

**PENGALAMAN KEHILANGAN (*LOSS*) DAN BERDUKA
(*GRIEF*) PADA IBU PREEKLAMPSI YANG KEHILANGAN
BAYINYA**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



Oleh :

ROSSI ANITA SARI

22020111130089

**JURUSAN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, DESEMBER 2015**

HALAMAN PERSEMBAHAN

“Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman diantaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat. (Q.S. Al-Mujadalah : 11)”

“Yang paling penting, tak pelak lagi, adalah membangun diri kita terlebih dahulu. Jiwa kita harus dibangun. Keberanian kita harus dihidupkan. Motivasi kita harus dibentuk. Tiada sukses yang datang tanpa kerja keras. Tiada sukses yang datang dengan mudah. Semua harus diperjuangkan. Kita bisa mencanangkan mimpi setinggi apapun, itu tidak mustahil. Bermimpilah dan berharaplah itu jadi kenyataan. Tapi yang pertama-tama harus dihidupkan dulu, motivasi dan kesungguhan kita untuk bergerak. Merry Riana”

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

- Kedua orang tua saya tercinta yang telah dengan sabar merawat dan membimbing anak-anaknya hingga saat ini, yang rela membanting tulang demi memberikan kehidupan yang lebih baik bagi anak-anaknya dan yang tak henti-hentinya berdoa agar anak-anaknya selalu berada dalam lindungan-Nya.
- Ibu Sari Sudarmiati, S.Kp.,M.Kep.,Sp. Mat selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar membimbing dan mengarahkan saya selama penyusunan skripsi ini.
- Adikku tercinta yang selalu memotivasiku untuk menjadi kakak yang baik. Maaf jika selama ini belum bisa menjadi panutan seutuhnya, tapi percayalah aku akan selalu berusaha menjadi kakak yang baik untukmu.
- Amin Sudrajat yang selalu memberikan motivasi disaat semangatku mulai turun, yang selalu memberikan harapan disaat keyakinanku mulai pudar dan yang selalu memberi kekuatan disaat aku mulai menyerah.

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rossi Anita Sari
NIM : 22020111130089
Fakultas/Jurusan : Kedokteran/Keperawatan
Jenis : Skripsi
Judul : Pengalaman Kehilangan (*Loss*) dan Berduka (*Grief*) pada Ibu Preeklamsi yang Kehilangan Bayinya

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas *royalty* kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mendiakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Jurusan Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Desember 2015

Yang Menyatakan

Rossi Anita Sari

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Nama : Rossi Anita Sari
Tempat/tanggal lahir : Semarang, 19 Juni 1993
Alamat rumah : Jl. Sri Rejeki III/6, Semarang
No. telp : (024) 7609571/085713000135
Email : rossitasari96@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul **“Pengalaman Kehilangan (*Loss*) dan Berduka (*Grief*) pada Ibu Preeklampsi yang Kehilangan Bayinya”** bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, Desember 2015

Yang Menyatakan

Rossi Anita Sari

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

PENGALAMAN KEHILANGAN (*LOSS*) DAN BERDUKA (*GRIEF*) PADA IBU PREEKLAMPSI YANG KEHILANGAN BAYINYA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Rossi Anita Sari

NIM : 22020111130089

Telah disetujui sebagai usulan Penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk di review

Pembimbing,

Sari Sudarmiati, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat
NIP. 19790612 200212 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

PENGALAMAN KEHILANGAN (*LOSS*) DAN BERDUKA (*GRIEF*) PADA IBU PREEKLAMPSI YANG KEHILANGAN BAYINYA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Rossi Anita Sari

NIM : 22020111130089

Telah disetujui

Semarang, Desember 2015

Penguji I,

Penguji II,

Ns. Dwi Susilawati, S.Kep., M.Kep.,Sp.Mat
NIP. 19780311 200812 2 001

Ns. Zubaidah, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.An
NIP. 19731020 200604 2 001

Penguji III,

Sari Sudarmiati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat
NIP. 19790612 200212 2 001

Telah diuji, direvisi, dan disetujui

Sari Sudarmiati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat
NIP. 19790612 200212 2 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **“Pengalaman Kehilangan (*Loss*) dan Berduka (*Grief*) pada Ibu Preeklampsia yang Kehilangan Bayinya.”**

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapat bimbingan, saran, dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Ibu Sari Sudarmiati, S.Kp.,M.Kep.,Sp.Mat selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, dukungan serta masukan dalam pembuatan skripsi ini.
2. Ns. Dwi Susilawati, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Mat, selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan arahan dalam perbaikan skripsi ini.
3. Ns. Zubaidah, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.An, selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan arahan dalam perbaikan skripsi ini.
4. Ns. Diyan Yuli Wijayanti, S.Kep.,M.Kep selaku dosen wali yang telah banyak memberikan dukungan dan bimbingan serta arahan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Seluruh responden yang telah membantu dan mendukung terselesainya skripsi ini.
6. RSUD Tugurejo Semarang yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan pengambilan data awal penelitian.
7. Keluarga tercinta, Bapak Suhardi, Ibu Zumroh, Adik Ayu, Tante Rini, Sepupu Galeh dan Farid yang senantiasa tidak henti-hentinya memberikan doa, motivasi, dukungan moril dan material dalam penyusunan skripsi ini.
8. Amin Sudrajat yang selalu memberikan semangat, motivasi, dan doa dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Bapak dan ibu dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro atas ilmu yang diberikan selama menempuh pendidikan S1.

10. Teman-teman angkatan 2011 yang saling memberikan dukungan, motivasi dan doanya.
11. Staff Akademik dan Administrasi Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pelayanan dan fasilitas yang baik selama proses penyusunan skripsi ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu dan memberikan dukungan baik langsung maupun tidak langsung sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran dari pembaca sangat diharapkan penulis untuk penyempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis mengucapkan banyak terima kasih dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan, khususnya di bidang keperawatan.

Semarang, Desember 2015

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Teori.....	11
1. Preeklampsia	11
a. Definisi	11
b. Etiologi.....	12
c. Klasifikasi Preeklampsia	13
d. Patofisiologi.....	15
e. Pencegahan.....	16
f. Penatalaksanaan.....	18
g. Komplikasi	20
2. Kematian Bayi	21
a. Definisi	21
b. Dampak	22
3. Kehilangan	24
a. Definisi	24
b. Jenis-jenis kehilangan	24
4. Kedukaan	25
a. Definisi	25
b. Tahap berduka	26
c. Dimensi (Respons) dan Gejala Berduka	29
d. Aplikasi Proses Keperawatan dalam Berduka.....	34
5. Koping.....	38
a. Definisi	38
b. Strategi Koping.....	39
c. Koping terhadap peristiwa kedukaan.....	40

B. Kerangka Teori.....	44
BAB III METODE PENELITIAN	45
A. Fokus Penelitian	45
B. Jenis dan Rancangan Penelitian	45
C. Populasi dan Sampel Penelitian	46
D. Besar Sampel.....	47
E. Tempat dan Waktu Penelitian	49
F. Definisi Istilah	50
G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data	51
H. Keabsahan (<i>Trustworthiness</i>) Data	61
I. Teknik Pengolahan dan Analisis Data.....	66
J. Etika Penelitian	68
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	Error! Bookmark not defined.
A. Karakteristik Informan.....	Error! Bookmark not defined.
B. Hasil Analisa Data.....	Error! Bookmark not defined.
C. Tema Hasil Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
BAB V PEMBAHASAN	Error! Bookmark not defined.
A. Respons ibu saat kehilangan bayinya	Error! Bookmark not defined.
B. Respons berduka ibu.....	Error! Bookmark not defined.
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	Error! Bookmark not defined.
A. Kesimpulan	Error! Bookmark not defined.
B. Saran	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
LAMPIRAN	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
2.1	Pemahaman Teoritis proses berduka	28
4.1	Karakteristik Informan	70
4.2	Kategori Hasil Analisa Data	72

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori	44
3.1	Fokus Penelitian	45

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Keterangan
Lampiran	
1	Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan
2	Surat Perizinan Studi Pendahuluan
3	Surat Permohonan <i>Ethical Clearance</i>
4	<i>Ethical Clearance</i>
5	Surat Permohonan Izin Penelitian
6	Surat Perizinan Penelitian
7	Lembar <i>Informed</i>
8	Lembar <i>Consent</i>
9	Pedoman Wawancara
10	Transkrip Wawancara
11	Lembar Persetujuan Pengisian Pengecekan Anggota
12	Lembar Jadwal Konsultasi
13	Catatan Hasil Konsultasi
14	<i>Plan of Action</i>

ABSTRAK

Rossi Anita Sari

PENGALAMAN KEHILANGAN (*LOSS*) DAN BERDUKA (*GRIEF*) PADA IBU PREEKLAMPSI YANG KEHILANGAN BAYINYA

xiv + 107 Halaman + 3 Tabel + 2 Gambar + 14 Lampiran

Preeklampsia merupakan kondisi penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel yang ditandai dengan hemokonsentrasi, hipertensi, dan proteinuria. Preeklampsia yang tidak segera diobati atau terputus dengan persalinan, dapat mengakibatkan kematian pada bayi. Peristiwa kematian bayi akan menimbulkan perasaan kehilangan dan duka mendalam bagi orang tua, bahkan dapat menyebabkan trauma. **Tujuan** : menggali pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklampsia yang kehilangan bayinya. **Metode** : kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Jumlah sampel 6 orang yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Data dikumpulkan dengan wawancara mendalam dan dianalisis menggunakan metode Colaizzi. **Hasil** : penelitian ini menghasilkan dua tema. Respons ibu saat kehilangan bayinya yaitu merasa bersalah, tidak percaya, sedih, menangis, berteriak, terdiam dan *numbness*. Respons berduka ibu yaitu menyalahkan diri sendiri, suami dan Tuhan, merasakan kehadiran orang yang meninggal, merasa rindu bahkan berbicara dengan orang yang meninggal, perasaan tidak percaya, menangis, melamun, marah, memikirkan kejadian saat hamil, menyendiri, datang ke makam, perasaan diabaikan oleh Tuhan, pasrah dan lebih mendekatkan diri dengan Tuhan, sulit tidur dan tidak nafsu makan. **Saran** : bagi individu yang berduka diharapkan dapat meningkatkan kualitas spiritualnya dengan rutin beribadah dan selalu berserah diri kepada Tuhan dan khusus untuk pemberian asuhan keperawatan agar lebih difokuskan pada aspek biologis, psikososial dan spiritual klien.

Kata kunci : Preeklampsia, kematian bayi, berduka
Daftar pustaka : 84 (1980-2015)

ABSTRACT

Rossi Anita Sari

THE EXPERIENCE OF LOSSING AND GRIEVING IN PREECLAMPSI WOMAN WHO LOST HER BABY

xiv + 107 pages + 3 Tables + 2 Pictures + 14 Attachments

Preeclampsia is a condition of a decrease organ perfusion due to vasospasm and activation of endothelial characterized by hemoconcentration, hypertension, and proteinuria. If preeclampsia is not treated immediately or interrupted by childbirth, it would causes death in infant. The death of infant would lead into a feeling of loss and deep sorrow for the parents, moreover it can cause trauma.

Objective : to dig up the experience of lossing and grieving in preeclampsia women who lost her baby. **Method**: the qualitative method with phenomenological approach is used in this research. The number of samples is taken by 6 people with using purposive sampling technique. Data were collected with an indepth interview and analyzed using Colaizzi method. **Results** : this researchresulted two themes. The response when a mother loses her baby is a guilty feeling, disbelief, sadness, crying, screaming, silent and numbness. The mother's grief response is to blame herself, her husband and God, feeling the presence of those who died, feeling homesick even talk to the person who died, disbelief, crying, dreamy, angry, thinking of events during pregnancy, secluded, came to the tomb, feeling ignored by God, resignedly and get closer to God, sleeplessness and loss of appetite. **Suggestion** : for individuals in grief expected to improve their spiritual quality by regularlyworship and always surrender to God and especially for the provisions of the nursing care to be more focused on biological, psychosocial and spiritual aspect of the clients.

Keywords : Preeclampsia, infant mortality, grief
Bibliography : 84 (1980-2015)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) tahun 2013 menyatakan sebanyak 289.000 perempuan meninggal akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan.¹ Di Indonesia, Angka Kematian Ibu (AKI) mencapai 190 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini menempati peringkat kedua tertinggi di Asia Tenggara setelah Myanmar dengan AKI 200 per 100.000 kelahiran hidup.¹

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2014 menunjukkan bahwa kematian ibu di Jawa Tengah sebanyak 711 kasus, sedangkan di Kota Semarang sendiri terdapat 33 kasus.² Angka ini cenderung meningkat bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Hal ini merupakan suatu tantangan yang cukup berat bagi pemerintah mengingat target global *Millenium Development Goals* (MDG's) kelima adalah menurunkan AKI menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.³

Penyebab kematian ibu di Jawa Tengah pada tahun 2014 didominasi oleh faktor lain-lain (42,33%), hipertensi (28,10%), dan perdarahan (22,93%).² Faktor lain-lain yang dimaksud adalah faktor non-kebidanan seperti tuberkulosis, radang otak, gagal jantung dan gagal ginjal yang dialami ibu saat hamil dan melahirkan, sedangkan penyebab kematian ibu di kota Semarang pada tahun 2013 justru didominasi oleh preeklampsia

dan eklampsia (45,10%), kemudian disusul dengan kasus perdarahan (23,20%), dan infeksi (3,60%).^{4,5}

Prevalensi preeklampsia di Indonesia sekitar 3-10%, sedangkan di Amerika Serikat dilaporkan bahwa kejadian preeklampsia sebanyak 5% dari semua kehamilan yaitu 23,6 kasus per 1.000 kelahiran. Data di RSUD Kota Semarang periode Desember 2009 – Februari 2010 menunjukkan angka kejadian ibu hamil dengan preeklampsia sebesar 14 orang (24,6%) dari total kehamilan sebanyak 569 orang.⁶ Penelitian yang dilakukan Supriyanti di RSUD kota Semarang pada tahun 2014 didapatkan prevalensi preeklampsia sepanjang tahun 2013 adalah sebanyak 354 orang yang mengalami preeklampsia ringan, 59 orang mengalami preeklampsia sedang dan 445 orang yang mengalami preeklampsia berat.⁷ Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RSUD Tugurejo Semarang tahun 2015 didapatkan lebih dari 100 kasus preeklampsia berat setiap tahunnya. Penderita preeklampsia di RSUD Tugurejo Semarang dalam kurun waktu empat tahun terakhir terhitung dari tahun 2011 adalah 108 orang, tahun 2012 terdapat 211 orang, tahun 2013 sebanyak 150 orang, dan sebanyak 153 orang pada tahun 2014. Jumlah penderita preeklampsia di RSUD Tugurejo setiap tahunnya cenderung meningkat.

Preeklampsia merupakan suatu kondisi spesifik kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel yang ditandai dengan hemokonsentrasi, hipertensi, dan proteinuria.^{8,9} Preeklampsia yang tidak segera diobati atau terputus dengan persalinan, akan menyebabkan

komplikasi maternal maupun komplikasi pada janin.¹⁰ Ben-zion Taber tahun 1994 menyebutkan bahwa komplikasi potensial maternal yang ditimbulkan dari preeklampsia meliputi eklampsia, solusio plasenta, gagal ginjal, nekrosis hepar, ruptur hepar, *Disseminated Intravascular Coagulation* (DIC), anemia hemolitik mikroangiopatik, perdarahan otak, edema paru, pelepasan retina dan kematian. Sedangkan komplikasi yang terjadi pada janin meliputi prematuritas, insufisiensi utero-plasental, retardasi pertumbuhan intrauterin, dan kematian janin intrauterin.¹¹

Penelitian yang dilakukan oleh Raras pada tahun 2010 di RSUP Dr. Kariadi Semarang menyebutkan angka kejadian komplikasi maternal yang diakibatkan oleh preeklampsia yaitu eklampsia sebanyak 7 kasus (3%), *impending eclampsia* 19 kasus (8,1%), sindrom HELLP 4 kasus (1,7%), sindrom HELLP parsial 26 kasus (11,1%), edema paru 24 kasus (10,3%), gagal ginjal akut 4 kasus (1,7%), dan kematian maternal 5 kasus (2,1%).¹³ Sedangkan angka kejadian komplikasi perinatal adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) sebanyak 88 kasus (36,2%), pertumbuhan janin yang terhambat 17 kasus (7%), kelahiran preterm 66 kasus (27,2%), asfiksia neonatorum 38 kasus (16,7%), dan kematian perinatal sebanyak 19 kasus (7,8%).¹²

WHO tahun 2002 mencatat bahwa setiap tahunnya sekitar 3% (3,6 juta) dari 120 juta bayi baru lahir mengalami asfiksia dan hampir 1 juta diantaranya meninggal dunia.¹³ Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa Angka Kematian Bayi (AKB) di negara ini sebanyak 32 per 1.000 kelahiran hidup.¹⁴ Angka ini telah

mengalami penurunan sedikit dibanding Angka Kematian Bayi (AKB) tahun 2007 yang mencapai 34 per 1.000 kelahiran hidup.¹⁵ RSUD Tugurejo Semarang mencatat sepanjang tahun 2014 terdapat 153 kasus preeklampsia berat dan 8 diantaranya mengalami kematian pada bayinya. Kasus kematian bayi tersebut disebabkan karena berat bayi lahir rendah (BBLR), lahir prematur, sepsis dan asfiksia.

Peristiwa kematian anak akan menimbulkan perasaan kehilangan dan duka yang mendalam bagi orang tua, bahkan dapat menimbulkan trauma yang begitu lama meski anak tersebut baru saja dilahirkan ataupun masih di dalam kandungan.¹⁶ Hal ini disebabkan karena saat kehamilan seorang wanita akan melalui proses dimana dirinya menyerahkan (*giving up*) dan melepaskan (*letting go*) gaya hidup, citra tubuh dan hubungan sebelumnya, serta mengambil peran dan tanggung jawab baru dan mulai belajar mencintai seseorang sebelum bertemu dengan mereka, bahkan sebagai calon orang tua, dirinya telah menyusun serangkaian harapan mengenai anak yang akan dilahirkan.^{9,16} Pada saat wawancara, seorang partisipan mengatakan bahwa selama hamil dirinya telah membayangkan akan mirip siapa bayinya, bagaimana rasanya menggendong dan menyusui bayi, bahkan telah membayangkan bangun tengah malam untuk menggantikan popok bayinya. Akan tetapi, semua bayangan indah itu berubah menjadi mimpi buruk ketika klien terdiagnosa preeklampsia. Berbagai pertanyaan mulai bermunculan dalam pikirannya seperti akankah anak mereka terlahir dengan selamat, bisakah anak mereka terlahir dengan kondisi yang sempurna, dan lain

sebagainya. Kematian bayi yang telah dikandung selama sekian bulan merupakan titik pertemuan yang bertolak belakang antara harapan yang tinggi dengan kenyataan yang pahit, mengingat bahwa adanya ketidaksesuaian antara harapan dan kenyataan berupa kehilangan sosok yang memiliki ikatan emosional. Hal tersebut merupakan sumber perasaan berduka yang mendalam.¹⁶

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian atau keseluruhan.¹⁷ Dukacita adalah proses dimana seseorang mengalami respon psikologis, sosial dan fisik terhadap kehilangan yang dipersepsikan. Proses dukacita memiliki sifat yang mendalam, internal, menyedihkan dan berkepanjangan. Dukacita dapat ditunjukkan melalui pikiran, perasaan maupun perilaku yang bertujuan untuk mencapai fungsi yang lebih efektif dengan mengintegrasikan kehilangan ke dalam pengalaman hidup. Pada saat seseorang yang berduka ingin mencapai fungsi yang lebih efektif, maka ia harus melewati beberapa tahapan berduka, dimana untuk mewujudkannya membutuhkan waktu yang cukup lama dan upaya yang cukup keras.¹⁸

Teori Bowlby menjelaskan bahwa proses berduka akibat suatu kehilangan memiliki empat fase, yaitu : mati rasa dan penyangkalan terhadap kehilangan, kerinduan emosional akibat kehilangan orang yang dicintai dan memprotes kehilangan yang tetap ada, kekacauan kognitif dan keputusan emosional, mendapatkan dirinya sulit melakukan fungsi dalam kehidupan

sehari-hari, dan tahap terakhir adalah reorganisasi dan reintegrasi kesadaran diri sehingga dapat mengembalikan hidupnya.¹⁹

Kehilangan akibat kematian orang yang dicintai merupakan krisis utama yang memiliki dampak sangat besar pada hidup individu. Keadaan disequilibrium yang terjadi akibat krisis atau kehilangan menyebabkan kecemasan yang besar dan ketidaknyamanan yang ekstrem.¹⁹ Kematian anak secara umum menimbulkan rasa duka yang kronis dan juga rasa bersalah yang irasional pada orang tua, sehingga anak yang sudah meninggal tidak pernah dapat terlupakan.¹⁶ Perasaan-perasaan yang seringkali timbul pada masa kedukaan antara lain rasa marah dan depresi karena merasa ditinggalkan oleh anak tersebut, dan disisi lain juga terdapat perasaan tidak berdaya dimana sebagai orang tua mereka hanya bisa bersedih menghadapi kematian anaknya. Sadar maupun tidak, orang tua cenderung merasa bertanggung jawab atas kematian anak mereka dan perasaan ini bercampur dengan rasa bersalah, tidak berdaya, dan frustrasi.¹⁶ Meskipun demikian, orang tua tetap harus mengatasi perasaan berdukannya dan mencapai tahap resolusi.¹⁶ Oleh karena itu koping perlu dilakukan untuk rasa berduka yang dialami akibat kematian orang yang dikasihi.²⁰

Koping merupakan upaya kognitif dan perilaku yang berubah secara konstan untuk mengelola tuntutan eksternal dan/atau internal tertentu yang dinilai berat dan melebihi sumber daya (kekuatan) seseorang. Koping bertujuan mengembalikan individu ke kondisi normal sebagaimana sebelum situasi tersebut terjadi, dengan melihat sumber yang tersedia untuk mengatasi

tekanan tersebut.²¹ Pada kondisi ini peran perawat menjadi sangat penting untuk membantu klien dalam melewati masa berduka dan mengembalikan fungsi diri mereka seperti semula.¹⁹

Perawat harus menjadi pembimbing yang dapat dipercaya bagi klien. Perawat harus mengkaji sikapnya sendiri, mempertahankan kehadirannya yang penuh perhatian, dan menyediakan lingkungan yang aman secara psikologis sehingga klien dapat mengungkapkan perasaannya. Upaya perawat dalam mempertahankan kehadiran yang penuh perhatian dapat dilakukan dengan menggunakan bahasa tubuh terbuka seperti berdiri atau duduk dengan lengan ke bawah dan berhadapan dengan klien serta mempertahankan kontak mata yang cukup, terutama ketika klien berbicara. Upaya selanjutnya adalah menciptakan lingkungan yang aman secara psikologis yaitu dengan menjamin kerahasiaan klien, berhenti memberikan nasihat tertentu, dan memberi klien kebebasan untuk mengungkapkan pikiran serta perasaannya tanpa merasa takut dihakimi.¹⁹

Studi pendahuluan dilakukan kepada 2 orang partisipan dengan menggunakan metode wawancara. Kedua partisipan tersebut memiliki riwayat preeklampsia pada waktu hamil dan bayinya lahir mati. Partisipan pertama mengalami IUFD di usia kehamilan 7 bulan dan partisipan kedua bayinya meninggal di usia 4 hari. Wawancara terhadap partisipan pertama dilakukan pada tanggal 18 April 2015, sedangkan wawancara terhadap partisipan kedua dilakukan pada tanggal 22 Mei 2015. Hasil wawancara terhadap kedua partisipan tersebut diketahui bahwa respon awal yang

ditunjukkan oleh keduanya saat mendapat kabar kematian bayi mereka adalah mereka sama-sama merasa tubuhnya lemas dan tidak berdaya. Mereka tidak mempercayai bahwa bayi yang telah dikandung sekian bulan ternyata tidak dapat diselamatkan. Keduanya mengaku sering menangis saat teringat dan merindukan bayi yang telah tiada tersebut. Partisipan pertama menganggap bahwa kematian bayinya disebabkan karena kesalahannya, sedangkan partisipan kedua mengatakan bahwa dirinya takut dan trauma untuk hamil kembali.

Fenomena kehilangan dan berduka pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya menjadi menarik dan penting untuk diteliti, karena jika proses kehilangan dan berduka tersebut terjadi terlalu lama, akan dapat menghambat peran mereka sehari-hari baik sebagai istri, ibu rumah tangga, ataupun pekerja.

B. Perumusan Masalah

Sebagaimana telah dipaparkan peneliti di dalam latar belakang, bahwa selama kehamilan, calon orang tua telah menyusun serangkaian harapan mengenai anak yang akan dilahirkan. Akan tetapi, ketika harapan tersebut dihadapkan pada kenyataan pahit bahwa anak yang telah dikandung sekian bulan harus meninggal akibat preeklampsia, maka hal tersebut akan menjadi sumber kehilangan dan kedukaan yang mendalam bagi orang tua terutama bagi calon ibu. Kehilangan dan berduka memiliki sifat yang mendalam, internal, menyedihkan dan berkepanjangan sehingga apabila hal

tersebut terjadi terlalu lama, akan dapat menghambat peran mereka sehari-hari baik sebagai istri, ibu rumah tangga, ataupun pekerja. Oleh sebab itu, permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah “bagaimana gambaran mengenai pengalaman kehilangan (*loss*) dan berduka (*grief*) pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya.”

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menggali pengalaman kehilangan (*loss*) dan berduka (*grief*) pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi Profesi Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan gambaran bagi perawat tentang pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya, sehingga dapat dijadikan sebagai dasar dalam pemberian pelayanan keperawatan bagi wanita dewasa muda dengan riwayat preeklamsia yang kehilangan bayinya, mengingat tugas seorang perawat bukan hanya mengatasi masalah fisik, namun juga masalah psikologis, sosial dan spiritual klien.

2. Manfaat bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai pertimbangan bagi pelayanan kesehatan untuk menyediakan bimbingan konseling bagi wanita dewasa muda yang kehilangan bayinya.

3. Manfaat bagi Masyarakat

Penelitian ini berguna memberikan informasi kepada masyarakat khususnya kepada ibu hamil agar dapat belajar dan mengambil hikmah dari pengalaman ibu-ibu yang ada dalam penelitian ini.

4. Manfaat bagi Peneliti

Adanya penelitian ini peneliti mampu mengaplikasikan ilmu yang telah diperoleh selama ini ke dalam penelitian di bidang keperawatan, khususnya keperawatan maternitas dan komunitas dengan metode kualitatif.

5. Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat memberikan tambahan wawasan dan referensi mengenai pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya sehingga mampu menjadi dasar bagi penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Preeklampsia

a. Definisi

Preeklampsia merupakan suatu kondisi spesifik kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel yang ditandai dengan hemokonsentrasi, hipertensi, dan proteinuria.^{8,9} Preeklampsia biasanya timbul setelah usia kehamilan 20 minggu pada wanita yang sebelumnya memiliki tekanan darah normal dan paling sering terjadi pada primigravida yang muda.^{9,22} Diagnosis preeklampsia dapat ditegakkan apabila ditemukan gejala hipertensi disertai proteinuria dan / atau edema.⁹ Akan tetapi, edema sering kali tidak diikutsertakan ke dalam definisi preeklampsia karena pengkajian edema dianggap bersifat subjektif dan dirasa tidak memiliki nilai diagnostik atau prognostik walaupun Higgins dan de Swiet pada tahun 2001 menyatakan bahwa perkembangan cepat edema berat harus selalu diperiksa karena dapat mengindikasikan perkembangan preeklampsia atau kondisi patologi lain, seperti penyakit jantung atau ginjal.²³

Jaerven, dkk pada tahun 2002 mendefinisikan preeklampsia adalah suatu kondisi dimana terjadi peningkatan

tekanan darah mencapai atau melebihi 140/90 mmHg pada usia gestasi di atas 20 minggu, lebih spesifiknya peningkatan tekanan darah diastolik minimal 15 mmHg atau peningkatan tekanan darah sistolik minimal 30 mmHg dari tekanan darah sebelum kehamilan 20 minggu yang dikombinasikan dengan proteinuria (pengeluaran protein minimal 0,3 gr/24 jam).²⁴

Preeklampsia dapat berkembang dari preeklampsia yang ringan sampai preeklampsia yang berat. Jika tidak diobati atau tidak terputus oleh persalinan, preeklampsia akan berkembang menjadi eklampsia. Preeklampsia merupakan penyakit yang umum terjadi pada primigravida dan jika timbul pada seorang multigravida, biasanya ada faktor predisposisi seperti hipertensi, diabetes, atau kehamilan ganda.²⁵

b. Etiologi

Penyebab preeklampsia hingga saat ini belum diketahui dengan pasti, tetapi beberapa teori yang mencoba menjelaskan tentang etiologi preeklampsia/eklampsia, antara lain :¹⁰

- 1) Disfungsi sel endotel
- 2) Reaksi antigen-antibodi
- 3) Perfusi plasenta yang tidak adekuat
- 4) Perubahan reaktivitas vaskuler
- 5) Ketidakseimbangan antara prostasiklin dan tromboksan

- 6) Penurunan laju filtrasi glomerulus dengan retensi air dan garam
- 7) Penurunan volume intravaskuler
- 8) Peningkatan sensitivitas sistem saraf pusat
- 9) *Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)*
- 10) Iskemia uterus
- 11) Faktor diet
- 12) Faktor genetik

Selain beberapa teori tersebut, ada juga faktor-faktor yang mungkin berperan dalam terjadinya preeklampsia, antara lain :²⁶

- 1) Genetik atau imunologi
- 2) Status primigravida
- 3) Kondisi-kondisi yang menciptakan jaringan trofoblastik yang berlebihan, misalnya, kehamilan multiple, diabetes, atau mola hidatidosa.
- 4) Usia lebih muda dari 18 dan lebih tua dari 35 tahun.
- 5) Obesitas

c. Klasifikasi Preeklampsia

- 1) Preeklampsia ringan

Preeklampsia ringan biasanya ditandai dengan :²⁶

- a) Tekanan darah melebihi 140/90 mmHg atau tekanan sistolik mengalami peningkatan sebesar 30 mmHg atau peningkatan

sebesar 15 mmHg pada tekanan diastolik dalam dua kali pembacaan yang diambil dengan jarak 6 jam.

- b) Edema menyeluruh di muka, tangan dan pergelangan kaki.
- c) Pertambahan berat badan sekitar 1,5 kg per bulan pada trimester kedua atau lebih dari 2,3 kg per minggu pada trimester ketiga.
- d) Proteinuria 1+ sampai 2+, atau 300 mg/dL, dalam sampel 24 jam.

2) Preeklampsia berat

Tanda dan gejala yang timbul pada preeklampsia berat, antara lain :²⁶

- a) Tekanan darah melebihi 160/110 mmHg dicatat dalam dua pembacaan yang diperoleh dengan jarak 6 jam pada keadaan tirah baring.
- b) Proteinuria melebihi 5 g/24 jam
- c) Oliguria (kurang dari 400 mL/24 jam)
- d) Sakit kepala
- e) Pandangan buram, melihat ada bintik-bintik, dan edema retina.
- f) Pitting edema pada sacrum, muka, dan ekstremitas bagian atas.
- g) Dispnea
- h) Nyeri epigastrik

- i) Mual dan muntah
- j) Hiperefleksia

d. Patofisiologi

Adaptasi fisiologis normal pada kehamilan meliputi peningkatan volume plasma darah, vasodilatasi, penurunan resistensi vaskular sistemik, peningkatan curah jantung dan penurunan tekanan osmotik koloid. Pada preeklampsia, volume plasma yang beredar mengalami penurunan, sehingga terjadi hemokonsetrasi dan peningkatan hematokrit maternal. Perubahan ini menyebabkan perfusi organ maternal menurun, termasuk perfusi ke unit janin uteroplasenta. Selanjutnya, vasospasme siklik mulai menurunkan perfusi organ dengan cara menghancurkan sel-sel darah merah, sehingga kapasitas oksigen maternal menurun.⁹

Vasospasme merupakan akibat peningkatan sensitivitas terhadap tekanan peredaran darah, seperti angiotensin II dan kemungkinan terjadi suatu ketidakseimbangan antara prostasiklin, prostaglandin dan tromboksan A₂. Vasospasme arterial turut menyebabkan peningkatan permeabilitas kapiler. Keadaan ini akan memperparah kondisi edema dan selanjutnya dapat menurunkan volume intravaskular.⁹

Wanita dengan preeklampsia akan mengalami kelainan pada aktivasi imun yang dapat menghambat invasi trofoblas

pembuluh darah. Kadar sitokin serum yang meningkat pada wanita dengan preeklampsia juga merupakan akibat dari kelainan imunologis primer.

Kelainan genetik tertentu juga dapat mempengaruhi terjadinya preeklampsia. Wanita yang membawa mutasi pada komplemen reseptor CR-1 memiliki risiko lebih tinggi terhadap preeklampsia. Resistensi insulin yang telah ada juga meningkatkan risiko preeklampsia.²⁷

e. Pencegahan

Preeklampsia terjadi hanya selama masa kehamilan, jika dibiarkan tanpa pengobatan, preeklampsia akan memberikan ancaman serius bagi ibu hamil dan janin.²⁸ Preeklampsia memang tidak dapat dicegah sepenuhnya, namun frekuensinya dapat dikurangi dengan pemberian pendidikan kesehatan dan pengawasan yang baik selama kehamilan.²⁹ Pencegahan juga dapat dilakukan secara mandiri dengan cara memadukan pola makan berkadarnya lemak rendah, dan memperbanyak supply kalsium, vitamin C dan A serta hindari stress, melakukan pemeriksaan antenatal secara rutin, mengenali tanda-tanda bahaya sedini mungkin, dan lakukan pemantauan terhadap penambahan berat badan selama kehamilan.³⁰

World Health Organization (WHO) pada tahun 2011 merekomendasikan upaya pencegahan preeklampsia dan eklampsia sebagai berikut :³¹

- 1) Pemberian kalsium 1,5-2,0 gram/hari didalam diet selama kehamilan, terutama di daerah kurang asupan kalsium.
- 2) Pemberian aspirin dosis-rendah sebesar 75 mg/hari, dimulai sejak sebelum usia kehamilan 20 minggu.
- 3) Pemberian magnesium sulfat ($MgSO_4$) i.v. maupun i.m. merupakan pilihan utama pencegahan dan pengobatan kejang eklampsia.
- 4) Ibu penderita preeklampsia berat dan eklampsia harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih tinggi sesudah mendapat *loading dose* $MgSO_4$.

Penelitian yang dilakukan oleh Felicia dkk pada tahun 2008 menyatakan bahwa suplementasi asam folat dapat mengurangi kadar homosistein pada penderita preeklampsia.³² Pada penelitian yang dilakukan Wen dkk pada tahun 2008 juga memperlihatkan bahwa suplementasi multivitamin yang mengandung asam folat berhubungan dengan peningkatan kadar asam folat, penurunan kadar homosistein dan penurunan risiko preeklampsi sebesar 63%.³³

f. Penatalaksanaan

1) Preeklampsia Ringan

Klien dengan preeklampsia ringan biasanya tidak dirawat dan harus lebih sering melakukan pemeriksaan antenatal. Klien diminta untuk istirahat dan diberi obat penenang fenobarbital 3x30 mg, obat antihipertensi dan diuretika belum direkomendasikan untuk digunakan pada penderita preeklampsia ringan.

2) Preeklampsia Berat

a) Penanganan umum³⁴

- i. Jika tekanan diastolik > 110 mmHg, berikan antihipertensi sampai tekanan diastolik di antara 90-110 mmHg.
- ii. Pasang infus Ringer Laktat.
- iii. Ukur keseimbangan cairan.
- iv. Kateterisasi urin untuk pengeluaran volume dan proteinuria.
- v. Jika jumlah urin < 30 ml per jam :
 - Infus cairan dipertahankan 1 1/8 jam
 - Pantau kemungkinan edema paru
- vi. Jangan tinggalkan klien sendirian. Kejang disertai aspirasi dapat mengakibatkan kematian ibu dan janin.

- vii. Observasi tanda vital, reflex, dan denyut jantung janin setiap jam.
 - viii. Auskultasi paru untuk mencari tanda edema paru. Krepitasi merupakan tanda edema paru. Jika terjadi edema paru, hentikan pemberian cairan dan berikan diuretik misalnya furosemide 40 mg intravena.
 - ix. Nilai pembekuan darah dengan uji pembekuan darah *bedside*. Jika pembekuan tidak terjadi setelah 7 menit, kemungkinan terdapat koagulopati.
- b) Antikonvulsan
- Pada kasus preeklampsia berat dan eklampsia, magnesium sulfat yang diberikan secara parental adalah obat anti kejang yang efektif tanpa menimbulkan depresi susunan syaraf pusat baik bagi ibu maupun janinnya. Obat ini dapat diberikan secara intravena melalui infus kontinu atau intramuskuler dengan injeksi intermitten.
- c) Antihipertensi
- i. Obat pilihan adalah hidralazin yang diberikan 5 mg intravena pelan-pelan selama 5 menit sampai tekanan darah turun.
 - ii. Jika perlu, pemberian hidralazin dapat diulang setiap jam atau 12,5 mg intramuscular setiap 2 jam.
 - iii. Jika hidralazin tidak tersedia, dapat diberikan :

- Nifedipin dosis oral 10 mg yang diulang setiap 30 menit.
- Labetalol 10 mg intravena sebagai dosis awal, jika tekanan darah tidak membaik dalam 10 menit, maka dosis dapat ditingkatkan sampai 20 mg intravena.³⁵

d) Persalinan

Pada preeklampsia berat, persalinan harus terjadi dalam 24 jam. Jika seksio sesarea akan dilakukan, perhatikan bahwa tidak terdapat koagulopati. Anestesi yang aman/terpilih adalah anestesi umum. Jangan lakukan anestesi lokal, sedangkan anestesi spinal berhubungan dengan hipotensi.

g. Komplikasi

Komplikasi maternal akibat preeklampsia meliputi eklampsia, sindrom HELLP (*Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count*), solusio plasenta, gagal ginjal, nekrosis hepar, ruptur hepar, DIC (*Disseminated Intravascular Coagulation*), anemia hemolitik mikroangiopatik, perdarahan otak, edema paru, pelepasan retina dan kematian. Preeklampsia tidak hanya menyebabkan komplikasi pada ibu, melainkan terjadi juga pada janin. Komplikasi pada janin akibat preeklampsia meliputi

prematuritas, insufisiensi utero-plasental, retardasi pertumbuhan intrauterin dan kematian janin intrauterin.³⁶

2. Kematian Bayi

a. Definisi

Kematian bayi ditinjau dari usianya dapat dibedakan menjadi *early miscarriage*, *later miscarriage*, *stillborn*, dan bayi yang meninggal setelah dilahirkan. *Early miscarriage* merupakan istilah yang umumnya diberikan untuk janin yang keguguran pada usia kandungan yang masih muda, sedangkan *later miscarriage* biasanya terjadi pada usia kandungan yang lebih matang. Bayi yang mengalami *miscarriage* biasanya masih dapat dikeluarkan melalui proses aborsi, sementara *stillborn* merujuk pada bayi yang dilahirkan sudah dalam kondisi meninggal setelah usia kandungan 24 minggu ke atas.²⁰

Kematian anak pada usia berapapun termasuk di dalamnya kematian bayi merupakan pengalaman yang sangat sulit untuk diterima oleh kebanyakan orang tua. Pada umumnya, orang tua ingin tetap mengenang dan memiliki keterikatan emosional dengan karakteristik psikologis dari anak yang meninggal.¹⁶ Hal ini dapat dipahami mengingat keterikatan emosional (*attachment*) antara orang tua dengan anak yang berlangsung secara gradual dan

kompleks, secara tiba-tiba terputus (*detachment*) oleh peristiwa tersebut.

b. Dampak

Ikatan emosional seorang ibu terhadap bayinya mulai terbentuk sejak berada di dalam kandungan dan semakin meningkat intensitasnya seiring dengan pertumbuhan janin. Pada saat melahirkan, seorang ibu harus memisahkan diri dari bayinya baik secara fisik maupun psikologis.³⁷ Peristiwa kematian bayi di dalam kandungan atau sesaat setelah dilahirkan dapat diasumsikan sebagai pengalaman yang mengakibatkan pemutusan ikatan emosional yang seolah-olah tidak pada waktu yang semestinya dan oleh karenanya rasa duka yang dialami oleh perempuan yang kehilangan bayinya tidak dapat dianggap ringan.

Dampak kehilangan akibat kematian anak sangat jelas terlihat pada periode awal kehilangan. Dampak ini sangat luas hingga menguras energi dan mengarahkan tenaga emosional kepada anak yang sudah meninggal. Kematian anak secara umum menimbulkan rasa duka yang kronis dan juga rasa bersalah yang irasional pada orang tua, sehingga anak yang sudah meninggal tidak pernah dapat terlupakan.¹⁶ Besarnya rasa kehilangan seringkali ditentukan oleh seberapa besar orang tua menginginkan atau menanti-nanti anak tersebut.²⁰

Perasaan-perasaan yang seringkali timbul pada masa kedukaan antara lain rasa marah dan depresi karena merasa ditinggalkan oleh anak tersebut, dan sisi lain juga terdapat perasaan tidak berdaya dimana sebagai orang tua mereka hanya bisa bersedih menghadapi kematian anaknya. Sadar maupun tidak, orang tua cenderung merasa bertanggung jawab atas kematian anak mereka dan perasaan ini bercampur dengan rasa bersalah, tidak berdaya, dan frustrasi.¹⁶

Pada bulan-bulan awal masa kedukaan, hubungan pernikahan ataupun keluarga banyak dipengaruhi oleh reaksi emosi masing-masing pasangan terhadap peristiwa kehilangan. Sebagian pasangan menjadi sangat tertekan namun sebagian lainnya justru berusaha untuk saling membantu dan melindungi.¹⁶ Namun demikian, hasil studi Cain and Cain pada tahun 1964, menunjukkan adanya dampak yang bersifat patologis dari kematian anak yang disebut sebagai *replacement child syndrome*. Sindrom ini merefleksikan proses berduka pada orang tua yang tidak terselesaikan, sehingga anak yang lahir berikutnya berperan sebagai pengganti dari anak yang meninggal dan juga pemutus proses kedukaan yang menyakitkan.¹⁶

3. Kehilangan

a. Definisi

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian ataupun keseluruhan. Tipe dari kehilangan mempengaruhi tingkat distres. Namun demikian, setiap individu berespons terhadap kehilangan secara berbeda.¹⁸ Kehilangan dapat berupa kehilangan yang nyata atau kehilangan yang dirasakan. Kehilangan yang nyata merupakan kehilangan terhadap orang atau objek yang tidak dapat lagi dirasakan, dilihat, diraba atau dialami individu, misalnya anggota tubuh, anak, hubungan, dan peran di tempat kerja. Kehilangan yang dirasakan merupakan kehilangan yang sifatnya unik berdasarkan individu yang mengalami keduakaan, misalnya kehilangan harga diri atau rasa percaya diri.¹⁷

b. Jenis-jenis kehilangan

- a. Kehilangan objek eksternal, misalnya kehilangan karena kecurian atau kehancuran akibat bencana alam.
- b. Kehilangan lingkungan yang dikenal, misalnya kehilangan karena berpindah rumah, dirawat di rumah sakit, atau berpindah pekerjaan.

- c. Kehilangan sesuatu atau individu yang berarti, misalnya kehilangan pekerjaan, kepergian anggota keluarga atau teman dekat, kehilangan orang yang dipercaya, atau kehilangan binatang peliharaan.
- d. Kehilangan suatu aspek diri, misalnya kehilangan anggota tubuh dan fungsi psikologis atau fisik.
- e. Kehilangan hidup, misalnya kehilangan karena kematian anggota keluarga, teman dekat, atau diri sendiri.¹⁷

4. Kedukaan

a. Definisi

Dukacita adalah proses dimana seseorang mengalami respon psikologis, sosial dan fisik terhadap kehilangan yang dipersepsikan. Respon ini dapat berupa keputusan, kesepian, ketidakberdayaan, kesedihan, rasa bersalah dan marah. Proses dukacita memiliki sifat yang mendalam, internal, menyedihkan dan berkepanjangan. Dukacita dapat ditunjukkan melalui pikiran, perasaan maupun perilaku yang bertujuan untuk mencapai fungsi yang lebih efektif dengan mengintegrasikan kehilangan ke dalam pengalaman hidup. Pada saat seseorang yang berduka ingin mencapai fungsi yang lebih efektif, maka dibutuhkan waktu yang cukup lama dan upaya yang cukup keras untuk mewujudkannya.¹⁸

b. Tahap berduka

1) Tahapan berduka menurut Kubler-Ross pada tahun 1969

Elisabeth Kubler-Ross menetapkan lima tahapan berduka, yaitu :

- i. Penyangkalan adalah syok dan ketidakpercayaan tentang kehilangan.
- ii. Kemarahan dapat diekspresikan kepada Tuhan, keluarga, teman atau pemberi perawatan kesehatan.
- iii. Tawar-menawar terjadi ketika individu menawar untuk mendapat lebih banyak waktu dalam upaya memperlama kehilangan yang tidak dapat dihindari.
- iv. Depresi terjadi ketika kesadaran akan kehilangan menjadi akut.
- v. Penerimaan terjadi ketika individu memperlihatkan tanda-tanda bahwa ia menerima kematian.

Model ini menjadi prototype untuk pemberi perawatan ketika mereka mencari cara memahami dan membantu klien dalam proses berduka.¹⁹

2) Teori Bowlby

Pemahaman Bowlby tentang berduka akan menjadi kerangka berpikir yang dominan dalam bab ini. Ia mendeskripsikan proses berduka akibat suatu kehilangan memiliki empat fase :¹⁹

- i. Mati rasa dan penyangkalan terhadap kehilangan.
- ii. Kerinduan emosional akibat kehilangan orang yang dicintai dan memprotes kehilangan yang tetap ada.
- iii. Kekacauan kognitif dan keputusasaan emosional, mendapatkan dirinya sulit melakukan fungsi dalam kehidupan sehari-hari.
- iv. Reorganisasi dan reintegrasi kesadaran diri sehingga dapat mengembalikan hidupnya.¹⁹

3) Teori John Harvey pada tahun 1998

John Harvey menetapkan 3 tahap berduka, yaitu :¹⁹

- i. Syok, menangis dengan keras, dan menyangkal.
- ii. Instruksi pikiran, distraksi dan meninjau kembali kehilangan secara obsesif.
- iii. Menceritakan kepada orang lain sebagai cara meluapkan emosi dan secara kognitif menyusun kembali peristiwa kehilangan.¹⁹

4) Teori Rodebaugh et al. pada tahun 1999

Proses dukacita sebagai suatu proses yang melalui empat tahap, yaitu :¹⁹

- i. *Reeling* : klien mengalami syok, tidak percaya, atau menyangkal.
- ii. Merasa (*feeling*) : klien mengekspresikan penderitaan yang berat, rasa bersalah, kesedihan yang mendalam,

kemarahan, kurang konsentrasi, gangguan tidur, perubahan nafsu makan, kelelahan, dan ketidaknyamanan fisik yang umum.

- iii. Menghadapi (*dealing*) : klien mulai beradaptasi terhadap kehilangan dengan melibatkan diri dalam kelompok pendukung, terapi dukacita, membaca dan bimbingan spiritual.
- iv. Pemulihan (*healing*) : klien mengintegrasikan kehilangan sebagai bagian kehidupan dan penderitaan yang akut berkurang. Pemulihan tidak berarti bahwa kehilangan tersebut dilupakan atau diterima.

Tabel 2.1. Pemahaman Teoritis proses berduka¹⁹

Ahli teori/klinisi	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV
Kubler-Ross (1969)	Tahap I : Penyangkalan	Tahap II : Kemarahan Tahap III : Tawar-menawar	Tahap IV : Depresi	Tahap V : Penerimaan
Bowlby (1980)	Mati rasa ; penyangkalan	Kerinduan emosional terhadap orang yang dicintai; memprotes kehilangan yang tetap ada	Disorganisasi kognitif; keputusan emosional; sulit melakukan fungsi	Reorganisasi kognitif; reintegrasi kesadaran diri
Harvey (1998)	Syok; menangis dengan keras; menyangkal	Instruksi pikiran, distraksi; meninjau kehilangan secara obsesif	Menceritakan kepada orang lain untuk meluapkan emosi dan secara kognitif menyusun kembali peristiwa kehilangan	
Rodebaugh et al. (1999)	Reeling syok, tidak percaya, atau menyangkal	Merasa (<i>feeling</i>) : penderitaan yang berat, rasa bersalah, kesedihan,	Menghadapi (<i>dealing</i>) : beradaptasi terhadap kehilangan	Pemulihan (<i>healing</i>) : integrasi kehilangan; penderitaan

kemarahan,
kurang
konsentrasi,
gangguan tidur,
perubahan nafsu
makan,
kelelahan,
ketidaknyamanan
yang umum

yang akut
hilang;
kehilangan
dapat
dilupakan
atau diterima,
dapat juga
tidak

c. Dimensi (Respons) dan Gejala Berduka

Schneider pada tahun 1984 mengklasifikasikan dimensi proses berduka menjadi lima bagian, yaitu :¹⁹

1) Respons Kognitif terhadap Dukacita

Penderitaan saat berduka dalam beberapa hal merupakan akibat gangguan keyakinan. Asumsi dan keyakinan dasar tentang makna dan tujuan hidup terganggu, bahkan mungkin hancur. Berduka sering kali menyebabkan keyakinan individu tentang dirinya dan dunia berubah, misalnya persepsi individu tentang hal-hal yang baik di dunia, makna hidup ketika berhubungan dengan keadilan, dan makna takdir atau garis kehidupan. Perubahan lain dalam pemikiran dan sikap mencakup meninjau dan menetapkan peringkat nilai-nilai yang dimiliki, menjadi lebih bijaksana, menghilangkan ilusi tentang keabadian diri, memandang dunia secara lebih realistis, dan mengevaluasi kembali keyakinan agama atau keyakinan spiritual.¹⁹

Individu yang berduka perlu menemukan makna kehilangan. Ia akan melakukan pengkajian diri dan

mempertanyakan cara berpikir yang diterima. Asumsi lama tentang kehidupan ditantang atau dapat juga dengan mempertanyakan. Individu menyadari bahwa kehilangan dan kematian merupakan realitas kehidupan yang kita semua harus hadapi suatu hari.¹⁹

Percaya pada kehidupan akhirat dan percaya bahwa orang yang meninggal menjadi pembimbing pribadi merupakan respons kognitif yang berfungsi mempertahankan keberadaan orang yang meninggal. Melakukan dialog internal dengan orang yang dicintai sambil melakukan aktivitas seperti tugas rumah tangga. Metode mempertahankan keberadaan orang yang meninggal ini membantu mengurangi dampak kehilangan ketika individu terus memahami realitas kehilangan.¹⁹

2) Respons Emosional

Perasaan marah, sedih, dan cemas adalah pengalaman emosional yang dominan pada kehilangan. Kemarahan dan kebencian dapat ditujukan kepada individu yang meninggal dan praktik kesehatan yang dilakukannya, pada anggota keluarga, dan pemberi perawatan kesehatan atau institusi.¹⁹

Respons emosional terlihat pada semua fase proses dukacita menurut Bowlby. Selama fase mati rasa, respons awal yang umum terhadap kabar kehilangan ialah perasaan syok, seolah-olah tidak dapat menyadari realitas kehilangan. Pada fase

kedua, kerinduan dan pencarian, realitas mulai muncul dan individu yang berduka memperlihatkan kemarahan, penderitaan yang besar dan menangis. Dalam keadaan putus asa, tetapi memiliki keinginan kuat untuk mengembalikan ikatan dengan individu yang meninggal, mendorong individu yang berduka untuk memeriksa dan memulihkan dirinya. Suara, penglihatan, dan aroma yang terkait dengan individu yang meninggal diinterpretasikan sebagai tanda-tanda keberadaan orang yang meninggal dan kadang-kadang menghibur klien dan menimbulkan harapan untuk bertemu kembali. Selama fase disorganisasi dan keputusasaan, individu yang berduka mulai memahami bahwa kehilangan tetap ada. Pola pemikiran, perasaan dan tindakan yang terkait kehidupan dengan orang yang telah meninggal perlu diubah. Saat semua harapan kembalinya orang yang meninggal telah hilang, individu pasti mengalami waktu depresi, apatis atau putus asa. Pada fase reorganisasi akhir, individu yang berduka mulai membangun kembali rasa identitas personal, arah dan tujuan hidup, rasa mandiri dan percaya diri dirasakan. Dengan mencoba dan menjalankan peran dan fungsi yang baru ditetapkan, individu yang berduka menjadi kuat pribadinya. Pada fase ini, orang yang meninggal masih dirindukan, tetapi memikirkannya tidak lagi menimbulkan perasaan sedih.¹⁹

3) Respons Spiritual

Ketika kehilangan terjadi, individu mungkin paling terhibur, tertantang, atau hancur dalam dimensi spiritual pengalaman manusia. Individu yang berduka dapat kecewa dan marah kepada Tuhan atau tokoh agama yang lain. Penderitaan karena ditinggalkan, kehilangan harapan, atau kehilangan makna merupakan penyebab penderitaan spiritual yang dalam.¹⁹

Oleh karena itu, memenuhi kebutuhan spiritual individu yang berduka merupakan aspek asuhan keperawatan yang sangat penting. Respons emosional dan spiritual klien saling terkait ketika klien mengalami penderitaan. Dengan kesadaran akan kemampuan mengkaji penderitaan klien, perawat dapat meningkatkan rasa sejahtera. Memberi klien kesempatan untuk menceritakan penderitaannya membantu transformasi psikospiritual (yang melibatkan baik aspek pengalaman psikologis maupun spiritual) yang sering kali berkembang dalam proses berduka. Dengan menemukan penjelasan dan makna melalui keyakinan spiritual atau agama, klien dapat mulai mengidentifikasi aspek positif dan mungkin aspek proses berduka yang menyenangkan.¹⁹

4) Respons Perilaku

Respons perilaku sering kali merupakan respons yang paling mudah diobservasi. Dengan mengenali perilaku yang

umum saat berduka, perawat dapat memberi bimbingan pendukung untuk mengkaji keadaan emosional dan kognitif klien secara garis besar. Dengan mengamati individu yang berduka saat melakukan fungsi secara “otomatis” atau rutin tanpa banyak pemikiran dapat menunjukkan bahwa individu tersebut berada dalam fase mati rasa proses berduka — realitas kehilangan belum terjadi. Menangis terisak, menangis tidak terkontrol, sangat gelisah, dan perilaku mencari adalah tanda kerinduan dan pencarian figur yang hilang. Individu tersebut bahkan dapat berteriak memanggil orang yang meninggal dan mencermati ruangan untuk mencari orang yang meninggal. Iritabilitas dan sikap, bermusuhan terhadap orang lain memperlihatkan perasaan marah dan frustrasi dalam proses tersebut. Berupaya mencari serta menghindari tempat atau aktivitas yang pernah dilakukan bersama orang yang telah meninggal, dan menyimpan benda berharga yang dimiliki atau digunakan bersama orang yang telah meninggal padahal ingin membuang benda tersebut menggambarkan emosi yang berfluktuasi dan persepsi tentang harapan untuk bertemu kembali dengan orang yang meninggal.¹⁹

Selama fase disorganisasi, tindakan kognitif mendefinisikan kembali identitas diri individu yang berduka, walaupun sulit, merupakan hal yang penting dalam menjalani

dukacita. Walaupun awalnya bersifat superfisial, upaya yang dilakukan dalam aktivitas sosial atau kerja adalah perilaku yang ditujukan untuk mendukung pergeseran emosional dan kognitif individu tersebut. Penyalahgunaan obat atau alkohol mengindikasikan respons perilaku maladaptif terhadap keputusan emosional dan spiritual. Upaya bunuh diri dan pembunuhan dapat menjadi respons yang ekstrem jika individu yang berduka tidak dapat menjalani proses berduka.¹⁹

Pada fase reorganisasi, individu yang berduka berpartisipasi dalam aktivitas dan refleksi yang berarti secara personal dan memuaskan.¹⁹

5) Respons Fisiologis

Klien dapat mengeluh insomnia, sakit kepala, gangguan nafsu makan, berat badan turun, tidak bertenaga, palpitasi dan gangguan pencernaan, serta perubahan sistem imun dan endokrin.¹⁹

d. Aplikasi Proses Keperawatan dalam Berduka

Kedekatan emosional yang kuat, yang tercipta dalam hubungan yang bermakna tidak mudah dihilangkan, kehilangan akibat kematian orang yang dicintai merupakan krisis utama yang memiliki dampak sangat besar pada hidup individu. Keadaan disequilibrium yang terjadi akibat krisis (atau kehilangan)

menyebabkan kecemasan yang besar dan ketidaknyamanan yang ekstrem, yang mendorong individu kembali ke keadaan homeostasis, suatu keadaan ekuilibrium atau keseimbangan. Faktor-faktor yang mempengaruhi individu yang berduka kembali ke keadaan homeostasis adalah persepsi yang adekuat tentang situasi, dukungan situasional yang adekuat, dan koping yang adekuat. Faktor ini membantu individu memperoleh kembali rasa keseimbangan dan kembali ke tingkat fungsi sebelumnya, atau bahkan menggunakan krisis sebagai kesempatan untuk tumbuh. Setiap kehilangan dapat dianggap sebagai krisis personal, akan tepat jika perawat menerapkan pemahaman tentang teori krisis dalam proses keperawatan.¹⁹

Seorang perawat agar dapat mendukung dan membimbing klien dalam menjalani proses berduka yang sulit, ia harus mengamati dan mendengarkan petunjuk dari klien. Petunjuk tersebut mencakup petunjuk kognitif, emosional, spiritual, perilaku dan fisiologis. Walaupun perawat harus mengenal fase atau tugas yang harus dicapai dan dimensi respons manusia terhadap kehilangan, perawat harus menyadari bahwa tiap klien memiliki pengalaman yang unik. Komunikasi yang terampil merupakan kunci dalam melakukan pengkajian dan memberikan intervensi.¹⁹

Perawat harus menjadi pembimbing yang dapat dipercaya bagi klien. Perawat harus mengkaji sikapnya sendiri,

mempertahankan kehadirannya yang penuh perhatian, dan menyediakan lingkungan yang aman secara psikologis sehingga klien dapat mengungkapkan perasaannya. Mempertahankan kehadiran yang penuh perhatian dapat dilakukan dengan menggunakan bahasa tubuh terbuka seperti berdiri atau duduk dengan lengan ke bawah dan berhadapan dengan klien serta mempertahankan kontak mata yang cukup, terutama ketika klien berbicara. Menciptakan lingkungan yang aman secara psikologis mencakup upaya menjamin kerahasiaan klien, berhenti memberikan nasihat tertentu, dan memberi klien kebebasan untuk mengungkapkan pikiran serta perasaannya tanpa merasa takut dihakimi.¹⁹

Pengkajian pada klien yang berduka meliputi upaya mengamati dan mendengarkan isi dukacita klien tentang yang dipikirkan, dikatakan, dirasakan, dan diperlihatkan melalui perilaku. Tiga area utama yang perlu dikaji :¹⁹

- 1) Persepsi yang adekuat tentang kehilangan.
- 2) Dukungan yang adekuat ketika berduka akibat kehilangan.
- 3) Perilaku koping yang adekuat selama proses.

Mengkaji persepsi klien dan makna kehilangan merupakan langkah pertama yang dapat membantu mengurangi derita yang disebut oleh beberapa orang sebagai beban emosional awal yang berlebih dalam berduka. Pengkajian lebih lanjut dapat berfokus pada

persepsinya bahwa mereka yang mengabaikannya tidak lagi peduli. Dalam situasi ini, mengkaji persepsi dan makna kehilangan membantu individu yang berduka membuat pergeseran kognitif yang memiliki dampak penting pada pengalaman emosional. Ketika kematian atau kehilangan terjadi, terutama jika hal itu terjadi dengan tiba-tiba dan tanpa peringatan, mekanisme pertahanan kognitif berupa penyangkalan berfungsi sebagai media untuk mengurangi dampak. Penyangkalan adaptif, ketika klien secara bertahap menyesuaikan diri dengan realitas kehilangan, dapat membantu klien membuat pergeseran kognitif bahwa perlu melupakan persepsi sebelumnya (sebelum kehilangan) ketika menciptakan cara pemikiran baru tentang dirinya, orang lain dan dunia. Dalam hal ini, perawat dengan hati-hati tetapi terus-menerus memandu klien untuk mengakui realitas kehilangan yang akan terjadi.¹⁹

Perawat dapat membantu klien mendapatkan dan menerima apa yang orang lain ingin berikan dalam mendukung proses berdukanya. Intervensi yang sesuai untuk klien yang berduka mencakup memberi klien kesempatan untuk membandingkan dan membedakan caranya melakukan koping terhadap kehilangan yang signifikan di masa lalu, membantunya meninjau kekuatan dan memperbarui kesadaran akan kemampuan personal. Mengingat dan mempraktikkan perilaku masa lalu dalam situasi yang baru dapat menimbulkan percobaan dengan metode yang baru dan memahami

diri sendiri. Memiliki perspektif historis meringankan proses berduka individu dengan memungkinkan perubahan cara berpikir tentang dirinya, kehilangan, dan mungkin makna kehilangan dalam hidupnya.¹⁹

Mendorong klien merawat dirinya sendiri adalah intervensi lain yang membantu klien melakukan koping. Perawat dapat menawarkan makanan tanpa memaksa klien untuk makan. Menjaga makan, tidur cukup, olahraga, dan meluangkan waktu untuk aktivitas yang menyenangkan adalah cara yang dapat klien lakukan untuk merawat dirinya. Komunikasi dan keterampilan interpersonal adalah alat perawat yang efektif.¹⁹

5. Koping

a. Definisi

Individu yang telah mengalami *stressful life event* atau peristiwa hidup yang menimbulkan tekanan, maka individu akan berusaha untuk mengembalikan dirinya ke keadaan normal. Usaha ini disebut sebagai koping, yakni ketika seseorang menentukan pilihan-pilihan apa saja yang tersedia untuk menghadapi tekanan yang ada.²¹

Koping didefinisikan sebagai upaya kognitif dan perilaku yang berubah secara konstan untuk mengelola tuntutan eksternal

dan/atau internal tertentu yang dinilai berat dan melebihi sumber daya (kekuatan) seseorang.³⁸

b. Strategi Koping

Teori *cognitive-appraisal model* menjelaskan bahwa kebanyakan individu memilih strategi koping berdasarkan penilaian kognitif mereka terhadap suatu situasi. Strategi koping bisa bersifat *problem-focused* atau *emotion-focused*.³⁸

Problem-focused coping bertujuan untuk menghilangkan, mengendalikan, atau mengembangkan situasi yang menimbulkan stress.³⁸ Pada strategi ini hal yang dilakukan ialah menghadapi dan mencari pemecahan masalah.²¹ Oleh sebab itu, strategi koping ini lebih difokuskan untuk mencari jalan keluar dari masalah yang sedang dihadapi dan lebih banyak melibatkan proses kognitif.

Emotion-focused coping ditujukan untuk mendapatkan “perasaan yang lebih baik,” yakni mengelola atau mengendalikan respon emosional terhadap situasi yang menekan untuk meredakan dampak fisik atau psikologis dari situasi tersebut. Contoh dari strategi ini antara lain dengan mengalihkan perhatian dari masalah, atau menyerah, atau menyangkal bahwa masalah tersebut ada.³⁸

c. Koping terhadap peristiwa kedukaan

Pengalaman kehilangan yang begitu nyata terutama melibatkan kematian dari orang yang dikasihi pada waktu yang tidak diharapkan (*untimely*), menimbulkan gangguan dalam pola hidup sehari-hari.¹⁶ Kematian yang tidak diharapkan dari orang yang dikasihi dapat digolongkan sebagai *non-normative life events* yang merupakan sumber stress bagi orang yang mengalaminya.²¹

Rasa kehilangan membawa rasa sakit secara psikis, namun dukungan yang didapatkan pada masa kedukaan dan bagaimana seseorang menghadapi serta menyesuaikan diri terhadap kehilangan tersebut, merupakan bagian mendasar dari pertumbuhan sebagai individu. Oleh karena itu ada yang disebut sebagai proses koping terhadap rasa duka yang dialami akibat kematian orang yang dikasihi.²⁰

Koping yang dilakukan dalam menghadapi kedukaan tidak sekedar untuk mengatasi masalah yang ada, tetapi lebih untuk bagaimana melewati masa kedukaan dan kembali ke fungsi yang lebih efektif. Tujuan yang ingin dicapai ialah agar individu yang mengalami kedukaan bisa sampai pada tahap resolusi. Ada 3 proses untuk mencapai tahap resolusi, yakni :

1) Penerimaan kognitif

Proses ini merupakan usaha dari individu yang berduka untuk mengembangkan penjelasan yang memuaskan

mengenai penyebab dari kehilangan mereka. Penjelasan yang memuaskan ini lebih bersifat subyektif dan tidak harus bersifat objektif. Jika penjelasan yang memuaskan belum tercapai, maka kemungkinan besar individu yang berduka akan terus merasa cemas dan penasaran untuk mencari jawabannya.

2) Penerimaan emosional

Dalam proses ini, individu yang berduka berusaha untuk mencapai netralisasi dari memori dan asosiasi sehingga kemunculan ingatan mengenai individu yang meninggal atau hal apapun yang diasosiasikan dengannya tidak lagi dirasa mengganggu. Salah satu cara untuk mencapai penerimaan emosional ialah dengan mengulang serangkaian skenario yang mungkin dapat mencegah kematian secara kompulsif. Serangkaian pemikiran “Seandainya....” Ini harus sedemikian rupa diusahakan untuk menjadi netral seiring juga dengan ingatan dan asosiasi yang menyakitkan.

3) Perubahan identitas

Perubahan identitas merupakan hal yang penting bagi individu untuk mengembangkan citra diri mereka yang baru, sehingga keterikatan mereka terhadap individu yang sudah meninggal dapat dilihat sebagai bagian dari masa lalu. Jika tahap ini terselesaikan, maka individu yang bersangkutan harus mulai membuat komitmen untuk menjalin relasi yang baru,

namun hal ini lebih mungkin terjadi bagi mereka yang mengalami kehilangan pasangan dan hampir tidak mungkin bagi mereka yang mengalami kematian anak.

Secara umum ada dua mekanisme koping yang umum digunakan dalam mengatasi kedukaan atau dapat juga dikatakan untuk mencapai penerimaan kognitif dan emosional, yaitu :²⁰

1) *Avoiding Grief*

Individu yang mengalami kedukaan menarik diri dari lingkungan luar, lebih banyak tinggal di rumah, dan hanya berhubungan dengan orang-orang yang mereka percayai. Mereka menghindari segala bentuk situasi yang dapat mengingatkan mereka pada diskrepansi antara harapan mereka dengan kenyataan. Mereka kemungkinan mengisi hidup mereka dengan aktifitas yang membantu mereka untuk melupakan atau menghindar dari kenyataan mengenai kehilangan yang telah terjadi. Mekanisme seperti ini dapat melindungi seseorang dari rasa kehilangan yang terlalu menyakitkan dan kecemasan yang tidak terkendali, namun cara ini justru cenderung menunda proses menata ulang kehidupan mereka.

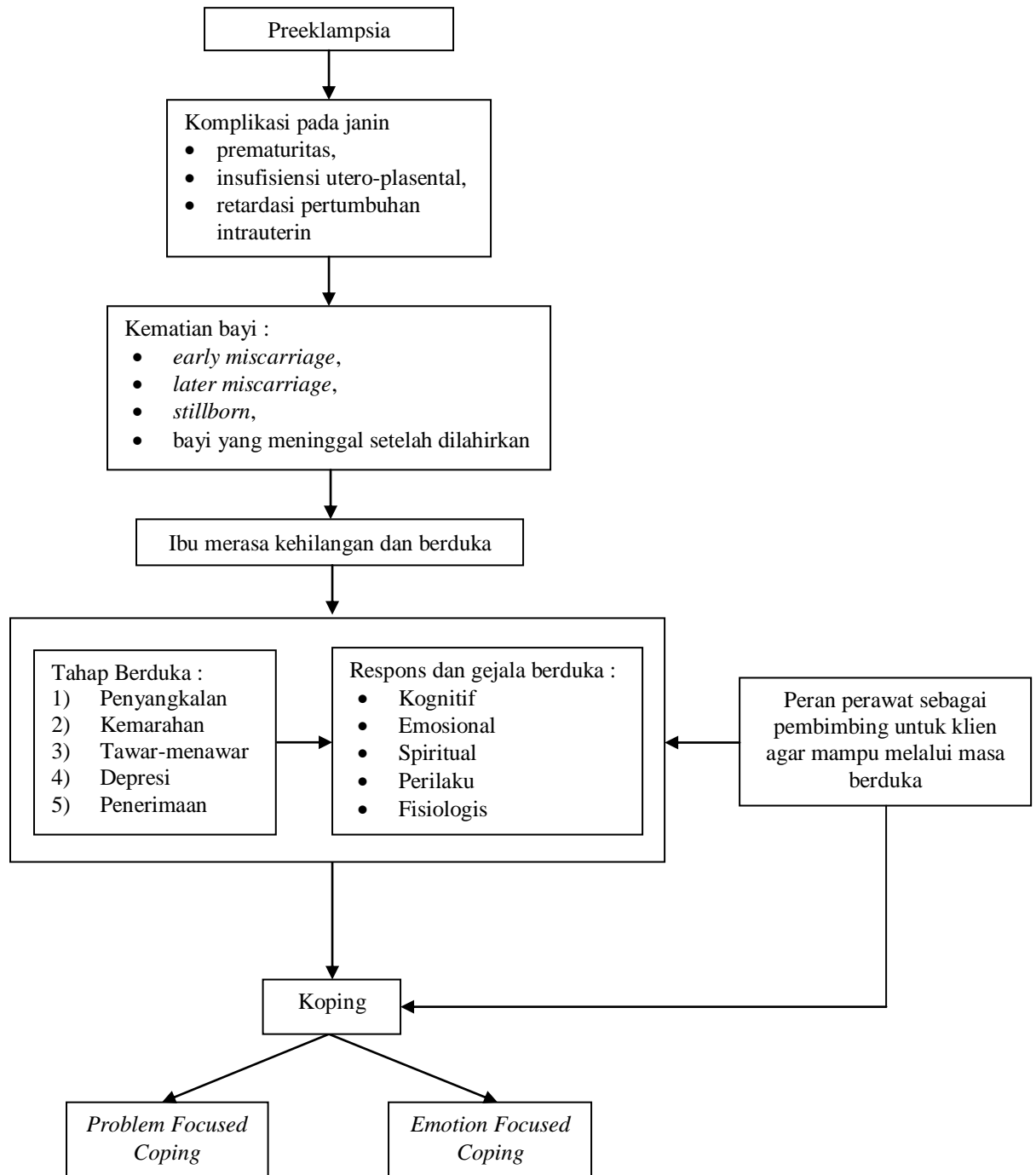
2) *Getting Through Grief*

Mekanisme koping yang kedua ialah dengan mengingat, mengulang, dan berusaha melalui rasa duka

yang dialami. Hal ini membantu individu yang sedang berduka untuk merefleksikan segala aspek yang ada yang berkaitan dengan rasa kehilangan mereka, hingga mereka mampu menggabungkannya ke dalam pandangan yang baru mengenai realitas mereka. Jika mekanisme koping ini dilakukan, maka individu yang mengalami kehilangan terbantu untuk menyelesaikan rasa duka mereka sehingga tidak menjadi manifestasi yang mempengaruhi tahap kehidupan yang berikutnya.

Tidak ada cara koping yang paling benar untuk mengatasi kedukaan karena setiap orang berespon terhadap kehilangan dengan cara mereka masing-masing. Respon seseorang sebagian besar ditentukan oleh bagaimana hubungan kedekatan mereka dengan figur yang sudah meninggal, namun juga tergantung pada kepribadian dan cara mereka dibesarkan.³⁹

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1. Kerangka Teori^{8,9,11,16,19,20,38}

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Fokus Penelitian

Fokus penelitian ini adalah pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya. Peneliti menggali informasi secara lebih spesifik mengenai perasaan dan perilaku ibu saat kehilangan dan berduka, perubahan-perubahan yang dialami ibu selama berduka seperti halnya perubahan fisik, psikologis, sosial maupun spiritual, makna positif ibu terhadap kehilangan, dukungan yang diterima ibu saat berduka serta coping yang dilakukan sehingga ibu dapat bangkit dari perasaan berduka dan mampu menjalankan perannya seperti semula.

Pengalaman kehilangan (<i>loss</i>) dan berduka (<i>grief</i>) pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya
--

Gambar 3.1. Fokus Penelitian

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif karena metode ini memandang suatu masalah secara holistik yang tidak dapat difragmentasi ke dalam bagian-bagian yang lebih kecil, sehingga mampu menggali secara mendalam pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya.³⁸ Houser tahun 2011 mendefinisikan penelitian kualitatif adalah sebuah pendekatan naturalistik dalam penelitian yang berfokus pada pemahaman arti pengalaman dari perspektif individu.³⁹

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Pendekatan fenomenologi merupakan suatu strategi penelitian yang kritis dan menggali fenomena yang ada secara sistematis. Pendekatan ini bertujuan mengembangkan makna pengalaman hidup dari suatu fenomena dalam mencari kesatuan makna dengan mengidentifikasi inti fenomena dan menggambarkan secara akurat dan sistematis dalam pengalaman hidup sehari-hari.⁴⁰ Peneliti melalui pendekatan fenomenologi ini berusaha menggali secara sistematis pengalaman hidup ibu preeklampsia yang mengalami peristiwa kehilangan dan berduka akibat kematian bayinya, sehingga dapat dipahami dan dikembangkan makna peristiwa tersebut secara akurat serta harapan bagi ibu yang lebih baik.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subjek dengan karakteristik dan dalam suatu batas tertentu yang akan diteliti.^{41,42} Populasi penelitian ini adalah ibu dengan riwayat preeklampsia yang bayinya lahir mati baik di dalam uterus maupun setelah lahir.

Sampel adalah bagian dari populasi yang diambil dengan menggunakan teknik-teknik tertentu.⁴¹ Teknik *sampling* adalah cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, supaya memperoleh sampel yang sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *nonprobability sampling*. *Nonprobability sampling* adalah suatu proses pemilihan sampel dimana peluang antara satu

individu yang mungkin dipilih dengan peluang individu lainnya yang mungkin dipilih tidak sama besar.⁴³ Desain yang digunakan adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel dalam populasi sesuai dengan tujuan atau masalah yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah ditentukan.⁴⁴ Syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel ada 2, yaitu : (1) representatif (mewakili) dan (2) sampel harus cukup banyak.⁴⁴

D. Besar Sampel

Prinsip dasar untuk menentukan besar sampel dalam penelitian kualitatif adalah tercapainya saturasi data, yaitu tidak ada informasi baru lagi yang diperoleh.⁴⁵ Pada penelitian ini peneliti menggunakan partisipan sebanyak 6 orang. Jumlah ini melebihi dari yang peneliti targetkan sebelumnya, dikarenakan saturasi data baru tercapai setelah melakukan wawancara dengan partisipan ke enam, dengan kata lain tidak didapatkan data baru atau data tambahan ketika dilakukan wawancara dengan partisipan berikutnya. Jumlah ini sesuai dengan besar sampel yang direkomendasikan oleh Riemen pada tahun 1986 yaitu 3-10 orang partisipan, bila saturasi sudah terpenuhi, maka jumlah partisipan tidak perlu ditambah.⁴⁶

Pemilihan partisipan dilakukan dengan cara meminta alamat calon partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi ke bagian Rekam Medis RSUD Tugurejo Semarang. Peneliti kemudian mendatangi satu per satu calon

partisipan untuk mengetahui kesediaan mereka berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipan yang menyatakan bersedia, harus menandatangani *informed consent* yang diberikan peneliti. Selanjutnya peneliti membuat kontrak waktu dengan partisipan untuk melakukan wawancara. Hal ini dilakukan agar partisipan yang dipilih benar-benar dapat mewakili kriteria dan fenomena yang ingin diteliti. Kriteria sampel dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua bagian, yaitu : inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari populasi target yang dapat dijangkau dan akan diteliti.⁴⁴

Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu :

- 1) Jarak antara peristiwa kematian bayi dengan pelaksanaan penelitian tidak lebih dari 24 bulan.
- 2) Ibu berstatus sudah menikah atau bersuami dan menerima kehamilannya.
- 3) Ibu dapat berkomunikasi dengan baik dan aktif atau tidak mengalami gangguan berkomunikasi seperti kesulitan berbicara.

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari penelitian karena berbagai sebab.⁴⁴

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu :

- 1) Partisipan yang mengundurkan diri dari proses penelitian dikarenakan kondisi fisik maupun psikologis yang tidak memungkinkan. Kondisi fisik yang tidak memungkinkan seperti asma dan jantung, sedangkan kondisi psikologis yang tidak memungkinkan seperti menangis histeris dan marah-marah akibat teringat kembali dengan bayinya yang telah tiada.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini bermula dari pengambilan data awal calon partisipan di RSUD Tugurejo Semarang pada tanggal 30 Juni 2015. Dasar dari pemilihan lokasi ini adalah RSUD Tugurejo Semarang merupakan rumah sakit tipe B, dimana sering kali digunakan sebagai rumah sakit rujukan bagi rumah sakit tipe C baik antar kabupaten/kota dalam satu region maupun lintas kabupaten/kota di luar region yang telah ditentukan, sehingga memungkinkan klien dengan kegawatan tertentu seperti kegawatan obstetrik akan lebih banyak yang dirujuk ke rumah sakit tersebut. Peneliti kemudian melakukan wawancara mendalam dengan keenam partisipan pada tanggal 21 Juli s/d 31 Agustus 2015 bertempat di rumah masing-masing partisipan.

F. Definisi Istilah

1. Pengalaman

Pengalaman adalah segala sesuatu yang pernah dialami, baik yang dirasakan, dijalani maupun ditanggung oleh ibu selama proses berduka, sehingga sadar atau tidak, hal tersebut akan mempengaruhi persepsi dan perilaku ibu di kehidupan mendatang.

2. Kehilangan dan berduka

Kehilangan adalah suatu situasi aktual maupun potensial yang dapat dialami individu ketika terjadi perubahan dalam hidup atau berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, baik sebagian atau keseluruhan.²⁰

Dukacita adalah proses dimana seseorang mengalami respons psikologis, sosial dan fisik terhadap kehilangan yang dipersepsikan.¹⁸

3. Preeklampsia

Preeklampsia merupakan suatu kondisi spesifik kehamilan berupa penurunan perfusi organ akibat vasospasme dan pengaktifan endotel yang ditandai dengan hemokonsentrasi, hipertensi, dan proteinuria.^{8,9}

Jaerven, dkk pada tahun 2002 mendefinisikan preeklampsia adalah suatu kondisi dimana terjadi peningkatan tekanan darah mencapai atau melebihi 140/90 mmHg pada usia gestasi di atas 20 minggu, peningkatan tekanan darah diastoliknya minimal 15 mmHg dari tekanan sebelum kehamilan 20 minggu atau peningkatan tekanan darah sistolik minimal 30 mmHg dari tekanan darah sebelum kehamilan 20 minggu yang

dikombinasikan dengan proteinuria (pengeluaran protein minimal 0,3 gr/24 jam).²⁴

4. Kematian Bayi

Kematian bayi ditinjau dari usianya dapat dibedakan menjadi *early miscarriage*, *later miscarriage*, *stillborn*, dan bayi yang meninggal setelah dilahirkan. *Early miscarriage* merupakan istilah yang umumnya diberikan untuk janin yang keguguran pada usia kandungan yang masih muda, sedangkan *later miscarriage* biasanya terjadi pada usia kandungan yang lebih matang. Bayi yang mengalami *miscarriage* biasanya masih dapat dikeluarkan melalui proses aborsi, sementara *stillborn* merujuk pada bayi yang dilahirkan sudah dalam kondisi meninggal setelah usia kandungan 24 minggu ke atas.²⁰

G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam metode kualitatif adalah peneliti sendiri dan tidak dapat diwakilkan atau didelegasikan oleh siapapun. Pada penelitian kualitatif, peneliti terlibat secara langsung dalam pengumpulan data, sehingga peneliti benar-benar mengenal partisipan.⁴⁷ Peneliti merupakan *key instrumen* atau alat penelitian yang utama dalam penelitian kualitatif, untuk itu peneliti telah mempersiapkan beberapa hal supaya proses penelitian berjalan lancar. Pertama, peneliti telah terlebih dahulu memahami masalah yang akan diteliti dengan cara

studi literatur, tujuannya supaya pada saat wawancara peneliti mampu menggali secara dalam masalah yang dihadapi partisipan. Kedua, peneliti berusaha membangun hubungan saling percaya dengan partisipan sebelum wawancara dimulai. Pada tahap ini, peneliti mengawalinya dengan perkenalan dan mengajak partisipan bercerita tentang hal yang bersifat umum mengenai diri partisipan dan peneliti sendiri, dengan demikian para partisipan tersebut dapat diberikan keyakinan dan kepercayaan diri oleh peneliti sebelum dilakukan wawancara.⁴⁰ Selain itu, peneliti juga menggunakan instrumen pendukung pada saat proses pengumpulan data, seperti :

a. Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara dibuat untuk memudahkan peneliti supaya pertanyaan yang diajukan terarah dan sesuai dengan tujuan penelitian. Pedoman wawancara disusun berdasarkan teori-teori yang relevan dengan masalah penelitian secara garis besar, dimulai dengan pertanyaan terbuka dan tidak bersifat kaku karena pertanyaan bisa berkembang sesuai dengan proses yang berlangsung selama wawancara, dengan tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan dalam penelitian.⁴⁸

Peneliti menggunakan teknik wawancara *semi structured interview* (wawancara semistruktur) yaitu wawancara yang sudah cukup mendalam karena ada penggabungan antara wawancara yang berpedoman pada pertanyaan-pertanyaan yang telah disiapkan dan

pertanyaan yang lebih luas dan mendalam dengan mengabaikan pedoman yang sudah ada.⁴⁹

b. Alat Tulis

Alat tulis berfungsi untuk mendokumentasikan tanggal, waktu, dan respons non verbal yang ditunjukkan partisipan saat wawancara seperti interaksi sosial, ekspresi wajah dan aktivitas yang dilakukan partisipan selama wawancara berlangsung. Alat tulis yang peneliti gunakan selama proses wawancara yaitu buku catatan dan pena.

c. Alat Perekam

Alat perekam seringkali digunakan dalam pengumpulan data penelitian kualitatif. Alat perekam yang digunakan harus akurat agar peneliti terhindar dari risiko kegagalan merekam.⁵⁰ Alat perekam yang digunakan yaitu *smartphone* Samsung dengan kapasitas memori 8 GB yang memiliki kemampuan merekam hingga 11 jam.

2. Proses Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah peneliti memperoleh izin penelitian dari dosen pembimbing dan penguji. Proses penelitian diawali dengan mengajukan surat permohonan izin penelitian ke pihak institusi pada tanggal 10 Juni 2015 dan disetujui pada tanggal 17 Juni 2015. Peneliti kemudian mengajukan surat permohonan penelitian tersebut ke bagian Diklat RSUD Tugurejo Semarang pada tanggal 19 Juni 2015 dan

mendapatkan balasan dari pihak rumah sakit tanggal 29 Juni 2015. Selanjutnya pada tanggal 30 Juni 2015, peneliti mulai melakukan pengambilan data ke bagian Rekam Medis RSUD Tugurejo Semarang. Tujuan dari pengambilan data ini adalah untuk mencari dan mengidentifikasi data-data awal yang dapat digunakan sebagai dasar penentuan calon partisipan penelitian. Pada tanggal 02 Juli 2015, peneliti melakukan kunjungan ke rumah dua orang calon partisipan yang digunakan untuk latihan wawancara. Kunjungan tersebut bertujuan untuk mengetahui kesediaan calon partisipan ikut serta dalam penelitian serta membangun hubungan saling percaya dengan partisipan sebelum latihan wawancara dilakukan.

Pada kunjungan yang dilakukan tanggal 02 Juli 2015, peneliti terlebih dahulu menyampaikan maksud, tujuan dan prosedur penelitian termasuk proses perekaman suara selama wawancara berlangsung. Calon partisipan yang menyatakan bersedia terlibat dalam penelitian harus menandatangani lembar *informed consent* yang diberikan peneliti, dengan begitu maka calon partisipan tersebut dinyatakan resmi menjadi partisipan penelitian. Peneliti kemudian melanjutkan pembicaraan dengan menceritakan hal-hal yang bersifat umum tentang diri peneliti dan mulai bertanya tentang diri partisipan. Hal ini penting dilakukan pada pertemuan pertama karena berguna untuk menciptakan hubungan saling percaya antara peneliti dengan partisipan sehingga pada pertemuan berikutnya partisipan akan merasa nyaman dan terbuka untuk

menceritakan pengalamannya kepada peneliti. Langkah selanjutnya adalah peneliti membuat kontrak waktu dan tempat untuk melakukan latihan wawancara.

Latihan wawancara dilakukan sebanyak dua kali, dengan durasi waktu sekitar 55 menit untuk setiap partisipan. Latihan wawancara pertama dilakukan tanggal 03 Juli 2015 di rumah partisipan. Latihan wawancara dilakukan untuk menguji tiga hal yaitu relevansi pertanyaan-pertanyaan yang telah disiapkan pada pedoman wawancara, kemampuan peneliti melakukan wawancara mendalam serta menguji kualitas suara alat perekam yang digunakan. Hasil latihan wawancara kemudian dikonsultasikan kepada dosen pembimbing pada tanggal 14 Juli 2015 untuk dievaluasi apakah pertanyaan wawancara yang diajukan sudah dapat dipahami atau belum oleh partisipan pertama, bagaimana kemampuan peneliti untuk melakukan wawancara mendalam serta apakah alat perekam yang digunakan untuk penelitian telah menunjukkan kualitas suara yang jelas atau belum. Pada saat konsultasi hasil latihan wawancara, dosen pembimbing menyatakan bahwa pertanyaan yang diajukan sudah dapat dipahami oleh partisipan hanya saja kemampuan peneliti untuk melakukan wawancara mendalam masih belum maksimal, sehingga harus dilakukan latihan wawancara kembali dengan partisipan kedua.

Pada tanggal 14 Juli 2015, peneliti melakukan latihan wawancara yang kedua dan dikonsultasikan kembali dengan dosen

pembimbing tanggal 15 Juli 2015. Tanggal 16 Juli 2015, pertanyaan-pertanyaan wawancara yang dikonsultasikan telah dinyatakan valid oleh dosen pembimbing dan kemampuan peneliti untuk wawancara mendalam juga sudah lebih baik, sehingga peneliti mulai melakukan pengambilan data pada tanggal 21 Juli s/d 31 Agustus 2015.

Pengambilan data dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan untuk setiap partisipan. Pertemuan pertama digunakan untuk perkenalan, mengetahui kesediaan calon partisipan menjadi partisipan penelitian, membina hubungan saling percaya dengan partisipan, sekaligus kontrak waktu untuk pertemuan berikutnya, sedangkan pertemuan kedua dan ketiga digunakan untuk wawancara mendalam. Peneliti melakukan pertemuan untuk yang pertama kalinya dengan keenam partisipan pada tanggal 21–22 Juli 2015, selanjutnya pertemuan kedua atau pelaksanaan wawancara yang pertama dengan seluruh partisipan dilakukan pada tanggal 23 Juli s/d 01 Agustus 2015. Pada tanggal 23 Juli s/d 25 Agustus 2015, peneliti digunakan untuk membuat transkrip dan konsultasi hasil wawancara ke dosen pembimbing. Pertemuan ketiga atau yang berarti pelaksanaan wawancara kedua dengan seluruh partisipan dilakukan pada tanggal 26–31 Agustus 2015. Tujuan dari pertemuan ketiga adalah untuk melengkapi data yang belum sempat terkaji pada saat wawancara yang pertama. Pertemuan pertama hingga ketiga dilakukan di rumah masing-masing partisipan atas kesepakatan bersama. Penelitian dilakukan kepada

partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian menggunakan pertanyaan-pertanyaan wawancara yang sudah valid.

3. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah cara yang dipakai untuk mengumpulkan informasi atau fakta-fakta di lapangan.⁵¹ Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*) yang dilengkapi dengan catatan lapangan (*field note*). Wawancara mendalam (*in-depth interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab secara langsung dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara.⁴⁸ Selain wawancara mendalam, peneliti juga membuat catatan lapangan (*field note*) yang berisikan deskripsi tentang tanggal, waktu, dan informasi dasar terkait suasana saat wawancara seperti tatanan lingkungan, interaksi sosial dan aktivitas yang dilakukan partisipan saat wawancara berlangsung.⁵²

Wawancara mendalam yang dilakukan menggunakan pedoman wawancara semistruktur (*semi-structure interview*), yang bertujuan untuk mendapatkan informasi secara mendalam dan memberi kesempatan kepada partisipan untuk menyampaikan pengalamannya kepada peneliti.⁴⁴ Pengumpulan data dengan metode wawancara mendalam (*in-depth interview*) ini dilakukan melalui tiga tahap, yaitu :

a. Tahap Persiapan

Tahap persiapan pada penelitian ini bermula ketika peneliti melakukan studi pendahuluan di RSUD Tugurejo Semarang pada bulan Januari 2015. Studi pendahuluan ini bertujuan untuk menemukan fenomena atau masalah kesehatan yang ada di masyarakat, khususnya fenomena atau masalah-masalah yang masih perlu untuk diteliti. Fenomena yang dibahas dalam penelitian ini yaitu mengenai pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya. Fenomena tersebut kemudian digunakan sebagai dasar penetapan kriteria partisipan penelitian dan penyusunan pedoman wawancara. Peneliti kemudian mencari calon partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dengan cara meminta data klien ke bagian Rekam Medis RSUD Tugurejo Semarang.

b. Tahap Pelaksanaan

Pengambilan data dilakukan sebanyak 3 kali pertemuan untuk setiap partisipan, dengan durasi waktu 30-70 menit/pertemuan. Pada pertemuan pertama, peneliti mengawalinya dengan perkenalan, menjelaskan tujuan dan prosedur penelitian termasuk proses perekaman suara selama wawancara dan penandatanganan lembar *informed consent* bagi calon partisipan yang bersedia terlibat dalam penelitian, selanjutnya adalah membina hubungan saling percaya dengan calon partisipan serta membuat kontrak waktu dan tempat

untuk mengadakan pertemuan kedua. Peneliti dalam membina hubungan saling percaya dengan calon partisipan adalah dengan cara bercerita mengenai hal-hal yang bersifat umum terlebih dahulu, misalnya saling menceritakan tentang diri masing-masing. Pertemuan pertama dengan seluruh partisipan dilaksanakan pada tanggal 21–22 Juli 2015, dengan durasi waktu rata-rata 33 menit.

Pertemuan kedua dengan seluruh partisipan dilaksanakan pada tanggal 23 Juli s/d 01 Agustus 2015 di rumah masing-masing partisipan. Pada pertemuan tersebut, peneliti melakukan wawancara mendalam untuk yang pertama kalinya dengan tiap-tiap partisipan. Proses wawancara ini terdiri dari 3 tahapan, yaitu tahap orientasi, kerja dan terminasi.

Pada tahap orientasi, peneliti kembali menyampaikan tujuan dan prosedur penelitian, sama halnya dengan yang disampaikan pada pertemuan pertama. Tahap orientasi ini berlangsung kurang lebih 5 menit untuk tiap-tiap partisipan. Tahap kerja dimulai ketika peneliti melakukan wawancara dengan mengajukan beberapa pertanyaan sesuai dengan pedoman wawancara yang telah disiapkan, namun tidak bersifat kaku karena pertanyaan akan berkembang dengan sendirinya seiring proses yang sedang berlangsung dan tentunya tanpa meninggalkan landasan teori yang telah ditetapkan dalam penelitian. Selain itu, peneliti juga menggunakan alat perekam berupa *smartphone* Samsung dan alat

tulis yang terdiri dari buku catatan dan pena yang berguna untuk mencatat hal-hal yang dianggap penting. Proses wawancara berjalan dengan sangat baik tanpa ada hambatan yang berarti. Seluruh partisipan sangat terbuka ketika menceritakan pengalamannya kepada peneliti meskipun masing-masing dari mereka menunjukkan respons yang berbeda-beda, ada yang menangis, ada yang berusaha mengalihkan pandangannya saat berbicara, tapi ada juga yang terlihat sangat tegar. Namun demikian, hal tersebut masih dalam batas wajar sehingga peneliti masih dapat mengatasinya. Rata-rata waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu sesi wawancara dengan partisipan adalah 55 menit. Pada akhir pertemuan kedua yang berarti memasuki tahapan terminasi, peneliti menyampaikan ucapan terima kasih atas keterlibatan partisipan dalam proses penelitian. Selain itu, peneliti kembali membuat kontrak waktu dan tempat untuk mempersiapkan adanya kemungkinan wawancara lanjutan, mengingat masih ada data yang perlu divalidasi atau belum sempat terkaji pada saat wawancara pertama. Tahap ini berlangsung kurang lebih 7 menit untuk tiap-tiap partisipan.

Pada pertemuan ketiga yang dilaksanakan tanggal 26–31 Agustus 2015, peneliti melakukan wawancara untuk yang kedua kalinya dengan tiap-tiap partisipan. Wawancara tersebut berlangsung lebih singkat daripada wawancara yang pertama yaitu sekitar 30 menit untuk tiap-tiap partisipan, karena pada wawancara kedua ini

peneliti hanya melengkapi dan memvalidasi data yang telah diperoleh pada saat wawancara pertama.

c. Tahap Analisis

Tahap analisis atau penarikan kesimpulan dalam penelitian ini dilakukan setelah proses pengumpulan data selesai. Peneliti membuat transkrip wawancara dan menuliskannya dalam bentuk laporan dari tanggal 23 Juli s/d 31 Agustus 2015.

H. Keabsahan (*Trustworthiness*) Data

Penilaian kualitas suatu hasil penelitian, baik kuantitatif maupun kualitatif memerlukan pembahasan tentang validitas atau keabsahan data dan reliabilitas. Validitas atau keabsahan data adalah ukuran yang menunjukkan kevalidan atau kesahihan suatu instrumen penelitian. Penilaian validitas dan reliabilitas dalam penelitian kuantitatif telah memiliki standar baku yang mengacu pada pengujian isi dan kegunaan alat ukur yang dipakai untuk memperoleh data temuannya, sedangkan penelitian kualitatif belum memiliki standar baku untuk menilai kedua aspek tersebut, sehingga pada praktiknya keilmiahannya temuan-temuan dalam penelitian kualitatif sering kali diragukan oleh pembacanya. Namun, ada 4 kriteria yang dapat digunakan untuk menilai keabsahan data pada suatu penelitian kualitatif, yaitu :⁵⁷

1. *Credibility* (derajat kepercayaan)

Credibility (derajat kepercayaan) merupakan kriteria untuk memenuhi nilai kebenaran dari data dan informasi yang dikumpulkan.

Artinya, hasil penelitian harus dapat dipercaya oleh semua pembaca secara kritis dan dari responden sebagai pemberi informasi. Suatu hasil penelitian kualitatif dikatakan memiliki tingkat kredibilitas yang tinggi apabila temuan tersebut mampu mencapai tujuannya mengeksplorasi masalah atau mendeskripsikan *setting*, proses, kelompok sosial atau pola interaksi yang majemuk/kompleks.⁵⁸ Guba dan Lincoln pada tahun 1989 menambahkan bahwa tingkat kredibilitas yang tinggi juga dapat dicapai jika para partisipan yang terlibat dalam penelitian tersebut mengenali benar tentang berbagai hal yang telah diceritakannya. Hal ini merupakan kriteria utama untuk menilai tingkat kredibilitas data yang dihasilkan dari suatu penelitian kualitatif.⁵⁹ Ada beberapa cara yang peneliti lakukan untuk memperoleh tingkat kredibilitas yang tinggi, antara lain :⁶⁰

- a. Peneliti memperpanjang waktu penelitian, yaitu dengan melakukan pertemuan sebanyak 3 kali dengan tiap-tiap partisipan. Hal ini bertujuan agar peneliti lebih mengenal partisipan, lingkungan dan kegiatan yang dilakukannya sehari-sehari.
- b. Peneliti melakukan wawancara dan pengamatan secara kontinu hingga mencapai tingkat *redundancy*. Selain itu, dengan cara ini peneliti juga dapat melihat dengan cermat, rinci dan mendalam setiap informasi yang diperoleh sehingga dapat membedakan mana yang bermakna dan mana yang tidak.
- c. Triangulasi dalam penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti menanyakan kembali berbagai pertanyaan yang pernah diajukan saat

wawancara kepada tiap-tiap partisipan atau orang terdekat mereka diwaktu yang berbeda. Hal ini bertujuan untuk menguji konsistensi jawaban yang pernah diberikan oleh partisipan.

- d. *Member-check* merupakan proses pengecekan data dimana peneliti memberikan transkrip hasil wawancara mendalam kepada partisipan untuk menyamakan persepsi, menanyakan kembali apakah ada informasi yang ingin ditambahkan atau diubah dan menyepakati hasil transkrip. Setelah disepakati bersama, peneliti kemudian meminta tanda tangan partisipan agar data yang diperoleh lebih otentik.

2. *Transferability* (keteralihan)

Transferability (keteralihan) merupakan kriteria yang menunjukkan derajat ketepatan dari suatu hasil penelitian, maksudnya kriteria ini digunakan untuk menilai sejauh mana temuan suatu penelitian yang dilakukan pada suatu kelompok tertentu dapat diaplikasikan pada kelompok lain pada situasi yang sama.^{40,61} Kriteria ini penting untuk menjamin keabsahan riset kualitatif.

Pada penelitian ini untuk mencapai kriteria keteralihan, peneliti mendeskripsikan seluruh rangkaian penelitian secara lengkap, terperinci, dan sistematis, sehingga konteks penelitian dapat tergambar jelas dan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki peneliti. Uraian yang rinci mengenai temuan-temuan yang diperoleh akan sangat membantu peneliti lain ketika ingin mempergunakan data hasil penelitian ini sebagai dasar

untuk melakukan penelitian lanjutan terkait dengan data atau hasil penelitian yang telah dilakukan.

3. *Dependability* (kebergantungan)

Dependability (kebergantungan) adalah suatu kriteria untuk menilai sejauh mana temuan penelitian kualitatif memperlihatkan konsistensi hasil temuan ketika dilakukan oleh peneliti yang berbeda dengan waktu yang berbeda, tetapi dilakukan dengan metodologi dan *interview script* yang sama. *Dependability* bermakna sebagai reliabilitas dengan melakukan replikasi studi, melakukan *auditing* (pemeriksaan) dengan melibatkan penelaahan data dan literatur yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal.⁴⁴ Brink tahun 1991 menyatakan ada tiga jenis uji/tes yang dapat dilakukan untuk menilai reliabilitas/dependabilitas data penelitian kualitatif yaitu : stabilitas, konsistensi, dan ekuivalensi. Stabilitas dapat dinilai/diuji ketika menanyakan berbagai pertanyaan yang identik dari seorang partisipan pada waktu yang berbeda menghasilkan jawaban yang konsisten/sama. Selanjutnya, konsistensi dapat dinilai jika *interview script* atau daftar kuesioner yang digunakan peneliti untuk mewawancarai partisipannya dapat menghasilkan suatu jawaban partisipan yang terintegrasi dan sesuai dengan pertanyaan/topik yang diberikan. Terakhir, ekuivalensi dapat diuji dengan penggunaan bentuk-bentuk pertanyaan alternatif yang memiliki kesamaan arti dalam satu wawancara tunggal dapat

menghasilkan data yang sama atau dengan menilai kesepakatan hasil observasi dari dua orang peneliti.⁶²

Pada penelitian ini pemenuhan kriteria dependabilitas dilakukan dengan cara mengumpulkan data yang lengkap dan mengorganisasi data dengan sebaik mungkin. Selain itu dilakukan penelaahan data secara menyeluruh bersama-sama dengan pembimbing skripsi. Dalam hal ini seluruh transkrip hasil wawancara dan kisi-kisi tema yang telah disusun peneliti diserahkan kepada pembimbing skripsi untuk mendapatkan masukan dan perbaikan.

4. *Confirmability* (kepastian)

Confirmability (kepastian) dalam penelitian kualitatif lebih diartikan sebagai konsep *intersubjektivitas* atau konsep transparansi, yaitu kesediaan peneliti mengungkapkan secara terbuka tentang proses dan elemen-elemen penelitiannya sehingga memungkinkan pihak lain/peneliti lain melakukan penilaian tentang hasil-hasil temuannya.⁶³ Streubert dan Carpenter tahun 2003 menjelaskan bahwa konfirmabilitas merupakan suatu proses kriteria pemeriksaan, yaitu cara/langkah peneliti melakukan konfirmasi hasil-hasil temuannya. Pada umumnya, cara yang banyak dilakukan peneliti kualitatif untuk melakukan konfirmasi hasil temuan penelitiannya adalah dengan merefleksikan hasil-hasil temuannya pada jurnal terkait, *peer review*, konsultasi dengan peneliti ahli, atau melakukan konfirmasi data/informasi dengan cara mempresentasikan

hasil penelitiannya pada suatu konferensi untuk memperoleh berbagai masukan untuk kesempurnaan hasil temuannya.⁴⁰

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan beberapa jurnal terkait untuk mendukung hasil penelitian yang telah dilakukan. Selain itu, peneliti juga melibatkan pembimbing skripsi sebagai pakar yang ahli dibidangnya dan telah memberikan pandangan, pendapat dari hasil penelitian. Hal terakhir yang peneliti lakukan adalah melakukan seminar hasil dimana peneliti menyampaikan hasil penelitian kepada penguji dan pembimbing.

I. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Proses analisis data pada penelitian kualitatif dilakukan setelah pengumpulan data selesai dari masing-masing partisipan. Proses analisis data dilakukan secara simultan dengan proses pengumpulan data. Proses analisis data yang dilakukan pada penelitian ini sesuai dengan tahapan menurut Colaizzi, yaitu :⁴⁰

1. Membuat transkrip data

Hasil wawancara tentang pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklampsia yang kehilangan bayinya dibuat transkrip datanya. Hasil catatan lapangan yang terkait dengan kondisi serta situasi selama proses wawancara juga peneliti cantumkan ke dalam transkrip, ini berguna untuk mempertegas hasil wawancara tersebut.

2. Membaca hasil transkrip berulang-ulang

Peneliti kemudian membaca hasil transkrip secara berulang-ulang untuk mengidentifikasi pernyataan yang bermakna dari partisipan. Pernyataan bermakna yang ditemukan dari hasil wawancara dan catatan lapangan disebut sebagai kata kunci.

3. Mengulang semua proses ini untuk semua hasil transkrip partisipan yang kemudian dapat ditentukan kategorinya.

Pernyataan yang memiliki makna yang sama atau hampir sama dijadikan dalam satu kategori.

4. Memahami berbagai kategori secara utuh dan menelusuri tema-tema utama yang muncul.

Kategori yang telah diperoleh dari penelitian, menjadi pernyataan yang bermakna dan saling berhubungan sehingga dapat dijadikan sub tema dan tema.

5. Membuat formulasi tema-tema yang muncul dari sub tema

Sub tema yang sejenis dan terkait dirumuskan dalam bentuk terstruktur dan konseptual yang disebut tema.

6. Mengintegrasikan hasil secara keseluruhan ke dalam bentuk deskripsi naratif yang lengkap, sistematis dan jelas tentang analisis tersebut.

Tujuan penjabaran tersebut adalah untuk mengkomunikasikan struktur makna yang telah berhasil diidentifikasi dari pengalaman kehilangan dan berduka pada ibu preeklamsi yang kehilangan bayinya.

7. Mengklarifikasi hasil deskriptif analisis data yang telah dibuat dengan mengembalikan kepada partisipan untuk memastikan apakah sudah sesuai dengan apa yang disampaikan. Pada tahap ini peneliti melakukan validasi langsung dengan datang kembali ke rumah partisipan.

J. Etika Penelitian

Pertimbangan etik dalam suatu penelitian kualitatif adalah menjaga hak-hak partisipan, menyeimbangkan antara keuntungan dan risiko dalam penelitian, *informed consent* dan persetujuan atau izin dari institusi.⁵⁵ Etika penelitian keperawatan yang dilakukan agar penelitian dapat terlaksana sesuai dengan harapan, yaitu :⁵⁶

1. *Autonomy*

Lembar persetujuan (*informed consent*) disampaikan oleh peneliti kepada calon partisipan disertai penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian. Setelah partisipan menyetujui, kemudian partisipan diminta untuk menandatangani *informed consent* yang telah disiapkan.

2. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan seluruh informasi yang diberikan dan hanya digunakan untuk kegiatan penelitian serta tidak mempublikasikan tanpa seizin partisipan. Selain itu, identitas responden hanya dituliskan dengan inisial atau bentuk kode pada lembar pengumpulan data.

3. *Protection from discomfort*

Selama pengambilan data, peneliti memberi kenyamanan pada partisipan dengan memilih tempat wawancara sesuai dengan keinginan partisipan. Hal ini dimaksudkan agar partisipan dapat lebih leluasa mengungkapkan masalah yang dialami tanpa terpengaruh oleh lingkungan. Selain itu, apabila pada pertengahan wawancara partisipan tiba-tiba menangis atau emosinya tidak terkontrol, maka peneliti akan menghentikan proses wawancara dan melanjutkannya di lain waktu.