

GAMBARAN BERDUKA PADA IBU DENGAN KEHILANGAN PERINATAL

Nurani Putri Firrizqy¹, Eddi Sudjarwo¹, Eko Sari Wahyuni¹

¹Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Malang, Indonesia

Corresponding Email: ekosariwahyuni@poltekkes-malang.ac.id

Abstrak

Kehilangan perinatal merupakan pengalaman duka yang mendalam dan sering kali tidak mendapatkan pengakuan sosial yang memadai, sehingga berpotensi menimbulkan masalah psikologis pada ibu. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi gambaran berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal. Penelitian menggunakan desain studi kasus kualitatif deskriptif eksploratif dengan dua subjek yang dipilih secara purposive di wilayah kerja Puskesmas Ciptomulyo, Kota Malang. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam semi terstruktur dan observasi selama kunjungan rumah. Analisis data dilakukan menggunakan analisis tematik melalui proses pengodean, pengelompokan kategori, dan penarikan tema berdasarkan hasil wawancara dan observasi. Hasil penelitian mengidentifikasi tiga tema utama, yaitu penyebab berduka, tahap berduka, dan dampak berduka. Subjek pertama mengalami kehilangan perinatal yang diperberat oleh pengalaman pelayanan kesehatan yang dirasa kurang responsif, namun telah mencapai fase penerimaan berkat dukungan sosial yang baik dan strategi coping adaptif. Subjek kedua mengalami kehilangan perinatal berulang dan tekanan sosial yang kuat, sehingga masih berada pada fase depresi dengan dampak berupa gangguan tidur, isolasi sosial, dan ide bunuh diri. Perbedaan intensitas berduka dipengaruhi oleh konteks kehilangan, pengalaman pelayanan, dan dukungan sosial. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu bahwa pengalaman berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal bersifat individual dan memerlukan dukungan psikologis yang disesuaikan dengan kondisi ibu. Penelitian selanjutnya disarankan untuk melibatkan subjek dengan durasi kehilangan yang lebih panjang serta jumlah partisipan yang lebih beragam guna menggambarkan dampak psikologis jangka panjang dan faktor protektif dalam proses pemulihan.

Kata kunci: Dukungan sosial, kehilangan perinatal, pengalaman berduka, studi kasus

Abstract

Perinatal loss is a profound grieving experience that is often socially unrecognized, potentially leading to significant psychological distress among mothers. This study aimed to explore the grieving experiences of mothers who experienced perinatal loss. A qualitative descriptive exploratory case study design was employed involving two purposively selected participants in the working area of Ciptomulyo Primary Health Center, Malang City. Data were collected through semi-structured in-depth interviews and home-visit observations. Data analysis was conducted using thematic analysis, including coding, categorization, and theme development based on interview and observational data. The findings identified three main themes: causes of grief, stages of grief, and impacts of grief. The first subject experienced perinatal loss compounded by perceived inadequate health care services but had reached the acceptance stage supported by strong social support and adaptive coping strategies. The second subject experienced recurrent perinatal loss and significant social pressure, resulting in a prolonged depressive phase marked by sleep disturbances, social withdrawal, and suicidal ideation. Variations in grief intensity were influenced by loss context, health care experiences, and levels of social support. This study concludes that maternal grief following perinatal loss is highly individualized and requires context-sensitive psychological support. Future research is recommended to involve a larger and more diverse sample, including mothers with longer post-loss durations, to better understand long-term psychological impacts and protective factors in recovery processes.

Keywords: Case study, Grief experience, perinatal Loss, social support.

PENDAHULUAN

Kehilangan perinatal merupakan bentuk duka yang unik dan seringkali tidak dikenali oleh masyarakat. Stigma dan kesalahpahaman menyebabkan kesedihan ibu menjadi tidak terlihat (Berry, 2022). Sebelum tahun 1970, kehilangan ini belum diakui sebagai pengalaman emosional, ibu seringkali didorong untuk segera mencoba hamil kembali (Berry et al., 2021). Setelah pengakuan medis bahwa kehilangan perinatal merupakan masalah psikososial, berbagai dampak jangka panjang mulai teridentifikasi, seperti depresi, kecemasan, PTSD, gangguan tidur, makan, hingga risiko penyakit kronis (Fernández-Ordoñez et al., 2021).

Kematian perinatal dapat memicu respons duka berupa distress somatik, perasaan bersalah, kemarahan, gangguan tidur dan makan, serta isolasi sosial (Setubal et al., 2021). Apabila reaksi duka berlangsung intens dan berkepanjangan, dapat berkembang menjadi duka rumit atau berkepanjangan (Qian et al., 2023; Sukriani et al., 2022). Kurangnya dukungan sosial, dorongan untuk segera hamil kembali, serta perbandingan sosial sering memperburuk perasaan ibu (Samutri et al., 2022).

Pada tahun 2021, angka *stillbirth* global mencapai 23 per 1.000 kelahiran hidup pada usia kehamilan ≥ 20 minggu, dan 16,1 pada usia kehamilan ≥ 28 minggu (Blencowe et al., 2024). Sementara itu, angka kematian neonatal global pada 2021 sebesar 17,1 per 1.000 kelahiran hidup (Comfort et al., 2024). Di Indonesia, tercatat 29.945 kematian neonatal pada tahun 2023 berdasarkan data MPDN. Di Jawa Timur, angka kematian neonatal tahun 2019 mencapai 5,2 per 1.000 kelahiran hidup (Rahmawati, 2022). Di Kota Malang, terdapat 45 kasus *stillbirth* pada tahun 2019 sesuai dengan data dari Badan Pusat Statistik Kota Malang. Studi pendahuluan di Puskesmas Ciptomulyo menunjukkan 3 kasus kehilangan perinatal pada tahun 2024, terdiri dari satu IUFD dan dua kematian neonatus.

Kasus kehilangan perinatal, termasuk kematian bayi baru lahir, dapat memicu duka mendalam dan masalah psikososial pada ibu. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan mengeksplorasi pengalaman berduka ibu dengan kehilangan perinatal.

METODE

Penelitian ini menggunakan studi kasus kualitatif dengan desain deskriptif eksploratif untuk menggambarkan secara mendalam pengalaman berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Ciptomulyo, Kota Malang, Jawa Timur, dengan pengambilan data melalui kunjungan ke rumah subjek pada tanggal 24 Februari sampai 8 Maret 2025. Peneliti memilih dua subjek secara *purposive* sesuai fokus studi yang difasilitasi oleh pihak Puskesmas dengan cara mengidentifikasi calon subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi, kemudian melakukan pendekatan langsung, menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, serta hak subjek, dan meminta persetujuan tertulis sebelum pengambilan data. Kriteria inklusi meliputi ibu dengan riwayat kehilangan perinatal yang sedang berada dalam fase berduka, bersedia menjadi partisipan, dan kooperatif, sedangkan kriteria eksklusi yaitu ibu yang tidak bersedia serta ibu yang sudah tidak berada dalam fase berduka.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam semi terstruktur dan observasi, menggunakan panduan pertanyaan yang terdiri dari 33 item *Perinatal Grief Scale (Short Version)* dan 5 pertanyaan tentang fase berduka, disertai probing untuk memperdalam jawaban, serta pencatatan hasil observasi selama proses wawancara. Setelah wawancara, peneliti memeriksa kelengkapan data. Analisis data dilakukan secara kualitatif dengan pendekatan tematik, dengan sumber analisis berasal dari hasil wawancara dan observasi, melalui langkah membaca dan menelaah seluruh jawaban, memberi kode pada unit makna yang relevan, mengelompokkan kode menjadi kategori, lalu menyusun tema yang menggambarkan respon berduka subjek termasuk tanda-tanda seperti depresi, ketidaknyamanan, dan ciri lain yang muncul, kemudian hasil disajikan dalam bentuk narasi tekstual.

Keabsahan data dijaga melalui pemeriksaan kelengkapan data, triangulasi wawancara dan observasi, serta pencatatan secara sistematis untuk memastikan kesesuaian makna dan meminimalkan bias. Aspek etika dipenuhi melalui *informed consent*, anonimitas dan kerahasiaan identitas, dokumentasi tanpa menampilkan wajah, penerapan prinsip *beneficence*, serta *justice* dengan perlakuan yang setara pada kedua subjek.

HASIL

Penelitian dengan studi kasus ini menunjukkan dua pola berduka yang berbeda pada ibu dengan kehilangan perinatal. Hasil observasi pada kedua subjek (S1 dan S2) saat kunjungan rumah yang tampak selama proses wawancara disajikan pada tabel 1 dibawah ini

Tabel 1. Hasil Observasi pada Kedua Subjek saat Kunjungan rumah selama proses wawancara

Aspek	Subjek 1 (S1)	Subjek 2 (S2)
Kondisi umum	Stabil	Lebih lemah
Penampilan	Rapi, tidak tampak lesu	Rapi, tampak lesu
Kemandirian aktivitas	Mandiri menjalankan aktivitas harian	Cenderung menyendiri, aktivitas sosial terbatas
Interaksi	Aktif, kooperatif, minat berbicara baik	Kooperatif, tetapi menghindari keluarga tertentu
Afek/emosi	Afek sesuai topik, tidak tampak putus asa, emosi stabil	Tanda ketidakberdayaan, beberapa kali menangis saat wawancara

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dan observasi, peneliti mengidentifikasi tiga tema utama yang menggambarkan pengalaman berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal yaitu penyebab berduka, tahap berduka dan dampak berduka.

1. Tema 1: Penyebab Berduka

Pada S1, sumber berduka berawal dari kematian neonatus pada persalinan kembar dan diperkuat oleh pengalaman yang dirasakan tidak menyenangkan selama pelayanan. S1 menonjolkan rasa kesal terhadap keterlambatan penanganan, sehingga kehilangan tidak hanya dipahami sebagai peristiwa duka, tetapi juga terkait pengalaman traumatis yang membekas. Pada S2, sumber berduka berawal dari kematian neonatus pada kehamilan kedua, tetapi makin berat karena ada pengalaman kehilangan sebelumnya dan tekanan sosial dari lingkungan. S2 menggambarkan desakan orang sekitar, penilaian yang menyalahkan, serta rasa bersalah yang membuat proses berduka semakin kompleks. Adapun kutipan dari kedua subjek yang mendukung tema ini disajikan sebagai berikut:

“Kesal ke pihak rumah sakit, tindakannya lama, saya tidak langsung ditangani, dokternya juga sudah dihubungi tapi tidak berkenan” (S1)

“Kalau perasaan marah, lebih ke menyalahkan dokternya... parah seminggu 2 minggu awal, tapi sampai sekarang kalau masih inget kesel sih” (S1)

“Saya merasa tertekan, banyak desakan dari orang sekitar... orang sekitar terus nyuruh saya cepet-cepet hamil lagi” (S2)

“Saya sangat merasa bersalah karena ketidaktahuan saya apalagi banyak orang yang menyalahkan saya” (S2)

2. Tema 2: Tahap Berduka

Pada S1, tahapan berduka tampak bergerak hingga fase penerimaan. S1 menguraikan fase penyangkalan berlangsung singkat, kemudian marah, tawar-menawar, dan kesedihan yang ada tetapi tidak sampai menghambat aktivitas harian. S1 menyebut masih bisa menangis ketika teringat, namun ia menilai dirinya sudah ikhlas dan fokus mengasuh anak yang hidup. Pada S2, tahapan berduka masih dominan pada fase depresi. S2 masih sering menangis, memilih tidur untuk menghindari pikiran, dan merasa belum pulih. S2 juga menghindari pertemuan sosial tertentu, serta menyampaikan ketakutan untuk hamil lagi karena takut kehilangan berulang. Kutipan dari kedua subjek yang mendukung tema ini ditunjukkan sebagai berikut:

“Kalau masa-masa menyangkal... kurang lebih 3 hari an” (S1)

“Perasaan marah... parah seminggu 2 minggu awal” (S1)

“Pernah saya berandai-andai paling ya semingguan” (S1)

“Sekarang juga bisa aja sih... kadang nangis kalau lagi mikirin tapi ya kaya udah ikhlas aja” (S1)

“Parahnya sih awal-awal 4-5 harian... kadang kalau lagi sendirian masih ngerasa kaya mimpi” (S2)

“Saya masih ingin sendirian, kurang nyaman bertemu orang lain” (S2)

“Saya takut untuk hamil lagi karena takut kehilangan lagi” (S2)

“Menangis tiap hari masihan mbak” (S2)

3. Tema 3: Dampak Berduka

Pada S1, dampak utama muncul sebagai kecemasan, khususnya kekhawatiran terhadap keselamatan bayi yang hidup. Walau masih ada rindu dan tangisan sesekali, S1 tetap bisa berfungsi baik dan menolak adanya ide bunuh diri. Pada S2, dampak berduka tampak lebih luas dan lebih berat. S2 melaporkan gangguan pola tidur karena memilih tidur terus agar tidak terus menangis dan memikirkan kehilangan. S2 juga menunjukkan isolasi sosial, terutama menghindari orang lain dan beberapa anggota keluarga. Dampak paling serius pada S2 adalah munculnya ide bunuh diri, yang pernah terpikir pada kehilangan pertama dan kedua. Data kutipan dari kedua subjek yang relevan dengan tema ini tersaji sebagai berikut.

“Kadang saya juga takut kembarannya ngikut meninggal” (S1)

“Tidak kepikiran bunuh diri sama sekali... punya anak 3 yang perlu saya urus” (S1)

“Terkadang saya masih kangen... sampai nangis tapi gak ganggu tidur saya” (S1)

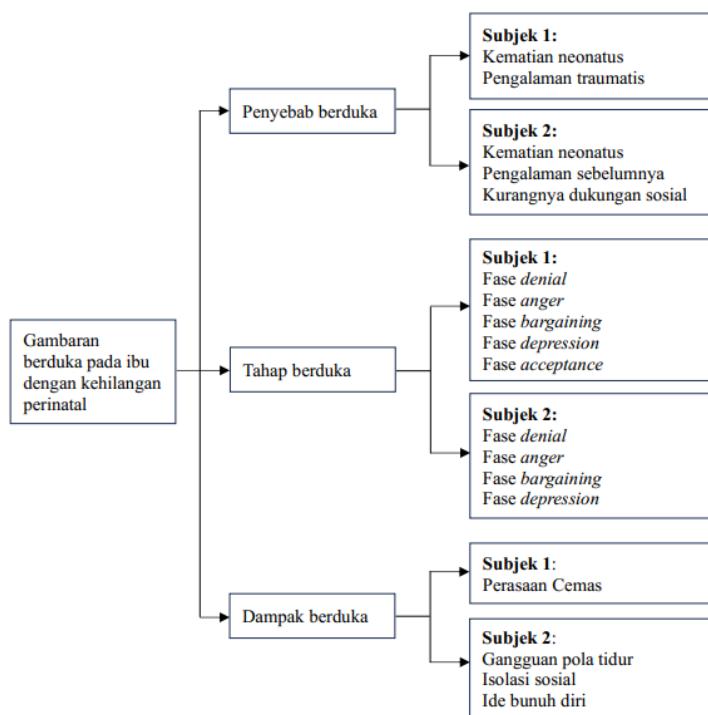
“Sekarang saya masih tidur terus, jika tidak tidur saya kepikiran terus” (S2)

“Kurang nyaman bertemu orang lain terutama dengan anak bayi masih belum bisa” (S2)

“Saya pernah berfikir bunuh diri baik waktu kehilangan pertama maupun kedua” (S2)

“Melakukan sesuatu apapun itu serasa tidak enak.....terus kesepian juga” (S2)

Peneliti menyusun tiga tema hasil penelitian yang disajikan pada Bagan 1 berikut ini.



Bagan 1. Analisis tema gambaran berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal di Wilayah Kerja Puskesmas Ciptomulya, Kota Malang, Provinsi Jawa Timur

Hasil penelitian ini menunjukkan dua pola berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal. Analisis mengidentifikasi tiga tema utama, yaitu penyebab berduka, tahap berduka, dan dampak berduka. S1 telah mencapai fase penerimaan dengan fungsi harian yang relatif stabil, sedangkan S2 masih berada pada fase depresi dengan dampak lebih berat berupa gangguan tidur, penarikan diri, dan ide

bunuh diri. Perbedaan intensitas berduka dipengaruhi oleh konteks kehilangan, pengalaman pelayanan, dan dukungan sosial.

PEMBAHASAN

Perbedaan pola berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal menjadi dasar dalam menafsirkan tiga tema utama, yaitu penyebab berduka, tahap berduka, dan dampak berduka.

1. Penyebab Berduka

Pada S1, penyebab utama berduka berasal dari kematian neonatus pada persalinan kembar, yang diperberat oleh pengalaman pelayanan kesehatan yang dinilai lambat dan tidak responsif. Hal ini tercermin dari pernyataan S1 yang mengekspresikan kemarahan dan kekecewaan terhadap fasilitas kesehatan, seperti:

“Kesal ke pihak rumah sakit, tindakannya lama, saya tidak langsung ditangani...” (S1)

“Kalau perasaan marah, lebih ke menyalahkan dokternya...” (S1)

Hasil observasi juga mendukung temuan tersebut, S1 tampak mampu mengekspresikan emosi marah secara verbal tanpa disertai tanda keputusasaan atau penurunan fungsi. Selama wawancara, S1 tetap aktif berbicara, kooperatif, dan menunjukkan emosi yang terkontrol. Hal ini menunjukkan bahwa kemarahan pada S1 lebih berkaitan dengan pemaknaan pengalaman layanan dibandingkan ketidakmampuan mengelola emosi.

Pada S2, penyebab berduka tidak hanya berasal dari kematian neonatus pada kehamilan kedua, tetapi juga diperberat oleh pengalaman kehilangan sebelumnya dan tekanan sosial dari lingkungan. S2 menyampaikan adanya desakan untuk segera hamil kembali serta penilaian yang menyalahkan dirinya, yang memunculkan rasa bersalah berkepanjangan, sebagaimana diungkapkan dalam pernyataan berikut:

“Saya merasa tertekan, banyak desakan dari orang sekitar... nyuruh saya cepet-cepet hamil lagi” (S2)

“Saya sangat merasa bersalah... banyak orang yang menyalahkan saya” (S2)

Observasi memperkuat temuan ini. S2 tampak cenderung menyendiri, menghindari keluarga tertentu, dan membatasi interaksi sosial. Perilaku tersebut mencerminkan tekanan sosial yang dirasakan sebagai tidak suportif dan memperberat proses berduka.

Secara teoritis, kehilangan perinatal merupakan kehilangan bermakna yang memicu distress psikologis mendalam karena terjadi secara mendadak dan berkaitan dengan harapan serta identitas keibuan (Alvarez-Calle & Chaves, 2023). Ketika kehilangan ini tidak diakui atau direspon secara empatik oleh lingkungan maupun sistem layanan, risiko duka rumit meningkat. Tekanan sosial untuk segera hamil kembali dapat memperkuat rasa bersalah dan menghambat pemulihan emosional (Xie et al., 2024). Selain itu, pengalaman pelayanan yang dinilai buruk dapat menambah beban emosional karena ibu mengaitkan kehilangan dengan kegagalan sistem yang seharusnya melindungi .

Dengan demikian, penyebab berduka pada kedua subjek menunjukkan bahwa konteks kehilangan, kualitas pelayanan, dan respons sosial saling berinteraksi dalam membentuk intensitas dan kompleksitas duka.

2. Tahap Berduka

S1 menunjukkan proses berduka yang bergerak hingga fase penerimaan. Berdasarkan wawancara, fase penyangkalan berlangsung singkat sekitar tiga hari, diikuti fase marah selama satu hingga dua minggu, kemudian fase tawar-menawar sekitar satu minggu. Saat ini, S1 menyatakan masih dapat menangis sesekali, namun sudah merasa ikhlas dan mampu melanjutkan peran sehari-hari, seperti dinyatakan dalam kutipan:

“Kadang nangis... tapi ya kaya udah ikhlas aja” (S1)

Hasil observasi selaras dengan temuan ini. S1 tampak mandiri menjalankan aktivitas harian, aktif berinteraksi, dan tidak menunjukkan tanda putus asa. Afek yang stabil dan minat berbicara yang baik menunjukkan bahwa S1 telah beradaptasi dengan kehilangan yang dialami. Sebaliknya, S2 menunjukkan proses berduka yang masih dominan pada fase depresi. S2 menggambarkan fase penyangkalan selama empat hingga lima hari dengan sensasi seperti mimpi, kemudian diikuti penarikan diri, kesedihan mendalam, dan ketakutan untuk hamil kembali, sebagaimana diungkapkan dalam pernyataan:

“Saya masih ingin sendirian, kurang nyaman bertemu orang lain” (S2)

“Saya takut untuk hamil lagi karena takut kehilangan lagi” (S2)

“Menangis tiap hari masihan mbak” (S2)

Observasi mendukung dominasi fase depresi pada S2. Selama wawancara, S2 tampak lesu, beberapa kali menangis, serta menunjukkan pembatasan interaksi sosial dan penghindaran terhadap keluarga tertentu. Kondisi ini menunjukkan bahwa proses adaptasi belum tercapai secara optimal. Literatur menjelaskan bahwa tahap berduka tidak selalu berlangsung linear (Samutri et al., 2019). Individu dapat bergerak maju dan mundur antar fase, terutama ketika terdapat pemicu internal maupun eksternal, seperti tekanan sosial atau pengalaman kehilangan berulang (Wardani et al., 2021). Pada kasus kehilangan perinatal, ketakutan dan ambivalensi sering menetap, terutama pada kehamilan berikutnya, sehingga memperlambat transisi menuju penerimaan (Almansa-Sáez et al., 2024).

Selain itu, dominasi fase depresi pada S2 juga dapat dipahami sebagai respons terhadap akumulasi stres traumatis akibat kehilangan berulang dan minimnya dukungan sosial. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa ibu dengan riwayat kehilangan perinatal berulang memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi menetap, duka rumit, dan gejala stres pascatrauma, terutama bila lingkungan sosial tidak memberikan validasi terhadap pengalaman berduka yang dialami (Salgado et al., 2021). Tekanan sosial untuk segera pulih atau hamil kembali dapat berfungsi sebagai pemicu eksternal yang mempertahankan kesedihan dan penghindaran, sehingga individu sulit bergerak menuju fase penerimaan (Zhang et al., 2024). Kondisi ini sejalan dengan temuan pada S2 yang menunjukkan penarikan diri, gangguan tidur, dan ketakutan terhadap kehamilan berikutnya, yang mencerminkan proses adaptasi berduka yang terhambat.

Dengan demikian, perbedaan tahap berduka pada kedua subjek menunjukkan bahwa faktor sosial dan pengalaman sebelumnya berperan penting dalam mempercepat atau menghambat proses adaptasi terhadap kehilangan.

3. Dampak Berduka

Pada S1, dampak berduka yang paling menonjol adalah kecemasan terhadap keselamatan bayi yang masih hidup, sebagaimana dinyatakan:

“Kadang saya juga takut kembarannya ngikut meninggal” (S1)

Pada wawancara, S1 mengatakan tidak adanya ide bunuh diri dan tidak mengalami gangguan tidur yang bermakna. S1 juga menyatakan bahwa rasa rindu terhadap anaknya juga tidak mengganggu fungsi sehari-hari. Observasi saat

wawancara juga mendukung temuan ini, karena S1 tetap tampak rapi, mandiri, dan aktif berinteraksi dengan emosi yang stabil. Hal ini menunjukkan bahwa dampak berduka pada S1 bersifat adaptif dan tidak merusak fungsi.

Pada S2, dampak berduka bersifat lebih luas dan berat. S2 melaporkan gangguan pola tidur dengan memilih tidur untuk menghindari pikiran tentang kehilangan, penarikan diri dari lingkungan sosial, serta munculnya ide bunuh diri pada dua episode kehilangan, seperti tercermin dalam pernyataan berikut:

“Sekarang saya masih tidur terus, jika tidak tidur saya kepikiran terus” (S2)

“Saya pernah berfikir bunuh diri baik waktu kehilangan pertama maupun kedua” (S2)

Hasil observasi selama wawancara juga memperkuat dampak pada S2, yaitu tampak lesu, aktivitas sosial terbatas, dan menangis selama wawancara. Afek S2 menunjukkan ketidakberdayaan dan kesedihan yang mendalam. Kondisi ini menandakan adanya risiko psikologis yang serius dan membutuhkan perhatian klinis.

Secara teoritis, kehilangan perinatal berkaitan dengan peningkatan risiko depresi, kecemasan, gangguan tidur, dan ide bunuh diri, terutama ketika individu mengalami isolasi sosial dan rasa bersalah yang menetap (Yu et al., 2024). Gangguan tidur dapat memperburuk regulasi emosi dan memperdalam depresi. Selain itu, kehilangan perinatal juga berhubungan dengan risiko gangguan stres pascatrauma (post-traumatic stress disorder/PTSD), khususnya ketika ibu mengalami peristiwa persalinan yang dirasakan traumatis, kehilangan yang mendadak, atau persepsi kegagalan dalam pelayanan kesehatan (Ertan et al., 2021). Gejala PTSD seperti ingatan intrusif, penghindaran, hipervigilans, dan reaksi emosional berlebihan dapat menghambat proses adaptasi berduka serta mempertahankan distress psikologis dalam jangka panjang (Qassem et al., 2021; Yuliani et al., 2024).

Dengan demikian, dampak berduka pada kedua subjek menunjukkan spektrum yang berbeda, mulai dari kecemasan adaptif hingga risiko keselamatan diri, yang kembali menegaskan pentingnya konteks sosial dan dukungan dalam proses berduka.

Implikasi Praktis

Penelitian ini menegaskan bahwa perawat memiliki peran penting dalam membantu ibu melewati proses berduka setelah kehilangan perinatal. Dukungan yang diberikan disesuaikan dengan konteks kehilangan, pengalaman pelayanan, dan dukungan sosial. Berikut implikasi praktis penelitian ini bagi praktik keperawatan.

1. Perawat di layanan primer perlu melakukan skrining terhadap depresi, kecemasan, duka, dan ide bunuh diri pada ibu pasca kehilangan perinatal.
2. Tenaga kesehatan perlu memberikan penjelasan yang jelas, sikap empatik, serta kunjungan terjadwal agar ibu merasa didampingi setelah kehilangan.
3. Pelayanan pasca kehilangan tidak cukup hanya berfokus pada aspek fisik nifas, namun diperlukan juga konseling berduka dengan evaluasi berkala terutama pada 2–6 minggu pertama setelah kehilangan.
4. Perawat perlu memberikan edukasi kepada keluarga agar tidak muncul tekanan sosial yang memperburuk proses berduka. Keluarga inti juga perlu diarahkan untuk mendampingi ibu secara empatik sehingga proses pemulihan berlangsung baik
5. Apabila ditemukan tanda duka berat atau ide bunuh diri, perawat perlu melakukan rujukan ke layanan kesehatan jiwa. Pada kehamilan berikutnya, perlu pendampingan karena kecemasan dan kewaspadaan dapat berlangsung dalam jangka waktu lama.

Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan pada penelitian ini

1. Penelitian ini hanya melibatkan dua subjek, sehingga temuan tidak dapat digeneralisasi secara luas. Hal ini dikarenakan peneliti mengalami kesulitan menemukan subjek penelitian, dimana ibu dengan riwayat kehilangan perinatal dibawah 6 bulan jarang ditemui. Namun, pendekatan studi kasus yang dilakukan memungkinkan pendalaman konteks dan variasi pengalaman berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal.
2. Pengumpulan data dilakukan beberapa minggu setelah peristiwa kehilangan, sehingga fase awal berduka tidak diamati secara langsung dan bergantung pada ingatan subjek.

SIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pengalaman berduka pada ibu dengan kehilangan perinatal bersifat individual dan dipengaruhi oleh konteks kehilangan, dukungan sosial, serta pengalaman pribadi. Tiga tema yang didapatkan, yaitu penyebab berduka, tahap berduka, dan dampak berduka. Pada tema penyebab berduka, S1 dipengaruhi kehilangan perinatal dan pengalaman pelayanan yang dirasa kurang responsif, sedangkan S2 dipengaruhi kehilangan berulang serta tekanan sosial yang memunculkan rasa bersalah. Pada tema tahap berduka, S1 telah mencapai fase penerimaan (*acceptance*) karena dukungan sosial dan coping yang adaptif, sementara S2 masih berada pada fase depresi (*depression*). Pada tema dampak berduka, S1 terutama mengalami kecemasan terhadap keselamatan bayi yang hidup tanpa gangguan fungsi yang bermakna, sedangkan S2 mengalami gangguan tidur, isolasi sosial, perasaan tidak berharga, dan ide bunuh diri.

Bagi penelitian selanjutnya, disarankan untuk memperluas jumlah dan variasi subjek, termasuk ibu dengan durasi kehilangan lebih dari enam bulan, agar dapat menggambarkan dampak psikologis jangka panjang serta faktor protektif yang mendukung pemulihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almansa-Sáez, A. M., Carmona-Samper, M. E., Merchán-Carrillo, A. M., & Fernández-Medina, I. M. (2024). Level of professional quality of life and coping with death competence in healthcare professionals exposed to perinatal loss: A cross-sectional study. *Death Studies*, 48(2), 140–149.
- Alvarez-Calle, M., & Chaves, C. (2023). Posttraumatic growth after perinatal loss: A systematic review. *Midwifery*, 121, 103651. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103651>
- Berry, S. N. (2022). The trauma of perinatal loss: A scoping review. *Trauma Care*, 2(3), 392–407.
- Berry, S. N., Marko, T., & Oneal, G. (2021). Qualitative interpretive metasynthesis of parents' experiences of perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(1), 20–29.
- Blencowe, H., Campbell, O., Kerac, T., Stafford, R., Tripathi, V., & Filippi, V. (2024). Neglected for Too Long: Perinatal Mental Health Impacts of Stillbirth in Low-and Middle-Income Countries. *BJOG*, 132(5), 554–556. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.18051>
- Comfort, H., McHugh, T. A., Schumacher, A. E., Harris, A., May, E. A., Paulson, K. R., Gardner, W. M., Fuller, J. E., Frisch, M. E., & Taylor, H. J. (2024). Global, regional, and national stillbirths at 20 weeks' gestation or longer in

- 204 countries and territories, 1990–2021: Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 404(10466), 1955–1988.
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(1), 155.
- Fernández-Ordoñez, E., González-Cano-Caballero, M., Guerra-Marmolejo, C., Fernández-Fernández, E., & García-Gámez, M. (2021). Perinatal grief and post-traumatic stress disorder in pregnancy after perinatal loss: A longitudinal study protocol. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2874.
- Qassem, T., Aly-ElGabry, D., Alzarouni, A., Abdel-Aziz, K., & Arnone, D. (2021). Psychiatric co-morbidities in post-traumatic stress disorder: Detailed findings from the adult psychiatric morbidity survey in the English population. *Psychiatric Quarterly*, 92(1), 321–330.
- Qian, J., Chen, S., Jevitt, C., Sun, S., Wang, M., & Yu, X. (2023). Experiences of obstetric nurses and midwives receiving a perinatal bereavement care training programme: A qualitative study. *Frontiers in Medicine*, 10, 1122472.
- Rahmawati, D. (2022). Pengaruh Asfiksia Terhadap Kejadian Kematian Neonatal Di Provinsi Jawa Timur. *Preventif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(3).
- Salgado, H. de O., Andreucci, C. B., Gomes, A. C. R., & Souza, J. P. (2021). The perinatal bereavement project: Development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil—A quasi-experimental before-and-after study. *Reproductive Health*, 18(1), 5.
- Samutri, E., Widyawati, W., & Nisman, W. A. (2019). Acute Grief: Pengalaman Duka saat Ibu Kehilangan Perinatal. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(1), 132–145.
- Samutri, E., Widyawati, W., Nisman, W. A., Gittelsohn, J., Hadi, H., Lewis, E. C., Endriyani, L., Indrayana, S., & Afita, A. M. R. (2022). The experience of chronic sorrow among Indonesian mothers who have suffered recent perinatal loss. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 10(T8), 114–121.
- Setubal, M., Bolibio, R., Jesus, R., Benute, G., Gibelli, M. A., Bertolassi, N., Barbosa, T., Gomes, A., Figueiredo, F., & Ferreira, R. (2021). A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. *Palliative & Supportive Care*, 19(2), 246–256.
- Sukriani, W., Hilmanto, D., & Susanto, H. (2022). Perinatal Mortality Causes in Indramayu Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 17(3), 319–328. <https://doi.org/10.15294/kemas.v17i3.24727>
- Wardani, V. A., Lestari, K. B., & Nurbaeti, I. (2021). Relationship of self-esteem to postpartum depression in postpartum mothers. *Journal of Maternity Care and Reproductive Health*, 4(1).
- Xie, J., Hunter, A., Biesty, L., & Grealish, A. (2024). The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 157, 104814.

- Yu, H., Shen, Q., Bränn, E., Yang, Y., Oberg, A. S., Valdimarsdóttir, U. A., & Lu, D. (2024). Perinatal depression and risk of suicidal behavior. *JAMA Network Open*, 7(1), e2350897–e2350897.
- Yuliani, D. R., Aini, F. N., Amalia, R., & Hapsari, W. (2024). The Perinatal Anxiety Screening Scale Versi Indonesia: Studi Instrumen Kecemasan Pada Kehamilan. *Jurnal Sains Kebidanan*, 6(1), 17–25.
- Zhang, X., Chen, Y., Zhao, M., Yuan, M., Zeng, T., & Wu, M. (2024). Complicated grief following the perinatal loss: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 772.