primipara bahkan nullipara tadi masih menginginkan seorang anak, tentu saja hal ini dapat mempengaruhi kehidupan rumah tangganya.

Uraian diatas dipertegas oleh penelitian Farooqi (2005) yang menyatakan bahwa kehilangan anatomi dari bagian tubuh tertentu yang mempunyai kepentingan simbolik seperti uterus (rahim) merupakan suatu faktor yang penting yang dapat menyebabkan terjadinya respon emosional. Uterus merupakan suatu bagian tubuh yang sangat berharga, apabila terjadi kehilangan organ ini karena sesuatu kondisi yang tidak bisa dipertahankan, maka akan membawa dampak fisik dan emosional yang akan mengakibatkan reaksi psikologis bagi seorang wanita yang mengalaminya.

Respon *bargaining* yang ditunjukkan dalam penelitian ini, selain mencoba berharap, ibu juga merasakan keragu-raguan akan kehilangan yang telah dialaminya. Respon ini didukung hasil penelitian Farooqi (2007) yang melaporkan bahwa reaksi wanita yang mengalami histerektomi sama seperti merasakan suatu kehilangan, difase awal berupa perasaan tidak percaya apabila rahimnya telah diangkat, kemudian diikuti rasa kesedihan hingga terjadi depresi.

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. Dibandingkan dengan konsep koping menurut Lazarus (2000) yang dibandingkan dengan konsep koping menjadi 2 yaitu 1). Koping yang berfokus pada emosi dengan perilaku yang ditunjukkan dengan perilaku menghindari, menyalahkan diri sendiri, mengatur/ mengusir emosi yang disebabkan oleh stressor, 2). Koping yang berfokus pada masalah dengan perilaku yang ditunjukkan berupa upaya mengontrol situasi yang tidak menyenangkan, memecahkan permasalahan serta mencapai 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 dari penelitian ini didukung oleh penelitian Liamuttong 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 sudah, dengan berbagai kegiatan tersebut diatas partisipan merasa terhibur dan dapat mengalihkan dan pikiran mereka terhadap hal – hal yang mengingatkan mereka akan peristiwa kehilangan yang mereka alami.

Penelitian Van (2001) tentang upaya mengatasi kesedihan atas peristiwa *loss* juga mendukung hasil yang diperoleh peneliti mengenai mekanisme koping adaptif, yaitu berbicara dengan orang terdekat. Empat orang partisipan merasa lebih tenang saat diri mereka bisa berdiskusi dengan suami dan dengan keluarganya. Upaya ibu untuk mengatasi kesedihan dengan meningkatkan spiritual yang ditemukan juga oleh peneliti. Hasil penelitian ini sesuai 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 mengikuti kegiatan gereja, partisipan merasa lebih tenang.

Upaya - upaya yang telah dilakukan dalam bentuk koping adaptif (yang berfokus pada masalah) dan maladaptif (yang berfokus pada emosi) yang ditemukan dalam penelitian ini dan beberapa penelitian sebelumnya, pada dasarnya menunjukkan bentuk berbagai bentuk dari perilaku yang serupa. Hal ini sesuai dengan berbagai konsep koping yang menyatakan bahwa setiap individu untuk melakukan usaha pertahanan diri dari setiap stres dan tekanan hidup dalam hal lain 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/ menerima kondisi yang penuh dengan tekanan tersebut.

Konsep yang ditemukan peneliti selain menggambarkan respon dan coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi, peneliti juga menggambarkan faktor yang mempengaruhi respon dan coping ibu dalam proses kehilangan karena pengangkatan rahim salah satunya adalah dukungan sosial, yang diperoleh ibu primipara dan nullipara baik dari suami, anak, orang tua dan keluarga besar merupakan sumber kekuatan bagi ibu dalam memberikan kekuatan bagi ibu dalam membentuk coping yang adaptif untuk menghadapi peristiwa kehilangan yang dialaminya.

Menurut Hamilton (2000), salah satu faktor penting yang mempengaruhi bagaimana seorang ibu mengatasi masa – masa krisis adalah dukungan sosial yang mereka harapkan. Dukungan ini merupakan orang – orang dan sumber – sumber yang terdekat dan tersedia untuk memberikan dukungan, bantuan, dan perawatan. Dukungan sosial ini antara lain dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan instrumental/ materi dan penilaian positif. Fungsi sistem pendukung sosial khususnya keluarga dalam meningkatkan, melindungi dan mempertahankan status kesehatan individu ke arah yang lebih baik, karena dukungan sosial mempunyai hubungan yang erat dengan perilaku kesehatan seseorang (Pender, Murdaugh & Person, 2002)

Newman dan Newman (2000) mendukung hasil penelitian yang dilakukan peneliti yang menyatakan bahwa dukungan yang diberikan anggota keluarga dan pasangan sangat diperlukan untuk memahami ketakutan seorang wanita yang mengalami histerektomi, serta perhatian, bantuan yang diberikan sebagai dukungan selama proses kehilangan dan dapat melalui proses penyembuhan. Selain itu hasil penelitian Webbe dan Wilson-Barnett (2003) juga menyatakan bahwa rendahnya dukungan sosial yang diberikan oleh pasangan, keluarga serta teman akan berpengaruh terhadap hasil yang buruk dalam proses penyembuhan.

Faktor - faktor yang mempengaruhi respon dan coping ibu primipara dan nullipara seperti dukungan sosial 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 ini 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 lainnya.

5.2 Keterbatasan Penelitian

5.2.1 Peneliti sebagai alat penelitian

Kurangnya pengalaman peneliti dalam melakukan studi kualitatif khususnya *grounded theory*. Kemampuan peneliti untuk melakukan triangulasi metode pengumpulan data (wawancara, membuat catatan lapangan dan studi literatur) masih sangat terbatas. Banyak data yang lebih dapat tergali jika peneliti dapat meningkatkan kemampuannya dalam melakukan wawancara, membuat catatan dan *memoing*. Keterbatasan kemampuan peneliti melakukan analisa data membuat proses analisa sedikit tersendat dan membutuhkan waktu yang lama

5.2.2 Partisipan penelitian

Kriteria partisipan dalam penelitian ini dibatasi oleh ibu primipara dan nullipara. Sangat sulit untuk menemukan sampel ibu primipara dan nullipara yang dilakukan histerektomi. Peneliti beberapa kali berusaha

mencari partisipan di beberapa rumah sakit di Yogyakarta dan Jawa Tengah melalui seorang teman, akan tetapi hasilnya belum memuaskan.

5.3 Implikasi Keperawatan

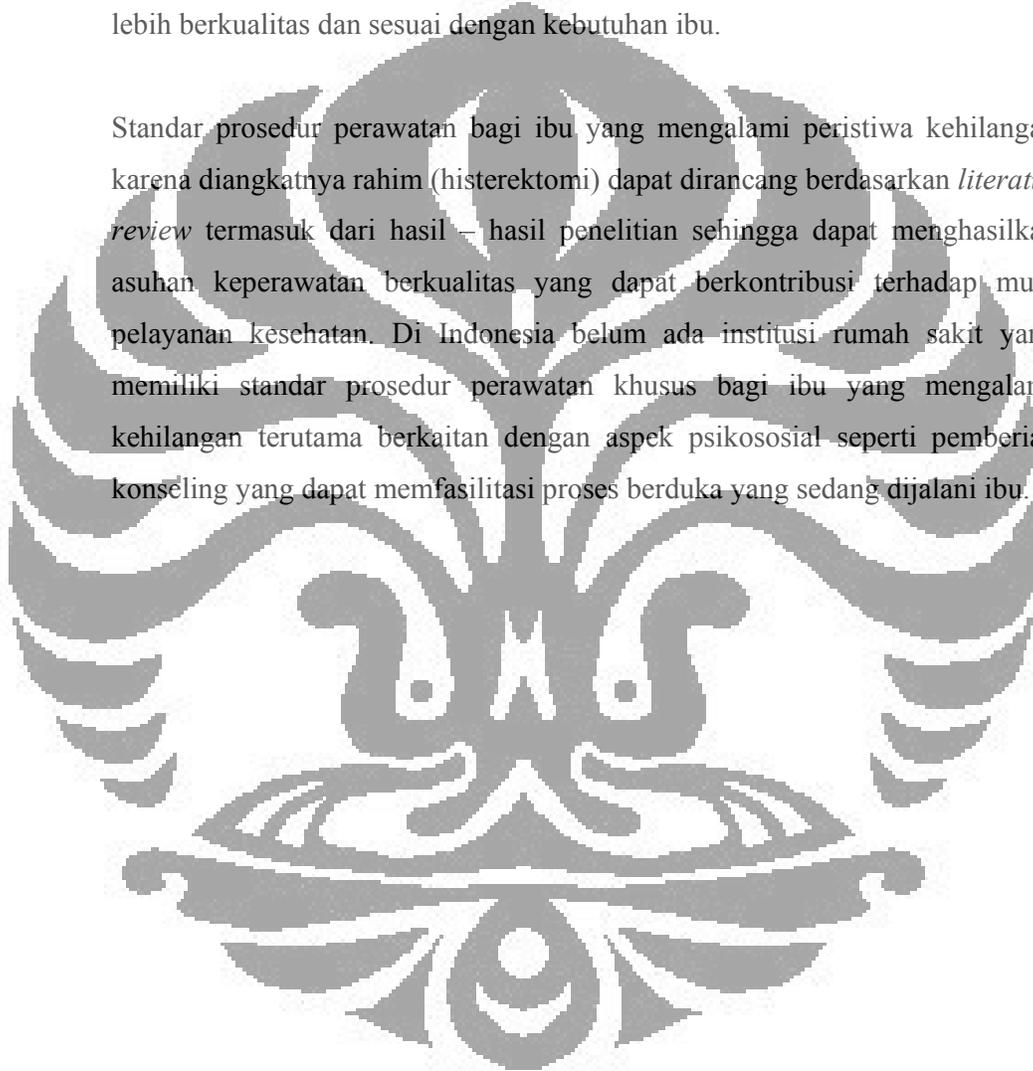
Tujuan asuhan keperawatan pada ibu primipara dan nullipara yang mengalami proses kehilangan secara normal, tidak berkepanjangan atau bersifat patologis. Asuhan keperawatan dititikberatkan pada penerimaan dan pemahaman perawat akan proses berduka dan kehilangan yang dialami ibu sebagai suatu periode krisis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

Peneliti telah mengembangkan sebuah konsep menghasilkan respon dan koping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi. Hasil penelitian menunjukkan ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi akan berespon terhadap peristiwa kehilangan yang dialaminya melalui ungkapan dan perilaku *denial*, *bargaining* dan *acceptance*. Akan tetapi respon kehilangan pada ibu nullipara lebih jelas dibandingkan dengan ibu primipara. Partisipan merespon kehilangan dengan *mood* yang kurang baik.

Ibu primipara dan nullipara juga melakukan berbagai upaya berupa koping yang bersifat adaptif dan maladaptif dalam menjalani proses berduka dan kehilangan. Faktor dukungan sosial juga mempengaruhi ibu primipara dan nullipara dalam berespon dan membentuk koping terhadap peristiwa kehilangan yang 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 kehilangan akibat diambilnya rahim 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 yang mengalami histerektomi. 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 kebutuhan ibu.

Standar prosedur perawatan bagi ibu yang mengalami peristiwa kehilangan karena diangkatnya rahim (histerektomi) dapat dirancang berdasarkan *literatur review* termasuk dari hasil – hasil penelitian sehingga dapat menghasilkan asuhan keperawatan berkualitas yang dapat berkontribusi terhadap mutu pelayanan kesehatan. Di Indonesia belum ada institusi rumah sakit 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 ibu.



BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

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

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada BAB V dan BAB VI dapat disimpulkan tentang berbagai respon dan coping ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi beserta faktor – faktor yang mempengaruhinya. Tiga bentuk respon ditunjukkan oleh ibu primipara dan nullipara dalam menjalani proses berduka yaitu menolak kehilangan, tawar menawar dan menerima kehilangan.

Ibu primipara dan nullipara melakukan berbagai upaya dalam bentuk coping yang adaptif (berfokus pada masalah) yaitu berbicara dengan orang terdekat, mengalihkan kesedihan, menerima kenyataan serta peningkatan spiritual. Namun ibu juga melakukan coping yang berfokus pada emosi (maladaptif) seperti menyalahkan diri sendiri dan menyalahkan suaminya atas peristiwa yang terjadi pada dirinya.

Ibu primipara dan nullipara yang mengalami histerektomi dalam berespon dan membentuk coping terhadap peristiwa kehilangan dipengaruhi oleh faktor dukungan social.

6.2 Saran

Berbagai simpulan diatas, peneliti memberikan beberapa saran baik bagi institusi rumah sakit dan praktek pelayanan keperawatan untuk pengembangan penelitian keperawatan sebagai berikut :

6.2.1 Bagi instansi RS dan praktek pelayanan keperawatan

6.2.1.1 Perawat maternitas dapat memberikan dukungan dan memberikan asuhan dengan penuh pengertian akan respon kehilangan yang dialami ibu dalam proses berduka dan kehilangan 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

6.2.2 Bagi pengembangan penelitian selanjutnya

6.2.2.1 Hasil penelitian ini merupakan data dasar untuk penelitian selanjutnya. Pengembangan untuk penelitian selanjutnya dapat dilakukan dengan karakteristik partisipan dan metodologi yang berbeda sehingga akan diperoleh variasi hasil pengalaman yang berbeda pula terhadap fenomena pengalaman perempuan pasca histerektomi

6.2.2.2 Perlu dilakukan penelitian serupa dengan kriteria partisipan yang berbeda dan juga perlu digunakan metode penelitian lainnya sehingga dapat memperoleh hasil penelitian berupa konsep dan teori baru.

6.2.2.3 Perlu diteliti perbedaan respon ibu yang mengalami histerektomi antara ibu nullipara dan ibu primipara

6.2.2.4 Perlu diteliti perbedaan respon ibu yang mengalami histerektomi antara ibu yang masih dirawat di RS dengan ibu yang sudah pulang ke rumah

DAFTAR PUSTAKA

- Anandarajah (2001). Spiritual and medical practice, using the HOPE question as a practical tool for spiritual assessment, [http : // www.AaFp.org/afp/20010101/81.html](http://www.AaFp.org/afp/20010101/81.html), diperoleh tanggal 29 Januari 2009
- Alfiben; Wiknjosastro, G. H & Elvira, S. D, (2000), Efektifitas peningkatan dukungan suami dalam menurunkan terjadinya depresi post partum. *Majalah Obstetri Ginekologi Indonesia*, 24. (4), 208 – 214.
- Bobak, Jensen, & Lowdermilk. (2004). *Maternity nursing*. 7th ed. St Louis: Mosby.
- Branolte-Bos, G. (2001). *Gynaecological cancer: A psychotherapy group*. In Maggie Watson (Ed.), *Cancer patient care: Psychological treatment methods*. New York: Cambridge University Press & BPS Books. 260-80.
- Baziad, A. (2001). *Menopause and hormone replacement therapy*. *Med. J. Indonesia* 10: 242-251.
- Creswell, J.W. (2001). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks, California: SAGE Publication, Inc.
- Cowles, K., & Rodgers, B. (2001). The concept of grief : A foundation for nursing research and practice. *Research in Nursing and Health*, 14, 119 – 127.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *Strategies of qualitative inquiry*. 2nd ed. Thousand Oaks, California : SAGE publication, Inc.
- DepKes RI (2003) *Profil kesehatan indonesia 2005*. Jakarta. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Ewaldz-Kvist, S.M., Hirvonen, T., Kvist, M., Lertola, K., & Niemela, P. (2005). Depression, anxiety, hostility and hysterectomy. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*. 26 (3). 193 – 204.
- Estez, M.Z. (2002). *Health assessment & physical examination*. 2nd Edition. USA : Delmar Thomson Learning.
- Farooqi, Y.N. (2005). Depression and anxiety in patients undergoing hysterectomy. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*. Vol 2.
- Falvo, N.C. (2000). A grounded theory study of maternal grief. *Journal of Nursing Scholarship*. 34 (4). 130 – 135.

- Farquhar, C.M., Sadler, L., Harvey, S.A., & Stewart, A.W. (2005). The association of hysterectomy and menopause. *International Journal of Obstetric and Gynecology*. Vol 112. pp. 956 – 962
- Farrer, H. (2001). Alih bahasa Hartono, A. *Perawatan maternitas*. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Guthrie, J.R., Clark, M.S., & Dennerstein, L. (2007). A prospective study of outcomes after hysterectomy in mid aged australian born women. *Climacteric Journal*. 71-77.
- Ghozali, S., & Junizaf, et al. (2004). Perangai seksual pasca histerektomi total. *Indones J. Obstet Gynecol*. 24(2): 82-84.
- Gilbert & Harmon. (2003). *Manual of high risk pregnancy and delivery*. 3rd Edition. St Louis: Mosby Inc.
- Kritz, S. D., Von Muhlen, D.G., Ganiats T.G, Barrett, C., E. (2004). Hysterectomy status, estrogen use and quality of life in older women: The Rancho Bernardo study. *Qual Life Res* ;13:55–62.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A.J., Burke, K., Bauchal, D.S.R., Hirst, S.P. (2004). *Fundamental of nursing*. 3rd Edition. Toronto : Prentice Hall.
- Kjerulff, K.H, Langenberg, P.W, Rhodes, J.C., et al. (2000). Effectiveness of hysterectomy. *Journal of Obstetri Gynecological*. 95:319–326.
- Ladewig, P.W., London, M.L., Moberly, S. & Olds, S.B. (2002). *Contemporary maternal-newborn nursing care*. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S. E., & Bobak, I. M. (2000). *Maternity & women's health care*. 7th ed. St. louis : Mosby Inc.
- Lazarus, S.R, & Folkmasn, S. (2000). *Stress appraisal and coping*. New York : Publishing Company.
- Leppert, P.C., Legro, R.S., & Kjerulff, K.H, (2007). Hysterectomy and loss of fertility : implications for women's mental health. *Journal of Psychosomatic Research*. 63 (3). 269–74.
- Liamputtong & Abboud, L. (2005). When pregnancy fails : coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal or Reproductive and Infant Psychology*. 23 (1). 3 – 18.
- Moleong, L.J. (2002). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung : PT. Pareja Rosda Harjo.

- Melnyk, B.M (2003). Coping with unplanned childhood hospitalization : The mediating effects of parental belief. *Journal of Pediatric Psychology*. 20, 299 - 312
- Miller, J.F. (2000). *Coping with chronic illness : overcoming powerlessness*, edition 3.
- Murray, S. S., Mc Kinney, E. S., & Gorrie, T. M. (2001). *Foundations of maternal newborn nursing* (3 rd ed). Philadelphia : WB. Saunders Co.
- Malacrida, C. (2003). Perinatal death : helping parents find their way. *Journal of Family Nursing*. 32. 130-148.
- Newman, G, & Newman , L.E. (2000). Coping with the stress of hysterectomy. *Journal Sex Education*. 11:65
- Prawiroharjo. (2004). *Ilmu kebidanan*. Jakarta: Bina Pustaka.
- Page, L.A., Pereival, P., & Kitzinger. S. (2000). *The new midwifery : Science and sensitivity in practice*. Churchill, livingstone : Harcourt publisher limited.
- Patillima, H. (2005). *Metode penelitian kualitatif*. Bandung : Alfabeta.
- Pender, Murdaugh, & Parson. (2002). *Health promotion in nursing practice*. Upper Saddieriver. Nj : Prentice Hall.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. (2005). *Clinical nursing skill and tehniqe : Basic, intermediate and advanced*. St. Louis : C.V Mosby Company.
- Pilliteri. (2003). *Maternal and Child health nursing : Care of the childbearing and childdearing family*. Philadelphia : Williams & Wilkins.
- Poerwandari, E. K. (2005). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian prilaku manusia*. (ed-3), Jakarta : Perfecta LPSP3. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- Pollit & Hungler. (2001). *Qualitative research*. Philadelphia : W.B Saunders Company.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research: Principles and methods*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.

- Reeder, S. J., Martin, L. L., & Griffin, D. K. (2001). *Maternity nursing : Family, newborn and womn's health care*. (18th ed). Philadelphia : Lippincott.
- Recker, N. (2007). Coping with loss and dissapointment. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (3), 67 – 69.
- Reis, N., Engin , R., Ingec, U., & Bag, B. (2007). A qualitative study : beliefs and attitudes of women undergoing abdominal hysterectomy in Turkey . *International Journal Gynecological Cancer*, pp. 921-8.
- Reed, K.S. (2003). Grief is more than tears. *Nursing Sciences Quarterly*, 16 (1), 77 – 81.
- Roeske, N.C. (2000). Quality of life and factors affecting the response to hysterectomy. *Journal of Family Practice*. 7 (3), 483-8.
- Rask, K., Kaunonen, M., & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Adolescent coping with grief after the death of a loved one. *International Journal of Nursing Practice*. 8 , 137 – 142.
- Streubert Speziale, H.J., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincot William Wilkins.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. (2000). *Principle and practice of psychiatric nursing*. 6th Edition. St Louis : Mosby Yearbook.
- Sugiyono. (2005). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Scott, C.,D. (2000). Coping with stress. *Journal of the American Medical Association*, 392 (8), 246 – 268.
- Swasono, M.F. (2001). *Kehamilan, kelahiran, perawatan ibu dan bayi dalam konteks budaya*. Jakarta : UI Press.
- Smeltzer, S.C & Bare, B.G. (2002). *Medical surgical nursing*. Philadelpia : Lippincott.
- 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.
- Thomson, S.B. (2004). Qualitative research : grounded theory – sample size and validity. *Advances in Developing Human Resources*, 4, 288.
- Valnyck, D. (2004). Beware the 5 stages of griefs. <http://counselingforloss.com/article8.htm>, diambil pada tanggal 27 Januari 2009.

Wagner, L., et al (2005). Womens' experiences with short admission in abdominal hysterectomy and their patterns of behaviour. *Scand Journal Caring Science*. 19, 330-334.

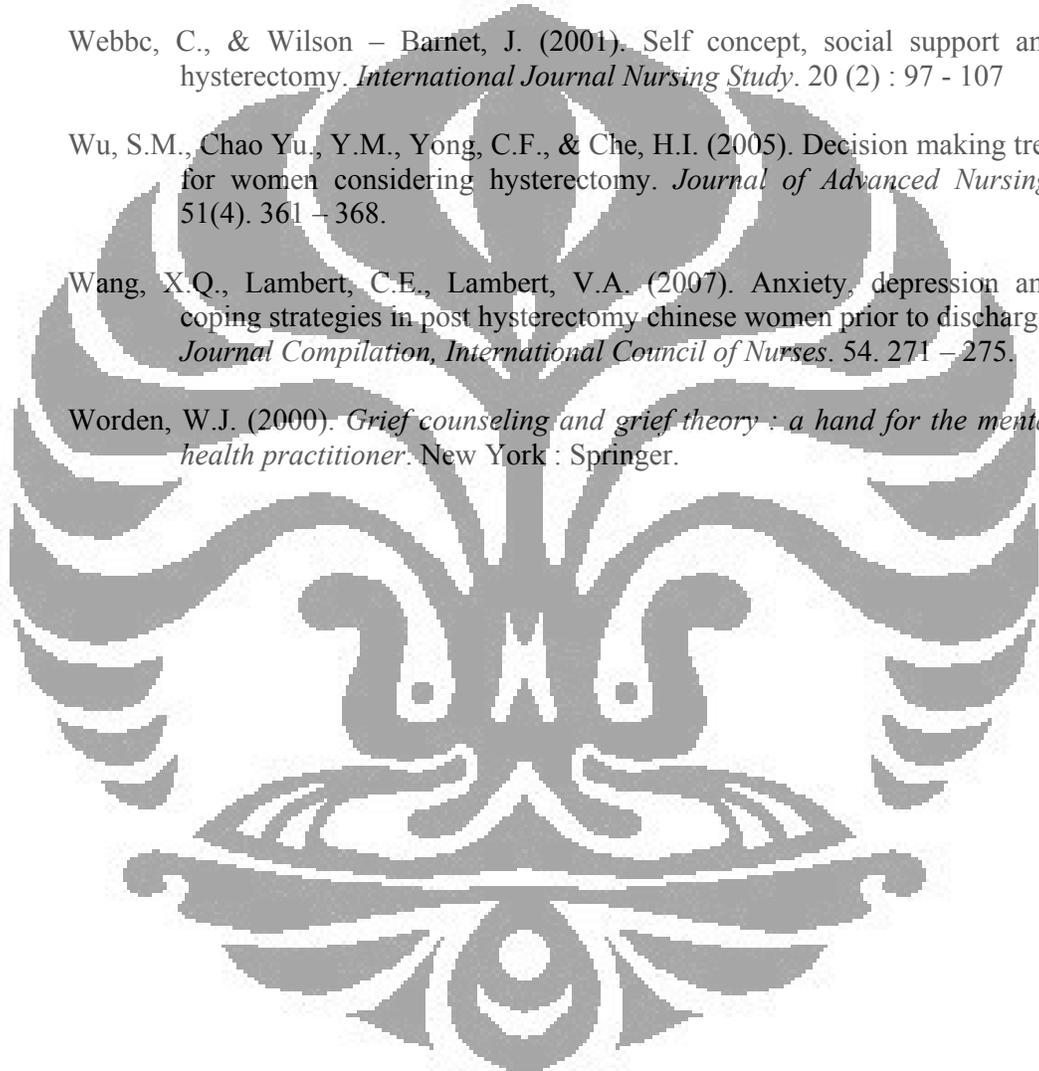
Wiknjosastro, H., Saifuddin, A.B., & Rakhimhadhi, T. (Eds). (2001). *Ilmu kebidanan*. 5th ed. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Webbc, C., & Wilson – Barnet, J. (2001). Self concept, social support and hysterectomy. *International Journal Nursing Study*. 20 (2) : 97 - 107

Wu, S.M., Chao Yu., Y.M., Yong, C.F., & Che, H.I. (2005). Decision making tree for women considering hysterectomy. *Journal of Advanced Nursing*. 51(4). 361 – 368.

Wang, X.Q., Lambert, C.E., Lambert, V.A. (2007). Anxiety, depression and coping strategies in post hysterectomy chinese women prior to discharge. *Journal Compilation, International Council of Nurses*. 54. 271 – 275.

Worden, W.J. (2000). *Grief counseling and grief theory : a hand for the mental health practitioner*. New York : Springer.



Penjelasan Penelitian

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wiwin Lismidiati

NIM : 0706256613

Status : Mahasiswa Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia Kekhususan Keperawatan Maternitas

Bermaksud mengadakan penelitian tentang “Respon dan Koping Ibu Primipara Yang Mengalami Histerektomi “. Penelitian ini akan menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan *Grounded Theory*. Oleh karena itu 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 koping ibu primipara yang mengalami histerektomi
2. Manfaat penelitian ini secara garis besar adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, khususnya peran serta perawat dalam membantu ibu menghadapi peristiwa kehilangan organ reproduksi kewanitaan dengan memberikan gambaran dalam membentuk berbagai pola sehingga ibu dapat beradaptasi dengan baik terhadap peristiwa tersebut.
3. Partisipan dalam penelitian ini adalah ibu primipara yang mengalami histerektomi, ibu primipara sedang atau pernah menjalani perawatan diruang rawat inap ginekologi RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, tidak mengalami gangguan mental atau sedang menjadi partisipan dalam penelitian dan dalam keadaan sadar atau tidak sedang dalam penanganan komplikasi pembedahan.
4. Pengambilan data dalam penelitian ini akan dilakukan wawancara secara mendalam dengan partisipan beberapa kali dan berlangsung 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 akan 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 peneliti berupa catatan, *tape recorder* untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
7. Proses wawancara akan dihentikan sementara jika ibu merasa kelelahan, sedih, atau ketidaknyamanan dan akan dilanjutkan jika ibu telah tenang dan berkenan kembali untuk diwawancara
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 2009

Peneliti

Persetujuan Menjadi Partisipan Penelitian

Saya yang bertanda tangan dibawah 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 2009

Yang Menyatakan

Peneliti

Saksi

Partisipan

Data Demografi

Nama/ Initial :

Usia :

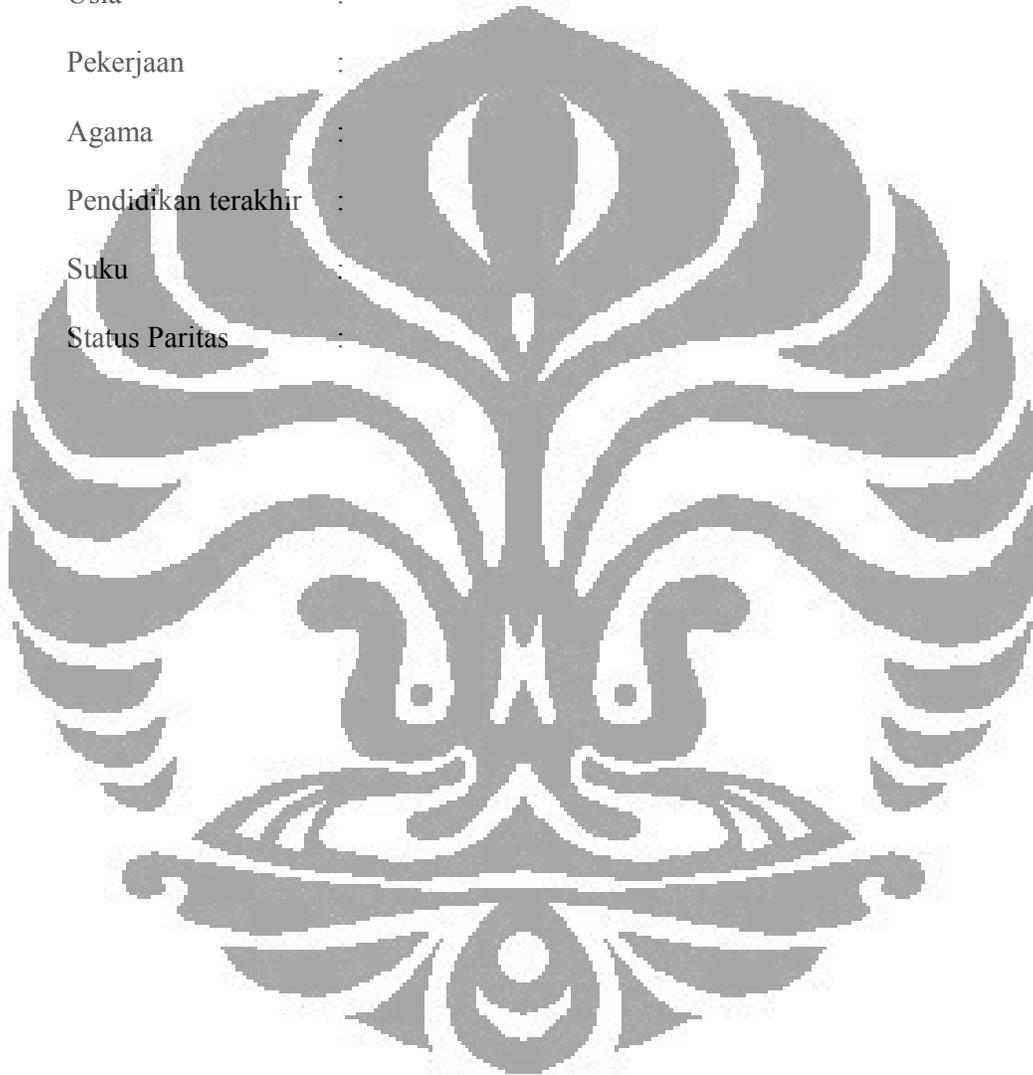
Pekerjaan :

Agama :

Pendidikan terakhir :

Suku :

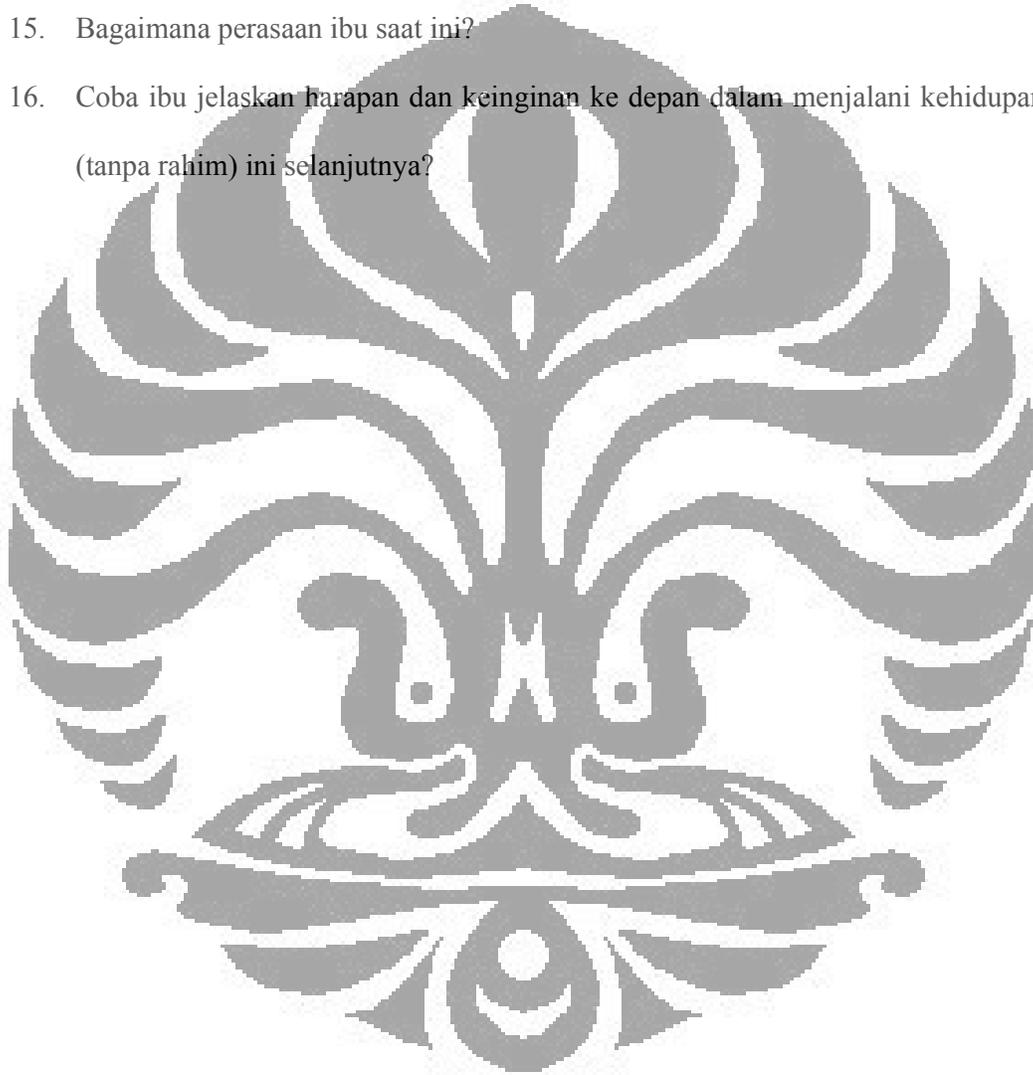
Status Paritas :



Pedoman Wawancara

1. Tolong ibu ceritakan dari awal kejadian ibu harus dilakukan histerektomi/ pengangkatan rahim?
2. Apa yang ibu ketahui tentang histerektomi/ pengangkatan rahim?
3. Bagaimana perasaan dan respon ibu ketika mengetahui bahwa rahim ibu akan diangkat?
4. Bagaimana reaksi suami dan keluarga ketika mengetahui bahwa rahim ibu akan diangkat?
5. Apa saja yang ibu lakukan ketika mengetahui ibu akan dilakukan pengangkatan rahim?
6. Hal – hal apa saja yang dapat meringankan perasaan ibu saat mengetahui akan dilakukan histerektomi /rahim ibu akan diangkat?
7. Hal – hal apa saja yang memperberat perasaan ibu saat mengetahui rahim ibu akan diangkat?
8. Apa yang ibu rasakan setelah menjalani operasi pengangkatan rahim?
9. Perbedaan apa saja yg ibu rasakan sebagai seorang perempuan sebelum dan sesudah dilakukan pengangkatan rahim? Apakah ibu merasa berbeda dengan ibu lainnya?
10. Hal – hal apa saja yang meringankan perasaan ibu selama menjalani proses berduka dari dilakukannya pengangkatan rahim tersebut?
11. Hal – hal apa saja yang memperberat perasaan ibu selama menjalani proses berduka dari dilakukannya pengangkatan rahim tersebut?

12. Bagaimana pengalaman ibu tentang dukungan sosial yang diterima (pasangan, keluarga, teman terdekat) setelah mengetahui bahwa rahimnya akan diangkat?
13. Siapa yang lebih banyak membantu ibu untuk melewati proses berduka?
14. Dengan cara apa saja mereka memberi bantuan kepada ibu untuk melewati proses berduka?
15. Bagaimana perasaan ibu saat ini?
16. Coba ibu jelaskan harapan dan keinginan ke depan dalam menjalani kehidupan (tanpa rahim) ini selanjutnya?



Hasil Observasi Partisipan

Hari/ tanggal :

Kode :

Lokasi :

Waktu :

No	Komponen	Hasil Observasi
1.	Ruang	
2.	Objek	
3.	Aktivitas sekeliling	
4.	Benda – benda	
5.	Tindakan partisipan	
6.	Peristiwa	
7.	Perasaan emosi pasien	

