

TESIS
EKSPLORASI PERSEPSI PERAWAT MENGENAI STIGMATISASI
SELAMA PANDEMI COVID-19 DI RUMAH SAKIT RUJUKAN
MAKASSAR



MINDO KRISTOFANI E. SIAHAAN
(R012172015)

Pembimbing I : Kusrini, S. Kadar, S.Kp.,Mn.,Ph.D
Pembimbing II : Prof. DR. Elly, L. Sjattar, S.Kp,M.Kes

PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022

**EKSPLORASI PERSEPSI PERAWAT MENGENAI STIGMATISASI
SELAMA PANDEMI COVID-19 DI RUMAH SAKIT RUJUKAN
MAKASSAR**

Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

**MINDO KRISTOFANI E. SIAHAAN
(R012172015)**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS

**EKPLORASI PERSEPSI PERAWAT MENGENAI STIGMATISASI SELAMA
PANDEMI COVID-19 DI RUMAH SAKIT RUJUKAN MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

MINDO KRISTOFANI E.SIAHAAN
Nomor Pokok : R012172015

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 02 Februari 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Kusri S. Kadar, S.Kp., MN., Ph.D
NIP. 19760311 200501 2 003


Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes
NIP. 19740422 199903 2 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,


Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes.
NIP. 19740422 199903 2 002



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Mindo Kristofani E. Siahaan
NIM : R012172015
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Eksplorasi Persepsi Perawat Mengenai Stigmatisasi Selama Pandemi
Covid-19 Di Rumah Sakit Rujukan Makassar

Menyatakan bahwa karya tulis saya dengan judul *Eksplorasi Persepsi Perawat Mengenai Stigmatisasi Selama Pandemi Covid-19 Di Rumah Sakit Rujukan Makassar* adalah karya tulisan sayasendiri dan bukan merupakan pengambilan tulisan orang lain.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 2 Maret 2022



Mindo Kristofani E. Siahaan

HALAMAN PENGESAHAN UJIAN TUTUP

EKSPLORASI PERSEPSI PERAWAT MENGENAI STIGMATISASI SELAMA
PANDEMI COVID-19 DI RUMAH SAKIT RUJUKAN MAKASSAR

Diterima dan disetujui untuk dilakukan ujian tutup oleh :

Mindo Kristofani, E. Siahaan
R012172015

Menyetujui :

Pembimbing I


Kusriani, S. Kadar, S.Kp.,MN.,Ph.D

Pembimbing II


Prof. Dr. Elly L. Siattar, S.Kp. M.Kes

Mengetahui,
Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan


Prof. Dr. Elly L. Siattar, S.Kp. M.Kes
NIP. 19740422 199903 2 002



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas izin-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “*Ekplorasi Persepsi Perawat Mengenai Stigmatisasi Selama Pandemi Covid-19 di Rumah Sakit Rujukan Makassar*” tepat waktu sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penyusunan tesis ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir, namun berkat bimbingan dari berbagai pihak terkhusus dari para pembimbing akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi dalam penyusunan tesis ini dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya.

Pada kesempatan ini perkenankanlah saya selaku peneliti dan penyusun tesis ini menghaturkan banyak terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat :

1. Ibu Kusriani, S. Kadar, S.Kp.,Mn.,Ph.D selaku Pembimbing I
2. Ibu Prof. DR. Elly, L. Sjattar, S.Kp,M.Kes selaku Pembimbing II

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, begitu juga dengan suami dan anak saya yang sudah memberikan dukungan yang sangat berarti dalam penyusunan tesis ini, peneliti tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali mendoakan semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya.

Dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari kesalahan dalam penyusunan tesis ini karena sesungguhnya kebenaran dan kesempurnaan hanya milik Allah semata, akhir kata mohon maaf atas segala kesalahan.

Makassar, Januari 2022

Mindo Kristofani, E. Siahaan

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGAJUAN TESIS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang masalah.....	1
B. Rumusan masalah.....	5
C. Tujuan penelitian.....	7
D. Pernyataan originalitas.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Algoritma pencarian	9
B. Konsep teori dan defenisi Covid-19	9
C. Tinjauan pustaka tentang Stigma.....	20
D. Tinjauan pustaka tentang Penelitian Kualitatif.....	27
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka konsep	33
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain penelitian	34
B. Tahapan penelitian	34
C. Tempat dan waktu penelitian.....	35
D. Populasi, sampel dan teknik sampling.....	35
E. Metode, instrumen dan prosedur pengumpulan data.....	37
F. Analisa data	40
G. Keabsahan data	43
H. Etika penelitian	45

BAB V HASIL PENELITIAN.....	47
BAB VI PEMBAHASAN	59
A. Pembahasan hasil.....	59
B. Implikasi pada praktek keperawatan	67
C. Kelebihan dan kekurangan penelitian.....	68
D. Rekomendasi penelitian.....	68
PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM	70
PROTOKOL / NASKAH WAWANCARA	72
KUISIONER SCREANING RESPONDEN PENELITIAN	73
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN 1 PEDOMAN WAWANCARA	70
LAMPIRAN 2 NASKAH WAWANCARA	72
LAMPIRAN 3 KUESIONER SCREANING.....	73
LAMPIRAN 4 REKOMENDASI ETIK	75

ABSTRAK

MINDO KRISTOFANI ELIZABETH SIAHAAN. *Eksplorasi Pengalaman Perawat Terhadap Stigmatisasi Selama Pandemi Covid-19* (dibimbing oleh **Kusrini Kadar** dan **Elly Sjattar**)

Meningkatnya kasus dan kematian selama pandemi COVID-19, menyebabkan petugas kesehatan sebagai garda terdepan memperoleh berbagai tekanan sosial termasuk isolasi, stigma dan diskriminasi maupun masalah psikologis lainnya. Tidak jarang petugas kesehatan seringkali diberi label, ditetapkan sebagai bagian yang terpapar dan menghadapi kehilangan status dan diskriminasi karena stigma terkait dengan COVID-19.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan eksplorasi deskriptif kualitatif.

Terdapat 6 tema yang didapatkan: Penyebab terjadinya stigmatisasi; Sumber stigmatisasi terhadap perawat; Bentuk stigmatisasi yang dialami perawat; Respon perawat terhadap stigmatisasi yang dirasakan; Mekanisme coping yang digunakan perawat; dan Dukungan sosial bagi perawat dalam menghadapi stigmatisasi.

Mayoritas perawat mengungkapkan bahwa stigmatisasi yang mereka alami disebabkan karena kurangnya pengetahuan, tingginya resiko penularan, dan informasi yang kurang tepat atau hoax yang diterima oleh keluarga maupun masyarakat. Untuk mengatasi stigmatisasi penting untuk menciptakan lingkungan yang kondusif dengan melakukan pendidikan kesehatan dan diskusi terbuka antara masyarakat dengan petugas kesehatan tentang Covid-19 untuk mendukung mereka mengambil tindakan yang efektif dalam memerangi penyakit, mengurangi ketakutan dan stigma.

Kata Kunci : covid-19, stigma, perawat

ABSTRACT

MINDO KRISTOFANI ELIZABETH SIAHAAN. *Exploration Of Nurses Experiences With Stigmatization During The Covid-19 Pandemic* (guided by **Kusrini Kadar dan Elly Sjattar**)

The increasing number of cases and deaths during the covid 19 pandemic has caused health workers as the frontline to experience various social pressures including isolation, stigma and discrimination and well as other psychological problem. It is not uncommon for health workers to be labeled, designated as exposed and face loss of status and discrimination because of the stigma associated with covid 19.

This study used a qualitative method with a qualitative descriptive exploration approach. There were 6 themes obtained: Caused of stigmatization, Sources of stigmatization, Forms of stigmatization experienced by nurses, Nurse's response to perceived stigmatization, Coping mechanisms used by nurses, and social support for nurses in dealing with stigmatization.

The majority of nurses revealed that the stigmatization they experienced is due to lack of knowledge, high risk of transmission, and inaccurate or hoaxes received by families and the community. To overcome stigmatization, it is important to create a conducive environment by conducting health education and open discussions between the community and health workers about covid 19 to support them to take effective actions in fighting the disease, reducing fear and stigma.

Keywords: Covid-19, Stigma, Nurse

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Selama dua dekade terakhir, dunia telah dilanda beberapa wabah virus corona (CoV). Beberapa diantaranya, Sindrom pernapasan akut parah (SARS) pada tahun 2002, sindrom pernapasan Timur Tengah (MERS) pada tahun 2012 dan saat ini virus korona baru, sindrom pernapasan akut yang parah, coronavirus 2 (SARS-CoV-2), yang menyebabkan penyakit corona virus 2019 (COVID-19), telah muncul pada akhir 2019 (Rodriguez-Morales et al., 2020). Sejak kemunculannya, penyakit COVID-19 telah menjadi ancaman kesehatan global dengan pandemi yang terus berlanjut di banyak negara dan wilayah (Anderson et al., 2020; Rodriguez-Morales et al., 2020).

Pada 31 Desember 2019, rumah sakit melaporkan sekumpulan kasus pneumonia yang penyebabnya tidak diketahui di Wuhan, Hubei, China, menarik perhatian besar secara nasional dan global (Wang et al., 2020; WHO, 2020). *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* atau *Novel Coronavirus 2(Covid-19)* merupakan penyakit pernafasan yang baru diketahui sejak Desember 2019 ini telah menyebar dengan sangat cepat diseluruh kota Wuhan tempat pertama kali virus ini ditemukan(Yang, 2020). Dibandingkan dengan wabah SARS dan MERS yang merupakan sindrom pernafasan akut yang parah sebelumnya, penyebaran COVID-19 tergolong sangat cepat dalam waktu 30 hari berhasil menginfeksi hampir ke seluruh negara di dunia (Jennifer, 2020), dan dapat mempengaruhi jumlah populasi penduduknya (Yang, 2020). COVID-19 telah menyebar secara global dan angka penularannya berbeda-beda hampir disemua negara (Peeri et al., 2020). Oleh karena itu, *organisasi kesehatan dunia menyatakan* per 28 Februari 2020 COVID-19 sebagai darurat kesehatan masyarakat (WHO, 2020), dan menyatakannya sebagai pandemi pada 11 Maret 2020 (WHO, 2020).

Menurut data *World Health Organization (WHO)* April 2020 jumlah kasus yang terinfeksi COVID-19 di dunia sebanyak 2.810.325, jumlah kasus

kematian yang terkonfirmasi sebanyak 193.825, jumlah keseluruhan data tersebut diperoleh dari 213 negara yang terinfeksi virus COVID-19 (WHO, 2020). Negara dengan tingkat prevalensi penularan tertinggi di dunia ialah United States of America (USA) dengan total kasus 187.302, total kasus baru 24.103, total kematian 3.846 kasus dan total kasus kematian baru 996. Sangat jauh berbeda dengan Cina yang merupakan tempat pertama kalinya virus ini ditemukan dengan prevalensi total kasus 82.724 jiwa, total kasus baru 93 jiwa, total kematian 3.327 jiwa dan total kematian baru 6 jiwa (WHO, 2020).

Di Indonesia sendiri, jumlah kasus COVID-19 yang terkonfirmasi berdasarkan data Kemenkes RI 27 April 2020 sebanyak 8.882 kasus, jumlah kasus dalam perawatan sebanyak 7.032, kasus yang sembuh 1.107, yang meninggal 743 kasus, jumlah pasien ODP (Orang Dalam Pengawasan) 209.040 dan jumlah pasien PDP (Pasien Dalam Pengawasan) 19.648 (Kemenkes RI, 2020). Sedangkan di Sulawesi Selatan sendiri jumlah yang terkonfirmasi COVID-19 yang positif sebanyak 440 orang, dirawat 299 orang, sembuh 105 orang dan yang meninggal sebanyak 36 orang. Pasien ODP (Orang Dalam Pengawasan) sebanyak 3.730 orang, selesai pemantauan 2.653 orang dan dalam proses pemantauan sebanyak 1077 orang, sedangkan pasien PDP (Pasien Dalam Pengawasan) sebanyak 768 orang, dalam proses pengawasan 441 orang, pasien yang bukan Covid-19 ada 248 orang dan yang meninggal sebanyak 79 orang (Sulselprov, 2020).

Pada masa pandemi, petugas kesehatan sebagai kekuatan utama dalam memerangi pandemi mengemban tugas yang sangat besar (Sun et al., 2020). *World Health Organization* menyatakan bahwa stigma dapat terjadi ketika orang-orang secara negatif mengasosiasikan penyakit menular seperti COVID-19 dengan populasi tertentu (Poundel, 2020). Sebagai contoh pada petugas kesehatan sebagai pemain kunci untuk menangani pandemi ini, yang berada pada garis depan menghadapi banyak tantangan termasuk sering distigmatisasi oleh orang-orang di komunitas mereka. Petugas kesehatan ditakuti, dihindari, dijauhi, atau dikucilkan karena ketakutan publik bahwa

petugas kesehatan adalah sumber penularan (Bagcchi, 2020; Taylor, 2019; WHO, 2020).

Selama wabah Sindrom Pernafasan Akut Parah (SARS) tahun 2003, dalam penelitian yang dilakukan di Taiwan dan Hong Kong, 20-49% petugas kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien SARS dilaporkan dijauhi, dihindari, atau distigmatisasi oleh orang-orang di Taiwan dan komunitas mereka, karena takut petugas kesehatan dapat menyebarkan virus corona SARS (Bai et al., 2004; Koh et al., 2005). Bahkan keluarga petugas kesehatan menjadi sasaran diskriminasi tersebut (Bai et al., 2004).

Sejak awal kemunculan pandemi virus korona 2019 (COVID-19), petugas kesehatan telah menunjukkan ketangguhan dan dedikasi profesional yang luar biasa meski sebenarnya mereka juga takut terinfeksi dan menulari orang lain (Liu et al., 2020). Petugas kesehatan seringkali harus merawat pasien yang dicurigai atau dipastikan terinfeksi Covid-19 tanpa pelatihan yang tepat atau APD yang memadai. Ini berkontribusi pada peningkatan risiko terinfeksi petugas layanan kesehatan selama fase awal pandemi (Nguyen et al., 2020; Kua et al., 2020). Pandemi COVID-19 dapat menyebabkan peningkatan stigma karena merupakan infeksi baru yang tidak diketahui (Ramaci et al., 2020). Oleh karena itu, tidak jarang petugas kesehatan seringkali diberi label, ditetapkan sebagai bagian yang terpapar dan menghadapi kehilangan status dan diskriminasi karena stigma terkait dengan COVID-19 (Singh & Subedi, 2020). Meningkatnya kasus dan kematian selama pandemi, mendorong petugas kesehatan garis depan ke arah tekanan ekstrim karena berbagai faktor termasuk isolasi sosial, stigma dan diskriminasi serta menempatkan mereka pada risiko yang lebih tinggi dari masalah psikologis (Xiong & Peng, 2020).

Beberapa penelitian sebelumnya melaporkan beberapa insiden stigmatisasi pada petugas kesehatan. Poundel (2020) menginformasikan bahwa para petugas yang berada pada garis depan yang bekerja di rumah sakit telah didiskriminasi dan menghadapi kesulitan dalam menemukan makanan dan tempat penampungan. Sejalan dengan itu, penelitian lain juga

memaparkan bahwa orang-orang dan bahkan beberapa tenaga kesehatan yang terlibat dalam penanganan terhadap COVID-19 telah menunjukkan diskriminasi terhadap petugas kesehatan melalui perilaku seperti penolakan untuk berbicara dengan mereka dan menggambarkan penolakan untuk makan bersama dengan mereka. Selain itu, tetangga dan orang-orang di komunitas telah menunjukkan ketidaksenangan dengan membiarkan petugas kesehatan tinggal di rumah meskipun pada kenyataannya petugas kesehatan bekerja dengan mengikuti semua tindakan pencegahan yang diperlukan. (Tandon, 2020).

Perawat sebagai kelompok profesional kesehatan terbesar (World Health Organization, 2020) yang berada pada garis depan dari respon sistem perawatan kesehatan untuk epidemi dan pandemi. Perawat juga berperan sebagai "penjaga gerbang" dari sistem perawatan kesehatan dan wabah COVID-19 yang memainkan peran penting dalam mengidentifikasi pasien yang dicurigai dan dikonfirmasi COVID-19 dengan mengevaluasi secara hati-hati manifestasi penyakit dan riwayat paparan (Catton, 2020).

Meskipun memiliki kewajiban profesional untuk merawat masyarakat selama pandemi atau epidemi, banyak perawat memiliki kekhawatiran tentang pekerjaan mereka dan dampaknya pada mereka secara pribadi, khususnya risiko terinfeksi, penularan kepada anggota keluarga, stigma tentang kerentanan pekerjaan mereka dan pembatasan kebebasan pribadi (Chiang et al., 2007, Hope et al., 2011, Koh et al., 2012, Seale et al., 2009). Sebagai contoh, masalah stigmatisasi terhadap dokter dan perawat di Mexico. Mereka mengalami penolakan akses ke publik dan menjadi sasaran serangan fisik dari masyarakat (Bagcchi, 2020).

Beberapa penelitian telah menjelaskan dampak yang bisa terjadi karena stigmatisasi yang diperoleh. Javed et al., (2020) memaparkan bahwa stigma terkait COVID-19 dapat memperburuk masalah kesehatan mental bagi orang yang terkena dampak. Khususnya pada tenaga kesehatan, beberapa bukti menunjukkan bahwa stigma merupakan sumber utama tekanan mental seperti stres, kecemasan dan depresi (Gunnel et al., 2020; Peprah, 2020; & Bao et al.,

2020). Stigma juga berdampak ke dalam isolasi dan ketidakberdayaan sehubungan dengan ketidakmampuan tenaga kesehatan untuk berkontribusi secara efektif dalam memerangi pandemi (Bao et al., 2019; & Holmes et al., 2020) . Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa stigmatisasi pada tenaga kesehatan garis depan dan pekerja sosial dan sukarelawan dapat menyebabkan tingkat stres yang lebih tinggi dan kelelahan dan berpotensi mengakibatkan kurangnya motivasi dalam memerangi wabah (Ramaci et al., 2020). Sedangkan di Indonesia sendiri, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengungkapkan bahwa stigma dan juga stereotip negatif yang diberikan oleh individu atau kelompok masyarakat terhadap tenaga kesehatan atau pasien COVID-19 berkontribusi terhadap tingginya angka kematian akibat virus corona (Kemenkes RI, 2020).

B. Rumusan Masalah

Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) atau *Novel Coronavirus 2 (Covid-19)* merupakan penyakit pernafasan yang baru diketahui sejak Desember 2019 yang menyebar dengan sangat cepat diseluruh kota Wuhan tempat pertama kali virus ini ditemukan (Yang, 2020). COVID-19 telah menyebar secara global dan angka penularannya berbeda-beda hampir disemua Negara (Peeri et al., 2020), sehingga *World Health Organization (WHO)* menyatakan per 1 Februari COVID-19 sebagai darurat kesehatan masyarakat.

Kejadian pandemi memiliki dampak signifikan tersendiri pada sistem pelayanan kesehatan, khususnya tenaga kerja (Ives et al., 2009; Seale, Leask, Po, & MacIntyre, 2009). Sejak awal kemunculan pandemi virus korona 2019 (COVID-19), petugas *kesehatan* telah menunjukkan ketangguhan dan dedikasi profesional yang luar biasa meski sebenarnya mereka juga takut terinfeksi dan menulari orang lain (Liu et al., 2020). Petugas kesehatan seringkali harus merawat pasien yang dicurigai atau dipastikan terinfeksi Covid-19 tanpa pelatihan yang tepat atau APD yang memadai. Ini berkontribusi pada peningkatan risiko petugas layanan kesehatan selama fase awal pandemic (Nguyen et al., 2020; Kua et al., 2020). Pandemi COVID-19

dapat menyebabkan peningkatan stigma karena merupakan infeksi baru yang tidak diketahui (Ramaci et al., 2020). Oleh karena itu, tidak jarang petugas kesehatan seringkali diberi label dan ditetapkan sebagai bagian yang terpapar dan menghadapi kehilangan status dan diskriminasi karena stigma terkait dengan COVID-19 (Singh & Subedi, 2020). Meningkatnya kasus dan kematian selama pandemi, mendorong petugas kesehatan yang berada pada garis depan ke arah tekanan ekstrim karena berbagai faktor termasuk isolasi sosial, stigma dan diskriminasi serta menempatkan mereka pada risiko yang lebih tinggi dari masalah psikologis (Xiong & Peng, 2020).

Beberapa penelitian sebelumnya melaporkan ada beberapa insiden stigmatisasi pada petugas kesehatan. Poundel (2020) menginformasikan bahwa perawat yang *berada* pada garis depan yang bekerja di rumah sakit dan laboratorium telah didiskriminasi dan menghadapi kesulitan dalam menemukan makanan dan tempat penampungan (Poudel, 2020). Sejalan dengan itu, penelitian lain juga memaparkan bahwa orang-orang dan bahkan beberapa tenaga kesehatan yang terlibat dalam penanganan terhadap COVID-19 telah menunjukkan diskriminasi terhadap petugas kesehatan garis depan melalui perilaku seperti penolakan untuk berbicara dengan mereka dan menggambarkan penolakan untuk makan bersama dengan mereka. Selain itu, tetangga dan orang-orang di komunitas telah menunjukkan ketidaksenangan dengan membiarkan petugas kesehatan garis depan tinggal di rumah meskipun pada kenyataannya petugas kesehatan bekerja dengan mengikuti semua tindakan pencegahan yang diperlukan. (Tandon, 2020).

Perawat sebagai kelompok profesional kesehatan terbesar (*World Health Organization, 2020*) yang berada pada garis depan dari respon sistem perawatan kesehatan untuk epidemi dan pandemi. Perawat juga berperan sebagai "penjaga gerbang" dari sistem perawatan kesehatan dan wabah COVID-19 yang memainkan peran penting *dalam* mengidentifikasi pasien yang dicurigai dan dikonfirmasi COVID-19 dengan mengevaluasi secara hati-hati manifestasi penyakit dan riwayat paparan (Catton, 2020). Meskipun memiliki kewajiban profesional untuk merawat masyarakat selama pandemi

atau epidemi, banyak perawat memiliki kekhawatiran tentang pekerjaan mereka dan dampaknya pada mereka secara pribadi, khususnya risiko terinfeksi, penularan kepada anggota keluarga, stigma tentang kerentanan pekerjaan mereka dan pembatasan kebebasan pribadi (Chiang et al., 2007, Hope et al., 2011, Koh et al., 2012, Seale et al., 2009). Sebagai contoh, masalah stigmatisasi terhadap dokter dan perawat di Mexico. Mereka mengalami penolakan akses ke publik dan menjadi sasaran serangan fisik dari masyarakat (Bagcchi, 2020).

Menggali masalah yang dihadapi perawat saat merawat pasien COVID-19 akan membantu meningkatkan ketahanan perawat dan rumah sakit dalam menanggapi dan menangani COVID-19. Selain itu, memahami masalah ini akan membantu mendukung perawat dengan memberi tahu para pemimpin dan pengambil *keputusan* tentang masalah ini dan memberikan rekomendasi dan implikasi (Thobaity & Alshammari, 2020).

Oleh karena itu, berdasarkan rumusan masalah di atas, peneliti tertarik untuk mengeksplorasi lebih dalam terkait tentang stigmatisasi yang dialami perawat selama pandemi COVID-19.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui stigmatisasi yang dialami perawat selama pandemi COVID-19 di rumah sakit rujukan Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi persepsi perawat tim COVID-19 secara mendalam tentang apa saja bentuk stigmatisasi yang didapatkan.
- b. Mengeksplorasi persepsi perawat tim COVID-19 secara mendalam tentang apa yang dirasakan perawat tim COVID-19 ketika mengalami stigmatisasi.
- c. Mengeksplorasi persepsi perawat tim COVID-19 secara mendalam tentang dampak dari stigmatisasi tersebut terhadap perawat dan keluarganya.

- d. Mengeksplorasi persepsi perawat tim COVID-19 secara mendalam tentang sumber stigmatisasi yang didapatkan.

D. Pernyataan Originalitas Penelitian

Beberapa studi sebelumnya telah mengemukakan terkait pengalaman psikologis pada tenaga kesehatan khususnya pada perawat ketika merawat pasien dengan COVID-19 (Fan et al., 2020; Sun et al., 2020).

Sedangkan terkait stigmatisasi, beberapa penelitian telah menginformasikan tentang insiden stigma dan diskriminasi di beberapa negara terhadap pasien yang sembuh dari COVID-19, petugas kesehatan yang berada pada garis depan yang menangani COVID-19 di rumah sakit, petugas laboratorium kesehatan dan petugas yang memiliki resiko kontak erat dengan pasien COVID-19 (Bagcchi, 2020; Sorokin et al., 2020; Peprah & Gyasih, 2020; Chopra & Arora, 2020; Taylor, 2020).

Secara khusus pada tenaga kesehatan, beberapa penelitian lain terkait stigmatisasi juga telah menunjukkan bahwa stigmatisasi mengakibatkan banyak dampak bagi petugas kesehatan garis depan, misalnya: penurunan kesehatan mental, keadaan isolasi, ketidakberdayaan, kurangnya motivasi, kelelahan (Javed et al., 2020; Bao et al., 2019; Holmes et al., 2020; & Ramaci et al., 2020).

Di Indonesia juga telah dipublikasikan tentang stigma dan juga stereotip negatif yang diberikan oleh individu atau kelompok masyarakat terhadap tenaga kesehatan atau pasien COVID-19 berkontribusi terhadap tingginya angka kematian akibat virus corona (Kemenkes RI, 2020). Namun, sejauh ini belum ada penelitian yang mengeksplorasi lebih dalam tentang pengalaman tenaga kesehatan khususnya perawat COVID-19 terkait stigmatisasi yang dialami selama pandemi COVID-19. Oleh karena itu originalitas penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi lebih dalam tentang stigmatisasi yang dialami oleh perawat selama pandemi COVID-19 di Rumah Sakit Rujukan Makassar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menguraikan tinjauan pustaka tentang COVID-19, stigmatisasi pada perawat dan pendekatan fenomenologi yang akan digunakan dalam penelitian dengan metode kualitatif.

A. Algoritma Pencarian

Tinjauan literatur ini berdasarkan hasil publikasi ilmiah dengan rentang tahun 2010-2020 dengan menggunakan database PubMed, Wiley, ScienceDirect, DOAJ dan Cendekia dengan menggunakan kata kunci **Stigma OR Stigmatization AND covid-19 OR sars-cov-2 OR corona virus AND covid-19 nurse OR nurses AND qualitative research AND phenomenology**. Hasil penelitian di PubMED berjumlah 63 artikel jurnal, Wiley berjumlah 56 artikel jurnal, ScienceDirect berjumlah 51 artikel jurnal, DOAJ berjumlah 20 artikel jurnal, Cendekia berjumlah 129 artikel jurnal dan pencarian sekunder berjumlah 32 artikel jurnal. Total jumlah artikel yang didapatkan dari semua artikel adalah 459 artikel jurnal. Kemudian pada keseluruhan artikel jurnal dilakukan filter berdasarkan pencarian *title, 10 years publication, english language, full text artikel jurnal and double publication*. Sehingga jumlah artikel jurnal yang digunakan dalam penelitian ini sebagai referensi adalah 67 artikel jurnal.

B. Tinjauan Pustaka Tentang COVID-19

1. Sejarah Corona Virus (SARS, MERS dan COVID-19)

Corona virus adalah penyebab umum penyakit pernapasan ringan pada anak-anak dan orang dewasa. Virus-virus ini telah bertanggung jawab atas beberapa wabah di seluruh dunia, termasuk pandemi sindrom pernafasan akut parah (SARS) 2002-2003 dan wabah sindrom pernapasan Timur Tengah (MERS) di Korea Selatan pada 2015. Baru-baru ini, virus korona baru (SARS) CoV-2, juga dikenal sebagai COVID-19 memicu wabah di China pada Desember 2019, memicu kekhawatiran internasional.

Dalam dekade terakhir muncul beberapa virus baru atau mutasi virus corona, yaitu sindrom pernapasan akut parah (SARS) tahun 2003 (CDC, 2003) dan sindrom pernapasan Timur Tengah tahun 2012 (CDC, 2019). Virus ini tidak mencapai penyebaran internasional seperti COVID-19, dengan demikian kedua virus tersebut tidak menyebabkan kerusakan yang meluas atau hingga mencapai status pandemi (Deitrick et al., 2020). Virus corona tersebut menyebabkan infeksi pernapasan ringan hingga sedang, seperti flu biasa (Unhale et al., 2020).

Penelitian sebelumnya memaparkan bahwa, dua virus betacoronavirus yang merupakan pernapasan akut berat sindrom coronavirus (SARS-CoV) (Ksiazek et al., 2003; Kuiken et al., 2003; Drosten et al., 2003) dan Timur Tengah Coronavirus sindrom pernapasan (MERS-CoV) (de Groot et al., 2013; Zaki et al., 2012) menyebabkan lebih dari 10.000 kasus kumulatif pada dua dekade di masa lalu, dengan angka kematian 10% untuk SARS-CoV dan 37% untuk MERS-CoV (WHO, 2003; WHO, 2019). Pada Desember 2019, serangkaian kasus pneumonia penyebab yang tidak diketahui muncul di Wuhan, Hubei, Cina, dengan gambaran klinis yang sangat mirip dengan virus pneumonia (WHO, 2020).

Sindrom pernapasan akut parah (SARS) adalah penyakit pernapasan akibat virus yang disebabkan oleh virus corona, yang disebut virus corona terkait SARS (SARS-CoV). SARS pertama kali dilaporkan di Asia pada Februari 2003. Penyakit ini menyebar ke lebih dari dua lusin negara di Amerika Utara, Amerika Selatan, Eropa, dan Asia sebelum wabah global SARS tahun 2003 dapat diatasi. Saat ini, tidak ada penularan SARS dimanapun di dunia. Kasus infeksi SARS-CoV pada manusia terbaru dilaporkan di China pada April 2004 dalam wabah akibat infeksi yang didapat di laboratorium (CDC, 2003).

Sindrom Pernafasan Timur Tengah (MERS) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus (lebih khusus lagi, coronavirus) yang disebut Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). Sebagian besar pasien MERS mengalami penyakit pernapasan parah dengan gejala

demam, batuk, dan sesak napas. Sekitar 3 atau 4 dari setiap 10 pasien yang dilaporkan dengan MERS telah meninggal. Pejabat kesehatan pertama kali melaporkan penyakit ini di Arab Saudi pada September 2012. Melalui penyelidikan retrospektif (melihat ke belakang), mereka kemudian mengidentifikasi bahwa kasus MERS pertama yang diketahui terjadi di Yordania pada April 2012. Sejauh ini, semua kasus MERS telah dikaitkan melalui bepergian ke, atau tinggal di, negara-negara di dalam dan dekat Semenanjung Arab. Wabah MERS terbesar yang diketahui di luar Semenanjung Arab terjadi di Republik Korea pada tahun 2015. Wabah tersebut dikaitkan dengan seorang pelancong yang kembali dari Semenanjung Arab. MERS-CoV telah menyebar dari orang yang sakit ke orang lain melalui kontak dekat, seperti merawat atau hidup dengan orang yang terinfeksi. MERS dapat mempengaruhi siapa saja. Usia pasien MERS berkisar dari 1 hingga 99 tahun (CDC, 2019).

Corona virus 2 (SARS-COV-2) sindrom pernapasan akut parah adalah virus RNA sense positif dan merupakan penyebab COVID-19. Pada 31 Desember 2019, rumah sakit melaporkan sekumpulan kasus pneumonia yang penyebabnya tidak diketahui di Wuhan, Hubei, China, menarik perhatian besar secara nasional dan global (Wang et al., 2020; WHO, 2020). *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* atau *Novel Coronavirus 2(Covid-19)* merupakan penyakit pernafasan yang baru diketahui sejak Desember 2019 ini telah menyebar dengan sangat cepat diseluruh kota Wuhan tempat pertama kali virus ini ditemukan (Yang, 2020)

2. Definisi COVID-19

WHO mengumumkan bahwa nama resmi novel coronavirus adalah penyakit coronavirus (COVID-19). Dan nama referensi untuk virus saat ini adalah sindrom pernapasan akut parah atau coronavirus 2 (SARS-COV-2) (Sohrabi et al., 2020).

Penyakit coronavirus (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus corona baru, yang disebut sebagai sindrom

pernapasan akut parah coronavirus-2 (SARS-COV-2), yang sangat menular dan menyebar ke seluruh dunia dengan sangat cepat (WHO, 2020).

3. Patofisiologi COVID-19

Virus corona baru berasal dari pasar makanan laut Hunan di Wuhan, Cina Selatan tempat anjing rakun, kelelawar, ular, musang palem, dan hewan lainnya dijual, dan dengan cepat menyebar ke 109 negara. Sumber zoonosis SARSCoV-2 tidak dikonfirmasi. Namun, analisis berbasis urutan menyarankan kelelawar sebagai reservoir utama. Rekombinasi DNA ditemukan terlibat pada lonjakan glikoprotein yang menggabungkan SARS-CoV (CoVZXC21 atau CoVZC45) dengan RBD Beta CoV lain, sehingga bisa menjadi alasan penularan lintas spesies dan infeksi yang cepat. (Shereen & Khan, 2020).

Coronavirus tersebar luas pada manusia dan beberapa vertebrata lain dan menyebabkan penyakit saluran pernafasan, enterik, hati, dan neurologis. Khususnya, Coronavirus Sindrom Pernafasan Akut (SARS-CoV) yang parah pada tahun 2003 dan Coronavirus Sindrom Pernapasan Timur Tengah (MERS-CoV) pada tahun 2012 telah menyebabkan epidemi pada manusia. Perbandingan dengan virus saat ini menunjukkan beberapa perbedaan dan persamaan yang signifikan. Baik MERSCoV dan SARS-CoV memiliki tingkat kematian kasus yang jauh lebih tinggi (masing-masing 40% dan 10%). Meskipun SARSCoV-2 saat ini berbagi 79% genomnya dengan SARS-CoV, tampaknya jauh lebih mudah menular (de Wit et al., 2016). Masa inkubasi SARS-Cov 2 adalah 2 - 14 hari (kebanyakan kasus terjadi dalam 5 hari setelah terpapar) (Hassan et al., 2020).

Penelitian yang baru-baru ini diterbitkan menemukan bahwa rata-rata, masa inkubasi adalah sekitar lima hari (CRC, 2020). SARS-Cov2 pertama kali terutama menyerang saluran napas bagian bawah dan berikatan dengan ACE2 pada sel epitel alveolar. Kedua virus tersebut merupakan penginduksi potensial dari sitokin inflamasi. "Badai sitokin"

atau "kaskade sitokin" adalah mekanisme yang didalilkan untuk merusak organ. Virus mengaktifkan sel kekebalan dan menginduksi sekresi sitokin inflamasi dan kemokin ke dalam sel endotel vaskular paru (Jiang et al., 2020).

4. Faktor Risiko / Etiologi COVID-19

Studi sebelumnya di Wuhan, China memaparkan bahwa pria yang lebih tua dengan penyakit penyerta akibat fungsi kekebalan yang lebih lemah adalah yang paling rentan terhadap kejadian COVID-19 (Chen, Zhou & Dong, 2020).

Penelitian lain juga memaparkan beberapa faktor resiko, yaitu: usia yang paling rentan adalah 41-58 tahun, jenis kelamin pria 30 (73%) lebih beresiko dibandingkan wanita 11 (27%), riwayat merokok 3 (7%), pasien dengan komorbid diabetes 32%, hipertensi 15%, penyakit jantung 15%, PPOK 2%, kanker 2% dan penyakit hati kronik 2% (Huang et al., 2020). Virus yang menyebabkan penyakit coronavirus 19 (COVID-19) adalah infeksi virus yang sangat mudah menular dan patogen dan terutama ditularkan melalui kontak dengan tetesan pernapasan daripada melalui udara.

Beberapa penelitian lain yang menginformasikan tentang faktor risiko memaparkan bahwa pasien yang lebih muda tampaknya memiliki prognosis yang lebih baik, dengan sebagian besar anak relatif tidak terpengaruh, dan pasien yang lebih tua memiliki angka kematian setinggi 15% (208 dari 1408) (Verity et al., 2020). Obesitas merupakan prediktor utama lain dari prognosis yang buruk, lebih dari banyak kondisi medis yang didiagnosis lainnya (Petrilli et al., 2020). Sedangkan tekanan darah tinggi, diabetes, penyakit jantung dan penyakit paru-paru juga merupakan prediktor prognosis yang buruk. Namun penyakit jantung lebih beresiko daripada penyakit paru-paru (Yang et al., 2020). Selain itu, merokok menjadi faktor risiko minor dalam beberapa penelitian (Vardavas et al., 2020).

Kehamilan juga merupakan faktor risiko yang cukup tinggi, terutama pada ibu dan janin / bayi baru lahir pada sistem kekebalan tubuh yang kurang. Selain itu, banyak pasien hamil yang asimtomatik dan ditemukan pada pemeriksaan rutin (Sutton et al., 2020). Pemeriksaan patologis yang baru saja dilakukan terhadap 16 plasenta ibu yang positif COVID-19 menunjukkan peningkatan kerusakan pembuluh darah, tetapi tidak ada dari bayi yang dinyatakan positif COVID-19 (Shanes et al., 2020). Namun penelitian lain menginformasikan bahwa 3 dari 33 bayi baru lahir dari ibu yang positif COVID-19 dinyatakan positif COVID-19 (Zeng et al., 2020). Oleh karena itu berdasarkan penelitian tersebut, CDC merekomendasikan untuk mempertimbangkan sebaiknya “mengisolasi sementara” bayi dari ibunya jika ibunya diketahui positif COVID-19 (CDC, 2020).

5. Tanda dan Gejala COVID-19

Seperti virus corona sebelumnya, novel coronavirus menyebabkan penyakit pernapasan, dan gejalanya memengaruhi kesehatan pernapasan. Menurut Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC, 2020), gejala utama pada COVID-19 bisa sangat ringan hingga parah termasuk demam, batuk, nyeri tenggorokan / nyeri menelan, kehilangan indra penciuman / perasa dan sesak napas. Banyak orang tidak menunjukkan gejala, gejala mungkin muncul 2 hingga 14 hari setelah terpapar.

Informasi terkini menunjukkan bahwa virus dapat menyebabkan gejala ringan seperti flu, serta penyakit yang lebih parah. Kebanyakan pasien tampaknya memiliki penyakit ringan, dan sekitar 20% tampaknya berkembang menjadi penyakit yang lebih parah, termasuk pneumonia, gagal napas, dan dalam beberapa kasus bisa sampai pada kematian (Gu, Han, Wang, 2020; Kooraki et al., 2020). Gejala pilek atau flu biasanya muncul dari 2-4 hari setelah infeksi virus corona dan biasanya ringan. Namun, gejalanya bervariasi dari orang ke orang, dan beberapa bentuk virus bisa berakibat fatal.

Studi sebelumnya juga memaparkan ada 6 gejala umum COVID-19 (Unhale et al., 2020). Gejalanya antara lain:

- a. Bersin.
- b. Hidung meler.
- c. Batuk.
- d. Diare berair.
- e. Demam pada kasus yang jarang terjadi.
- f. Sakit Tenggorokan.
- g. Asma yang diperparah.

Sedangkan (Huang et al., 2020) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa di Wuhan pertama kali melaporkan gambaran klinis dari 41 pasien yang dikonfirmasi terinfeksi COVID-19 pada 2 Januari 2020, yang meliputi 13 kasus ICU dan 28 kasus non-ICU. Hampir semua pasien memiliki opasitas kaca dasar paru bilateral pada pencitraan tomografi komputer. Gejala awal termasuk demam (98%), batuk (76%), dispnea (55%), mialgia atau kelelahan (44%), produksi sputum (28%), sakit kepala (8%), hemoptisis (5%), dan diare (3%). Hanya satu pasien yang tidak menunjukkan demam pada stadium awal penyakit.

Studi lain yang sejalan dengan itu juga di Wuhan menyebutkan tanda dan gejala yang paling sering muncul adalah demam (83%), batuk (82%), pernapasan pendek (31%), nyeri tulang (11%), kebingungan (9%), sakit kepala (8%), sakit tenggorokan (5%), nyeri dada (2%), diare (2%), mual muntah (1%) (Chen, Zhou & Dong, 2020). Sedangkan (Jiang et al., 2020) dalam penelitiannya memaparkan bahwa manifestasi klinis utama COVID-19 adalah demam (90% atau lebih), batuk (sekitar 75%), dan dispnea (hingga 50%). Sebagian kecil tetapi signifikan memiliki gejala gastrointestinal.

6. Penularan COVID-19

Menurut hasil penelitian Shereen & Khan (2020), ditemukan bahwa pada umumnya orang dapat tertular penyakit coronavirus 19 (COVID-19) dari orang lain yang terinfeksi. Satu batuk bisa beredar

hingga 3.000 tetesan. Tetesan ini dapat mendarat di orang lain, dan menutupi permukaan di sekitar mereka, namun beberapa partikel yang lebih kecil akan tetap berada di udara.

Virus ini juga ditularkan dalam waktu lama di feses, sehingga siapa pun yang tidak mencuci tangan secara menyeluruh setelah ke toilet, maka dapat mencemari apa pun yang mereka sentuh seperti banyak virus pernapasan, termasuk flu, Covid-19 dapat menyebar melalui kontak dekat dengan tetesan kecil. Dilepaskan dari sekresi saluran pernapasan atas individu yang terinfeksi, (Gray, 2020) misalnya bersin, pilek atau batuk dari hidung dan mulut (Murphy & Bell, 2020). Itulah sebabnya mengapa jauh lebih dari 1 meter (3 kaki) dari orang yang sakit. Virus juga dapat ditularkan melalui kontaminasi permukaan ketika tetesan ini mendarat di objek dan permukaan di sekitar orang tersebut dan orang lain menyentuh benda atau permukaan ini dan selanjutnya menyentuh mata, hidung atau mulut mereka, maka orang-orang ini terkena COVID-19 (WHO, 2020).

Beberapa penelitian lain juga menyimpulkan beberapa cara penularan COVID-19 (WHO, 2020; Van-Doremalen et al., 2020; Guo et al., 2020; Wu et al., 2020), yaitu:

- a. Tetesan aerosol yang dihasilkan melalui batuk, bersin atau pernapasan.
- b. Kontak langsung dengan penderita dan cairan tubuhnya termasuk feses.
- c. Kontak tidak langsung dengan permukaan dan peralatan (virus dapat bertahan di permukaan untuk waktu yang lebih lama: plastik / baja tahan karat: 2-3 hari; karton: 24 jam dan tembaga: 4 jam).
- d. Penularan melalui udara dicurigai tetapi belum dikonfirmasi (virus dapat bertahan hidup dalam partikel droplet di udara hingga 3 jam dan ditemukan hingga jarak 4 meter dari pasien).
- e. Rute penularan feses-oral juga dicurigai (SARS-CoV-2 terdeteksi di tinja tetapi tidak ada laporan tentang penularan feses-oral yang

tersedia sampai saat ini). Virus corona lain telah terbukti bertahan selama berhari-hari pada permukaan yang tidak bersih (de Wit et al., 2016). Selain itu, SARS-CoV-2RNA terdeteksi dalam spesimen tinja pada orang yang memiliki gejala sementara spesimen serum dites negatif (Holshue et al., 2020). Baru-baru ini, SARS-Cov-2 diisolasi dari sampel usap tinja pasien yang dikonfirmasi oleh peneliti Cina, (Huaxia et al., 2020) menunjukkan potensi penularan feses-oral.

Studi telah menunjukkan penularan 2019-nCoV dari orang ke orang yang efektif bahkan dengan adanya upaya isolasi di fasilitas medis (Phan et al., 2020; Chan et al., 2020). Serangkaian kasus sembilan wanita hamil yang terinfeksi tidak mengungkapkan bukti penularan vertikal trimester ketiga setelah operasi caesar (Chen et al., 2020). Penularan dalam kesehatan pengaturan adalah ancaman yang sangat serius. Serangkaian kasus terbaru melaporkan 57 (41%) dari 138 pasien terinfeksi pengaturan rumah sakit, termasuk 40 (29%) staf medis (Wang et al., 2020). Meskipun penelitian lebih lanjut diperlukan, tampaknya orang tanpa gejala juga berpotensi menjadi sumber infeksi 2019-nCoV (Rothe et al., 2020; Hoehl et al., 2020).

Penelitian lain juga menginformasikan bahwa COVID-19 ditularkan terutama dari orang ke orang melalui tetesan pernapasan (Malta, Rimoin & Strathdee, 2020). Kondisi tidak bersih, tempat dengan kepadatan penduduk tinggi, dan ruang tertutup dengan lalu lintas pejalan kaki yang padat (mis., Mal, bandara, dan transportasi umum) meningkatkan risiko penularan berbasis masyarakat dan cepat menyebarkan penyakit ini (Chen et al., 2020). Selanjutnya, cluster infeksi nosokomial telah terjadi di rumah sakit (Wang Wang, Chen & Qin, 2020).

7. Pencegahan COVID-19

COVID-19 merupakan penyakit yang baru ditemukan oleh karena itu pengetahuan terkait pencegahannya masih terbatas. Kunci pencegahan

meliputi pemutusan rantai penularan dengan isolasi, deteksi dini, dan melakukan proteksi dasar (Kemenkes, 2020; WHO, 2020).

Badan Kesehatan Dunia juga merekomendasikan langkah-langkah untuk menjaga kesehatan diri sendiri dan melindungi orang lain, (WHO, 2020; WHO, 2020):

- a. Cuci tangan anda secara teratur dan menyeluruh dengan sabun dan air setidaknya selama 20 detik atau dengan antiseptik berbasis alkohol (pembersih tangan yang mengandung setidaknya 60% alkohol) benar-benar menutupi tangan anda dan menggosokkannya sampai tidak mengering terutama setelah anda mengunjungi tempat umum, atau setelah membuang ingus, bersin atau batuk.
- b. Tangan menyentuh banyak permukaan dan mengambil virus dan tangan yang terkontaminasi ini, dapat mentransfer virus ke hidung, mata atau mulut anda. Jadi, hindari menyentuh organ ini dengan tangan yang tidak dicuci. Karena dari situ virus bisa masuk ke tubuh dan bisa menyebabkan orang sakit.
- c. Pertahankan jarak sosial (pertahankan jarak setidaknya 1 meter atau 3 kaki antara anda dan siapa pun) dan hindari kontak dekat dengan orang yang sakit (yang batuk atau bersin). Ketika orang yang terinfeksi batuk atau bersin, mereka menyemburkan tetesan kecil dari hidung atau mulut mereka yang mungkin mengandung virus COVID-19. Orang tersebut dapat menghirup tetesan ini.
- d. Hindari acara besar dan pertemuan massal ambil langkah-langkah untuk melindungi orang lain.
- e. Tetap di rumah jika anda merasa tidak enak badan, kecuali jika anda akan mendapatkan perawatan medis.
- f. Jika anda mengalami batuk, demam dan kesulitan bernapas, konsultasikan dengan dokter secara online.
- g. Jika anda sakit hindari menggunakan transportasi umum.
- h. Setiap kali anda batuk atau bersin tutup mulut dan hidung anda dengan kertas tisu.

- i. Buang tisu bekas ke tempat sampah dan segera cuci tangan dengan sabun antiseptik dan air.
- j. Jika memungkinkan, tinggallah di ruangan yang terpisah dari keluarga dan hewan peliharaan dan kenakan masker saat anda berada di sekitar orang lain (mis, berbagi kamar atau kendaraan). Jika anda tidak dapat memakai masker wajah (karena penyebabnya sulit bernapas atau alasan lain) maka anda harus menutup mulut saat batuk dan bersin, dan ketika orang yang merawat anda memasuki kamar anda, mereka harus memakai masker.
- k. Tinggallah di rumah selama beberapa waktu dan ikuti petunjuk dokter anda.
- l. Jika anda sakit, hindari berbagi tempat tidur, piring, gelas dan barang-barang rumah tangga lainnya.
- m. Jika memungkinkan, gunakan kamar mandi dan toilet terpisah dari keluarga.
- n. Jika permukaan kotor, bersihkan, dan gunakan deterjen atau sabun antiseptik dan air sebelum digunakan desinfeksi.
- o. Gunakan disinfektan setiap hari pada permukaan yang sering disentuh. Ini termasuk meja, telepon, keyboard, toilet, faucet, meja, gagang pintu, sakelar lampu, countertops, pegangan, dan bak cuci.
- p. Identifikasi dan Pisahkan Kasus yang Dicurigai Sebelum perawatan klinis dimulai, identifikasi kasus potensial segera sedapat mungkin dan mengisolasi orang yang dicurigai secara terpisah dari mereka yang mengonfirmasi kasus virus COVID-19, untuk Mencegah potensi penularan infeksi ke pasien lain dan staf perawatan kesehatan.
- q. Hindari kontak fisik langsung (termasuk pemeriksaan fisik dan pemaparan) ke pernapasan dan sekresi tubuh lainnya. Misalnya, pindahkan orang yang berpotensi menular ke ruang isolasi dan tutup pintunya. Di tempat kerja, buat jarak pekerja, pelanggan, dan

- pengunjung lain, terutama dari lokasi individu yang berpotensi menular.
- r. Jika perlu mengisolasi pasien atau kelompok pasien, apotek harus menetapkan dan menyiapkan ruang yang sesuai.
 - s. Sebagian besar pasien datang ke Apotek komunitas kemungkinan tidak terjangkit COVID-19. Jika mereka mengalami gejala batuk, pilek atau mirip flu tetapi tidak relevan dengan COVID-19, riwayat perjalanan atau kontak, apotek harus melanjutkan sejalan dengan praktik terbaik dan manajemen rutin risiko infeksi silang kepada staf dan pasien lain.
 - t. Batasi jumlah orang yang memasuki area isolasi, termasuk kamar pasien yang dicurigai dan dikonfirmasi COVID-19.
 - u. Untuk praktik kerja yang aman, lindungi pekerja dari kontak dekat dengan orang yang terinfeksi dengan menggunakan kontrol teknis dan administratif tambahan. Beberapa upaya untuk mengembangkan vaksin sedang dilakukan, tetapi WHO memperkirakan akan memakan waktu 18 bulan untuk vaksin COVID-19 tersedia (Huaxia, 2020). Informasi terbaru dari beberapa penelitian mengenai salah satu upaya yang sedang dikembangkan untuk mencegah transmisi dan memperkuat imunitas adalah dengan pembuatan vaksin (Shang et al., 2020) Saat ini, sedang berlangsung 2 uji klinis fase I vaksin COVID-19. Studi pertama dari National Institute of Health (NIH) menggunakan mRNA-1273 dengan dosis 25, 100, dan 250 μ g (NLM, 2020). Studi kedua berasal dari China menggunakan adenovirus type 5 vector dengan dosis ringan, sedang dan tinggi (NLM, 2020).

C. Tinjauan Pustaka tentang Stigma

1. Definisi Stigma

Stigma pertama kali dipersepsikan oleh Goffman (1963) yaitu suatu tanda atau ciri yang berasal dari manusia untuk diberikan kepada seseorang yang menandakan bahwa orang tersebut memiliki sesuatu yang

buruk dengan orang normal pada umumnya. Dalam definisi lain, stigma merupakan sesuatu yang diberikan secara sosial yang keduanya menandakan pengakuan perbedaan dan merendahkan nilai orang tersebut (Major et al., 2005). Stigma secara psikologis juga berisi tentang informasi negatif sehingga membuat orang percaya hal itu menjadi kebenaran. Hal ini berhubungan dengan kurangnya potensi masyarakat dalam mengelola dan memahami informasi terkait sebab data yang tidak seimbang beredar di masyarakat tanpa mencari tahu informasi yang sebenarnya (Khasanah, 2021).

Beberapa studi mendefinisikan stigma sebagai determinan sosial utama dari kesehatan yang mendorong morbiditas, mortalitas, dan disparitas kesehatan dan telah dijelaskan oleh Organisasi Kesehatan Dunia sebagai beban penyakit tersembunyi (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013; WHO, 2001). Stigma dicirikan oleh kognitif, emosional, dan komponen perilaku dan dapat tercermin baik dalam sikap, sering dikonseptualisasikan sebagai stigma yang dirasakan, diantisipasi, atau diinternalisasi, dan pengalaman, termasuk stigma yang diberlakukan atau dialami yang mempengaruhi sifat tertentu, di antara individu (Earnshaw et al., 2014). Stigma yang dirasakan mengacu pada pemahaman seseorang tentang bagaimana orang lain dapat bertindak terhadap, dan berpikir atau merasakan, seseorang dengan sifat atau identitas tertentu (Zelaya et al., 2012). Stigma yang diantisipasi mengacu pada ekspektasi pengalaman stigma yang terjadi di masa depan (Earnshaw et al., 2013). Stigma internal mengacu pada proses tingkat kesadaran individu, penerimaan, dan penerapan stigma (untuk diri sendiri) [Munoz et al., 2011; Sheehan et al., 2017; Philips et al., 2011).

2. Bentuk Stigma

Menurut model sosial-kognitif, bentuk stigma terbentuk dari 3 komponen, yaitu: stereotip, prasangka, dan diskriminasi. Stereotip adalah sikap masyarakat, prasangka adalah reaksi emosional yang dihasilkan dari kesepakatan dengan sikap publik dan diskriminasi adalah perilaku

yang dihasilkan dari stereotip dan prasangka (Sheehan et al., 2016). Studi lain juga menjelaskan bahwa ada beberapa bentuk stigma dalam masyarakat diantaranya yaitu labelling, stereotip, separation, dan diskriminasi.

Goffman (1963) menguraikan komponen-komponen dari stigma sebagai berikut :

- a. Labelling adalah atribusi dalam memberikan label atau penamaan berdasarkan perbedaan-perbedaan yang dimiliki anggota masyarakat tersebut. Sebagian besar perbedaan individu tidak dianggap relevan secara sosial, namun beberapa perbedaan yang diberikan dapat menonjol secara sosial. Labelling cenderung diberikan pada orang yang memiliki penyimpangan perilaku yang tidak sesuai dengan norma di masyarakat. Seseorang yang diberi label akan mengalami perubahan peranan dan cenderung akan berlaku seperti label yang diberikan kepadanya.
- b. Stereotip merupakan sikap generalisasi tentang kelompok orang yang sangat menyederhanakan realitas.
- c. Separation adalah pemisahan “kita” (sebagai pihak yang tidak memilikistigmaataupemberistigma)dengan“mereka”(kelompok yang mendapatka stigma). Hubungan label dengan atribut negatif akan menjadi suatu pembenaran ketika individu yang dilabel percaya bahwa dirinya memang berbeda sehingga hal tersebut dapat dikatakan bahwa proses pemberian stereotip berhasil.
- d. Diskriminasi yaitu perilaku merendahkan orang lain dengan sengaja menunjukkan kondisi ireversibel untuk memperoleh sikap yang lebih negatif dari orang lain untuk kepentingan tertentu dalam bentuk tindakan.

Bentuk stigma yang diakibatkan oleh COVID-19 salah satunya adalah perlakuan diskriminatif. Perlakuan diskriminatif ini terjadi pada penderita maupun orang yang kontak dengan si penderita. Stigma yang dialami atau diberlakukan mengacu pada tindakan atau perilaku

diskriminatif (Catona et al., 2016). Individu yang mengalami stigma pada mulanya mendapatkan perlakuan yang negatif dari lingkungan. Kemudian berlanjut pada diskriminasi (Major & O'Brien, 2004).

Pelabelan serta stereotip juga merupakan bentuk dari stigma, hal ini dapat dialami oleh penderita COVID-19 (Bhat et al., 2020). Stereotip ini tidak hanya diberikan pada penderita namun juga dialami oleh tenaga kesehatan karena dianggap berpotensi menjadi pembawa virus. Stigma tersebut memicu perlakuan yang kurang pantas berupa pengusiran tenaga kesehatan dari lingkungan tempat tinggalnya sehingga ia terpaksa harus tinggal di rumah sakit. Bentuk lain stigma berupa pengusiran juga terjadi pada penderita COVID-19 yang telah meninggal, dilaporkan beberapa daerah di Indonesia memprotes dan menolak penguburan mayat di lingkungannya jika mayat tersebut terkonfirmasi atau terduga menderita COVID-19, meski penguburan telah dilakukan sesuai protokol dan standar keamanan WHO (Dwinantoaji & Sumarni, 2020).

Stigma dapat terjadi ketika individu mengidentifikasi terlebih dahulu perbedaan dan kemudian memberi label perbedaan antara diri mereka sendiri dan yang distigmatisasi kelompok. Ketika seseorang diidentifikasi sebagai anggota, atau potensial anggota, dari kelompok yang distigmatisasi, stereotip yang terkait dengan kelompok itu diaktifkan, dan orang tersebut diberi label sebagai anggota kelompok. Stigma terjadi saat budaya lingkungan menentukan label itu sebagai negatif dan bila ada perbedaan di antaranya yang terstigmatisasi dan yang menstigmatisasi (Sheehan et al., 2016).

3. Penyebab Stigma

Secara umum, Goffmann (1963) mengklasifikasikan beberapa penyebab stigma adalah: ketakutan, kondisi yang dianggap tidak menarik, kegelisahan, asosiasi/symbolik atau suatu keadaan berada dalam situasi tertentu yang dapat menyebabkan stigma, kebijakan atau undang-undang dan kurangnya kerahasiaan.

Sedangkan stigma terkait wabah penyakit menular sebagian besar didasarkan pada ketakutan masyarakat. Salah satu faktor penyebab terjadinya stigma pada COVID-19 ialah termasuk jenis virus yang menyebabkan penyakit baru sehingga karakteristiknya belum banyak diketahui (Bhat et al., 2020). Karakteristik yang belum banyak diketahui ini berpotensi mengakibatkan kecemasan dan kekhawatiran masyarakat terutama pada penderita karena takut tertular. Tingkat pengetahuan juga turut menjadi faktor yang menyebabkan stigma pada COVID-19 (Bhat et al., 2020; Sulistiadi et al., 2020). Pengetahuan merupakan faktor yang penting karena dapat mempengaruhi persepsi seseorang yang mengakibatkan bagaimana sikap dan tindakan yang akan dilakukan oleh individu tersebut. Semenjak menjadi pandemi global, berita maupun diskusi terkait COVID-19 mulai sering dibahas dan menjadi trend pada media sosial. Penyebaran informasi dapat menjadi faktor yang menyebabkan terjadinya stigma pada penderita COVID-19 (Bhat et al., 2020; Dwinantoaji & Sumarni, 2020). Sejumlah berita yang tidak terkendali dapat meningkatkan risiko penyebaran berita palsu atau hoax yang lebih cepat daripada virus itu sendiri (Muhidin, Vizheh & Monghadam, 2020). Penyebaran informasi yang disertai bukti ilmiah dapat menghindari rumor ataupun mitos yang salah pada masyarakat terutama pada daerah yang terkena dampak, individu dan populasi yang rentan terhadap COVID-19 (Dwinantoaji & Sumarni, 2020).

4. Sumber Stigma

Parker & Aggleton dalam Butt (2010) mengidentifikasi 4 sumber utama stigma yang biasanya terjadi, yaitu:

a. Diri Sendiri

Merupakan mekanisme internal yang dibuat diri sendiri, yang kita sebut stigmatisasi diri

b. Masyarakat

Merupakan gosip, pelarangan dan pengasingan di tingkat budaya dan masyarakat

c. Lembaga

Merupakan perlakuan preferensial atau diskriminasi dalam lembaga-lembaga

d. Struktur

Merupakan lembaga-lembaga yang lebih luas seperti kemiskinan, rasisme, serta kolonialisme yang terus menerus mendiskriminasi kelompok tertentu.

5. Dampak Stigma

Secara umum, stigma berdampak buruk pada individu, keluarga, masyarakat juga pada kebijakan pemerintah. Stigmatisasi memiliki dampak negatif pada orang dengan risiko bahkan juga pada orang yang tidak berisiko (Muhidin, Vizheh & Monghadam, 2020).

Terkait pandemi COVID-19, stigmatisasi berpotensi menciptakan motivator negatif bagi masyarakat. Banyak Negara telah menunjukkan stigma terkait COVID-19 menimbulkan hambatan untuk pelacakan kontak, pengujian dan pengobatan. Hal ini dapat menyebabkan kurangnya pelaporan kasus COVID-19 dan berkontribusi pada peningkatan angka kematian (Peprah & Gyazih, 2020).

Stigma juga berdampak buruk pada hasil kesehatan individu serta 'peluang hidup' terkait, termasuk peluang pendidikan, pekerjaan, perumahan, dan hubungan sosial (Hatzenbuehler, Phelan & Link, 2013). Ini juga telah terbukti berdampak negatif pada perilaku mencari pertolongan dan pengobatan, menghambat kemampuan badan kesehatan masyarakat untuk merawat dan mencegah kondisi kesehatan yang terstigma (Weiss, 2008).

Tenaga kesehatan dan relawan yang mendapat stigmatisasi akan mengalami stress, merasa mendapat beban yang lebih berat dalam melaksanakan tugasnya, serta merasakan tingkat kelelahan yang lebih tinggi sehingga berpotensi menyebabkan berkurangnya upaya dalam memerangi wabah (Muhidin, Vizheh & Monghadam, 2020; Peprah & Gyazih, 2020).

Stigma dapat pula menimbulkan kerugian ekonomi yang signifikan ketika banyak orang mulai menghindari kelompok berisiko atau wilayah yang berkaitan dengan pandemi, karena kegiatan ekonomi yang terhambat (Pepurah & Gyazih, 2020).

6. Stigma terhadap tenaga kesehatan

Petugas kesehatan yang berada pada garis depan yang terlibat langsung dalam diagnosis, pengobatan, dan perawatan pasien dengan COVID-19 berisiko mengalami stigma (Faris & Arifianto, 2020; Bagcchi, 2020). Stigma terkait COVID-19 merupakan ancaman serius bagi kehidupan petugas kesehatan, pasien dan penyintas penyakit tersebut (Bagcchi, 2020).

Organisasi Kesehatan Dunia telah memperingatkan bahwa stigma dapat terjadi ketika orang secara negatif mengasosiasikan penyakit menular seperti Covid-19 dengan populasi tertentu. Beberapa orang di cap, distereotipkan, dipisahkan dan seringkali mengalami kehilangan status dan didiskriminasi karena afiliasi negatif dengan penyakit tersebut (Poundel, 2020).

Insiden stigmatisasi petugas kesehatan, pasien COVID-19, dan penyintas telah muncul selama pandemi ini di seluruh dunia. Beberapa negara menginformasikan ada banyak petugas kesehatan yang distigmatisasi secara negatif dalam kasus COVID-19. Mereka kehilangan hak untuk hidup normal di era pandemi ini (Bagcchi, 2020; Faris & Arifianto, 2020). Misalnya, di Meksiko, dokter dan perawat ditemukan menggunakan sepeda, karena mereka dilaporkan tidak diberi akses ke transportasi umum dan menjadi sasaran serangan fisik. Demikian pula, di Malawi, petugas kesehatan dilaporkan dilarang menggunakan transportasi umum, dihina di jalan, dan diusir dari apartemen sewaan. Di India, laporan media mengungkapkan bahwa dokter dan staf medis yang menangani pasien COVID-19 menghadapi pengucilan sosial yang substansial, mereka diminta mengosongkan rumah kontrakan, bahkan diserang saat menjalankan tugasnya (Bagcchi, 2020). Dalam

penelitiannya, Poundel (2020) juga menginformasikan garis depan yang bekerja di rumah sakit dan laboratorium telah didiskriminasi dan menghadapi kesulitan dalam menemukan makanan dan tempat penampungan. Selain itu, tetangga dan orang-orang di komunitas telah menunjukkan ketidaksenangan dengan membiarkan petugas kesehatan garis depan tinggal di rumah meskipun pada kenyataannya petugas kesehatan bekerja dengan mengikuti semua tindakan pencegahan yang diperlukan. (Tandon, 2020).

Penelitian di Indonesia yang juga menginformasikan tentang stigma publik yang terkait dengan berbagai kelompok mempengaruhi petugas kesehatan dan staf pendukung lainnya yang merawat pasien COVID-19, pasien dan keluarganya, paparan media massa, dan pemahaman tentang pasien COVID-19 (Sulistiadi, Rahayu & Harmani, 2020).

Stigmatisasi dapat terjadi karena orang-orang tidak memiliki gambaran yang jelas tentang cara penularan virus. Sebagian orang percaya bahwa petugas kesehatan yang bekerja di rumah sakit berpotensi menjadi sumber penularan. Keyakinan tak berdasar ini meluas ke pengemudi ambulans, anggota keluarga pasien COVID-19, dan juga pasien yang keluar dari rumah sakit setelah sembuh (Bagcchi, 2020).

Untuk mengatasi stigma sosial yang berasal dari COVID-19, WHO berbicara tentang menciptakan lingkungan di mana diskusi terbuka antara orang-orang dan petugas kesehatan dimungkinkan. Bagaimana berkomunikasi tentang COVID-19 sangat penting dalam mendukung orang-orang untuk mengambil tindakan efektif untuk membantu memerangi penyakit dan untuk menghindari memicu ketakutan dan stigma,” kata WHO, dalam sebuah pernyataan (Bagcchi, 2020).

D. Tinjauan Pustaka tentang Penelitian Kualitatif

Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang bertujuan untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lainnya secara holistik

dengan cara mendeskripsikan pengalaman yang dirasakan dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah (Meleong, 2017).

Dalam pelaksanaannya, penelitian kualitatif memiliki beberapa manfaat, yaitu:

1. Digunakan oleh peneliti yang bermaksud untuk meneliti sesuatu secara mendalam.
2. Digunakan untuk penelitian awal dimana subjek penelitian tidak didefinisikan dengan baik dan kurang dipahami.
3. Pada upaya pemahaman penelitian perilaku dan penelitian motivasional.
4. Untuk penelitian konsultatif.
5. Memahami isu-isu rumit suatu proses.
6. Untuk keperluan evaluasi.
7. Untuk memahami isu-isu yang sensitif.
8. Untuk meneliti latar belakang fenomena yang tidak dapat diteliti melalui pendekatan kuantitatif.
9. Dimanfaatkan oleh peneliti yang ingin meneliti sesuatu dari segi prosesnya (Meleong, 2017).

Penelitian kualitatif memiliki berbagai pendekatan dalam menjawab pertanyaan penelitiannya, antara lain: fenomenologi, *grounded theory*, etnografi, studi kasus dan naratif.

1. Grounded Theory

Grounded theory atau studi teorisasi dasar adalah metode pendekatan kualitatif yang digunakan untuk menemukan dimensi-dimensi baru yang berasal dari proses sosial dari berbagai fenomena kehidupan manusia. Metode ini dikembangkan untuk tujuan mempelajari fenomena sosial kehidupan manusia yang berasal dari perspektif interaksi simbolis (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

2. Etnografi

Etnografi merupakan rancangan studi yang bertujuan untuk memberi grafik dan pola-pola yang menggambarkan secara holistik tentang apa

saja yang dilakukan sekelompok individu dan apa saja yang mereka percaya melalui observasi langsung para peneliti (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Metode etnografi mengharuskan peneliti menyatu ke dalam aktivitas sekelompok orang, organisasi, atau komunitas dalam jangka waktu tertentu. Selain mengacu pada proses penelitian, pendekatan etnografi juga mengacu pada dokumen-dokumen tertulis dari hasil penelitian yang dihasilkan sebelumnya (Streubert & Carpenter, 2011).

3. Studi Kasus

Jenis pendekatan studi kasus tergantung dari tujuan dan maksud peneliti mempelajari kasus-kasus tersebut. Secara umum, studi kasus terbagi ke dalam tiga jenis, yaitu studi kasus tunggal instrumental, studi kasus multipel dan studi kasus intrinsik (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Studi kasus menggunakan teknik sampling purposif untuk pengambilan datanya. Kasus yang diteliti kemudian diseleksi berdasarkan karakteristik inklusi yang sudah ditetapkan oleh peneliti (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

4. Naratif

Prosedur pendekatan ini menfokuskan pada studi terhadap satu atau dua individu, menggabungkan data dengan mengumpulkan kisah mereka, melaporkan pengalaman individu, dan secara kronologis membuat urutan makna pengalaman tersebut (Creswell, 2013).

Pendekatan naratif termasuk dalam kelompok pendekatan penelitian kualitatif yang menggunakan cerita untuk menggambarkan tindakan manusia. Dalam pendekatan naratif, narasi mengacu pada bentuk wacana tempat peristiwa dan kejadian yang dikonfigurasi menjadi suatu kesatuan yang bersifat sementara dengan cara membuat plot. Melalui proses membuat plot itu, elemen data (frase atau kalimat) dipahami dari perspektif kontribusi dan pengaruhnya pada hasil tertentu (Kelly & Howie, 2007).

5. Fenomenologi

Penelitian fenomenologi berusaha untuk memahami respon seluruh manusia terhadap suatu hal atau sejumlah situasi (Polit & Beck, 2012). Tujuan dari studi fenomenologi tersebut adalah mendeskripsikan, menginterpretasikan, dan menganalisis data secara mendalam, lengkap, dan terstruktur untuk memperoleh intisari (*essence*) pengalaman hidup individu membentuk kesatuan makna atau arti dari pengalaman hidup tersebut (Afiyanti & Rachmawati, 2014).

Dalam studi fenomenologi, jumlah partisipan yang terlibat tidaklah banyak. Jumlah partisipan dari penelitian ini adalah 10 orang atau lebih sedikit. Partisipan yang terlibat dalam penelitian akan dipilih dengan menggunakan teknik purposive sampling. Dalam hal ini, partisipan harus memenuhi kriteria-kriteria yang telah ditentukan oleh peneliti (Polit & Beck, 2012).

Hasil penelitian dalam studi fenomenologi diperoleh melalui proses analisis data. Fenomenologist dalam proses analisis data yang terkenal adalah Colaizzi, Giorgi dan Van Kaam. Ketiga tokoh tersebut berpedoman pada filosofi Husserl yang mana fokus utamanya adalah mengetahui gambaran sebuah fenomena (Polit & Beck, 2012).

Colaizzi (1978, dalam Polit & Beck, 2012) menyatakan bahwa ada tujuh langkah yang harus dilalui untuk menganalisa data. Proses analisa tersebut meliputi:

- a. Membaca semua transkrip wawancara untuk mendapatkan perasaan mereka.
- b. Meninjau setiap transkrip dan menarik pernyataan yang signifikan.
- c. Menguraikan arti dari setiap pernyataan yang signifikan.
- d. Mengelompokkan makna-makna tersebut kedalam kelompok-kelompok tema.
- e. Mengintegrasikan hasil kedalam bentuk deskripsi.

- f. Memformulasikan deskripsi lengkap dari fenomena yang diteliti sebagai identifikasi pernyataan setegas mungkin.
- g. Memvalidasi apa yang telah ditemukan kepada partisipan sebagai tahap validasi akhir.

Kerangka Teori

