

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kusta atau *leprosy* merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium leprae*. Penyakit tersebut dapat berdampak serius pada kesehatan individu karena menyerang kulit, saraf tepi, dan organ-organ tubuh lainnya hingga menyebabkan luka dan kerusakan jaringan yang dapat berujung pada kecacatan permanen (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Pada konteks global, kusta adalah penyakit tropis terabaikan yang masih terjadi pada 120 negara, dengan lebih dari 200.000 kasus baru dilaporkan setiap tahun. Pada tahun 2021, diperoleh laporan kasus kusta sebanyak 140.552 kasus dengan rincian penderita kusta terbanyak di India dengan total 75.394 kasus, Brazil berada di urutan kedua dengan total 18.318 kasus, dan Indonesia menempati urutan ketiga dengan total 10.976 kasus (World Health Organization [WHO], 2021). Lebih spesifik, di Indonesia, prevalensi kusta pada tahun 2022 adalah sebesar 0,54 kasus per 10.000 penduduk dan angka penemuan kasus baru sebesar 4,6 kasus per 100.000 penduduk (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Meski kusta bisa diobati dengan bentuk penanganan tertentu, kecacatan permanen menjadi permasalahan utama, khususnya bagi individu yang telah menyelesaikan masa pengobatan atau disebut sebagai Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK). Stigma dan diskriminasi terhadap OYPMK masih menjadi tantangan besar. OYPMK mengalami isolasi sosial dan penolakan karena penyakit tersebut sering disalahartikan sebagai penyakit kutukan atau dianggap sangat menular. Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian oleh Verayanti (2016) yang menyatakan bahwa terdapat penolakan dan perkataan menyinggung yang dialami oleh OYPMK hanya karena bentuk tubuh yang kurang sempurna, sehingga timbul perasaan malu untuk berinteraksi dengan individu lain, ditambah dengan stigma masyarakat yang menganggap bahwa kusta adalah penyakit yang harus dijauhi karena bisa menular dan merupakan penyakit kutukan.

Pada hasil penelitian yang lain, OYPMK mengalami kesulitan dalam bersosialisasi di masyarakat karena adanya penolakan dan diskriminasi (Jufriyanto dkk., 2020). Penolakan yang dialami lebih lanjut berdampak pada partisipasi sosial individu dalam masyarakat, khususnya dalam aspek pemenuhan kebutuhan hidup melalui pekerjaan. Cacat fisik yang dialami oleh OYPMK merupakan penyebab utama stigma dan hal tersebut menyebabkan gangguan fungsional, seperti tidak memiliki pekerjaan tetap serta penurunan partisipasi sosial (Sillo dkk., 2016). Hal tersebut ditambah dengan adanya persyaratan yang sangat tinggi yang dibuat oleh perusahaan bagi penyandang disabilitas seperti penderita kusta, yakni syarat pendidikan (Widjaja dkk., 2020). Padahal, berdasarkan Pasal 67 ayat (1) Undang-Undang No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan (Indonesia) menyatakan

bahwa pengusaha yang mempekerjakan tenaga kerja penyandang cacat wajib memberikan perlindungan sesuai dengan jenis kecacatannya.

Beberapa temuan yang telah dikemukakan sebelumnya menandakan bahwa OYPMK masih menanggung berbagai persoalan, terutama dalam interaksi sosial dengan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan sebagaimana manusia pada umumnya. Padahal, aspek sosial memiliki peranan penting dan menjadi bagian dari kondisi kesehatan individu seutuhnya. Hal tersebut sejalan dengan definisi kesehatan dari WHO, yakni keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (World Health Organization [WHO], 1995). Berdasarkan hal tersebut, dapat diketahui bahwa kesejahteraan sosial atau *social well-being* juga memegang peranan penting terhadap kondisi kesehatan individu seutuhnya, termasuk pada OYPMK.

Social well-being merupakan evaluasi subjektif dari keadaan kehidupan pribadi dan fungsi dalam masyarakat serta pengembangan dan pemeliharaan interaksi positif dengan orang lain. *Social well-being* melambangkan kriteria publik dan kemasyarakatan yang digunakan individu untuk mengevaluasi fungsi dalam kehidupan. Aspek-aspek dari *social well-being* terdiri dari *social integration*, *social acceptance*, *social contribution*, *social actualization*, dan *social coherence* (Bornstein dkk., 2003).

Aspek *social integration* merupakan evaluasi kualitas hubungan individu dengan masyarakat dan berkaitan dengan adanya rasa kesamaan dengan individu lain yang membentuk realitas sosial dan perasaan menjadi bagian dari suatu komunitas atau masyarakat. Aspek kedua, yakni *social acceptance* merupakan konstruksi masyarakat melalui karakter dan kualitas individu lain sebagai kategori yang digeneralisasikan dan berkaitan dengan anggapan bahwa individu lain memiliki sikap lembut dan yakin bahwa individu lain dapat dipercaya. Pada aspek ketiga yakni *social contribution* merupakan evaluasi nilai sosial individu yang mencakup keyakinan bahwa individu adalah anggota masyarakat yang penting dan memiliki sesuatu yang bernilai untuk diberikan kepada dunia dan berkaitan dengan adanya perasaan bahwa segala hal yang dilakukan individu akan dihargai oleh masyarakat dan memiliki kontribusi terhadap kesejahteraan bersama. Aspek keempat *social actualization* merupakan evaluasi individu tentang cara masyarakat berkembang, berevolusi, dan potensinya yang menyiratkan kepercayaan bahwa pertumbuhan sosial memiliki manfaat. Aspek terakhir, yakni *social coherence* adalah persepsi individu tentang kualitas, organisasi, cara kerja dunia sosial, dan mencakup kepedulian untuk mengetahui tentang dunia. Individu yang lebih sehat tidak hanya peduli terhadap dunia yang ditinggali, namun juga memahami hal yang terjadi di sekitar (Keyes, dalam Bornstein dkk., 2003).

Dimensi *social well-being* merupakan salah satu dimensi penting untuk dicapai oleh individu, khususnya bagi penderita penyakit kronis yang menular seperti kusta. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian oleh Holt-Lunstad dkk. (2017) yang menyatakan bahwa hubungan sosial yang kuat memberikan pengaruh positif bagi kesehatan dan individu yang tidak memiliki koneksi sosial (baik isolasi sosial objektif maupun subjektif) berisiko mengalami kematian dini. Selain itu, Rico-Uribe dkk.

(2016) mengemukakan bahwa kesepian merupakan prediktor signifikan terhadap buruknya kesehatan. Saadeh dkk. (2020) menjelaskan bahwa tingkat kesejahteraan psikologis dan sosial yang tinggi dapat memperlambat penurunan fungsi fisik yang berkaitan dengan usia.

Melihat urgensi untuk mencapai dimensi *social well-being*, OYPMK justru mengalami berbagai permasalahan akibat penyakit yang dialami. Stigma dan prasangka dialami oleh sebagian besar OYPMK, berujung pada depresi dan sedih, serta adanya masalah di tempat kerja setelah didiagnosis. Bahkan, OYPMK menilai kualitas hidupnya berada di rentang buruk dan sangat buruk. Penyakit kusta menyebabkan penderitaan pada OYPMK di luar rasa sakit dan ketidaknyamanan, sehingga hal tersebut sangat memengaruhi partisipasi sosial (Garbin, dkk., 2015)

Pada temuan penelitian yang lain, OYPMK memiliki stigma terhadap dirinya sendiri karena kusta, seperti badan yang telah rusak dan menakutkan bagi orang lain, meskipun diskriminasi nyata sudah jarang ditemui saat ini. Konsekuensi stigma dan diskriminasi bagi OYPMK diantaranya adalah emosi negatif seperti sedih, cemas berinteraksi dengan orang luar, takut dijauhi, dan tidak percaya diri. Stigma pada mantan penderita kusta masih kuat dan perlu diluruskan agar mereka dapat menjalani hidup yang lebih baik (Yudanagara, 2020).

Lebih lanjut, OYPMK mengalami kekhawatiran, ketidakpercayaan dan penolakan untuk menerima diagnosis dan berujung pada perasaan merasa dan takut akan adanya prasangka. Hidup dengan penyakit kusta menyebabkan perubahan penting, seperti ketidakmampuan untuk pergi keluar, berolahraga, atau melakukan aktivitas waktu luang, tetapi pemulihan yang dihasilkan dari pengobatan serta kebutuhan untuk merawat anggota keluarga yang bergantung pada perawatan memotivasi OYPMK untuk bisa pulih sepenuhnya (Pelizzari dkk., 2016),

Pada temuan penelitian terdahulu, OYPMK menghindari pertemuan sosial, menghadapi diskriminasi sosial karena disabilitas dan komplikasi yang terlihat. OYPMK juga menghadapi stigma sosial dan diskriminasi diri, hidup dengan ketakutan bahwa pasangan mereka akan menceraikan mereka karena adanya penyakit. tidak ingin menikah karena penyakit yang dialami, takut menularkan penyakit kepada individu lain, dan menghindari pertemuan sosial meskipun rekan dekat mereka tidak menunjukkan diskriminasi. Temuan penelitian menunjukkan bahwa OYPMK merasa malu ketika ditanya tentang penyakitnya di keluarga dan pertemuan sosial, sehingga membatasi diri untuk menghadirinya. OYPMK membutuhkan bantuan karena aktivitas terbatas sebagai akibat dari kelainan bentuk tubuhnya, dan hal tersebut berdampak pada pekerjaan sehari-hari. (Anjum, dkk., 2017),

Adapun, pada temuan yang lain, OYPMK mengalami beberapa dampak psikososial. Reaksi akan penyakit kusta berdampak buruk pada kehidupan penderita yang terkena dampaknya. OYPMK melaporkan ketidaknyamanan fisik, tekanan, kecemasan, stigma, dan kesulitan keuangan serta dampak negatif aspek bidang fisik, psikologis, dan sosial yang saling berkaitan. Temuan ini memberikan informasi penting tentang perlunya deteksi dini dan komitmen berkelanjutan untuk perawatan lanjutan bagi orang-orang dengan riwayat reaksi kusta (Putri, dkk., 2022).

Selain itu, penolakan dan pengucilan yang dialami berdampak pada kondisi kesehatan OYPMK, seperti adanya penyakit mental, rasa takut, *self-esteem* rendah (Cunha, dkk., 2015), kecemasan, kesepian, depresi, malu (Dadun, dkk., 2016; Hiletework, 2016), dan beberapa gangguan abnormal lainnya (Mahendra, dkk., 2016; Reis, dkk., 2014). Beberapa hasil penelitian yang dicantumkan menunjukkan bahwa OYPMK masih menerima berbagai anggapan negatif dari lingkungan sosial dan berujung pada berkurangnya kontribusi sosial serta permasalahan psikologis pada penderita.

Namun, terdapat perbedaan temuan penelitian yang menunjukkan bahwa OYPMK yang mengalami cacat permanen justru memiliki peran diri yang baik dan menunjukkan kemampuan dalam menjalankan peran, baik di lingkungan keluarga maupun kehidupan bermasyarakat (Sutrisno, 2014). Selain itu, sebagian besar penderita kusta memiliki harga diri tinggi dan peran diri yang tidak berubah, baik sebelum ataupun setelah didiagnosis (Mahanani & Idris, 2020). Hasil penelitian yang dicantumkan menunjukkan bahwa OYPMK tetap memiliki keinginan untuk berkontribusi sesuai peran yang dimiliki dalam masyarakat, terlepas dari kondisi penyakit yang dialami.

Lebih lanjut, kondisi yang terjadi pada OYPMK terkait keberfungsian dalam masyarakat didukung oleh hasil studi awal pada subjek Y yang menyatakan:

“Waktu saya mengalami kusta saya mengucilkan diri sendiri karena merasa malu dan takut ketahuan oleh orang lain. Ketika saya mengetahui bahwa saya mengalami penyakit kusta, saya merasa kehidupan saya kiamat yang membuat saya mengalami depresi, berhenti kuliah dan sempat berniat bunuh diri karena tidak bisa menerima kenyataan bahwa saya mengalami penyakit kusta. Saya mengalami depresi karena sangat takut diketahui oleh orang karena saya beranggapan ketika orang lain mengetahui penyakit saya, saya akan mendapatkan diskriminasi seperti tidak bisa bekerja, tidak bisa menikah, orang lain akan menjauhi saya, saya akan diasingkan di rumah kecil dan lain sebagainya). Saya tidak mau bergaul dengan keluarga ataupun teman, karena saya berfikir penyakit saya bisa menular ke orang lain, tetapi untuk saat ini saya sudah aktif berpartisipasi berkat dukungan dari teman sebaya. Masyarakat tetap berinteraksi, karena masyarakat di lingkungan tempat tinggal saya tidak ada yang mengetahui bahwa saya pernah mengalami kusta. Namun berdasarkan pengamat saya di lapangan orang yang pernah mengalami kusta yang mengalami disabilitas (cacat akibat kusta) cenderung mendapat stigma dan diskriminasi dimasyarakat dibandingkan dengan orang yang pernah mengalami kusta yang tidak mengalami disabilitas”.

Berdasarkan pernyataan tersebut, dapat diketahui bahwa kondisi kusta yang dialami Subjek Y menyebabkan dirinya mengalami perasaan rendah diri dan sempat tidak menerima kondisinya. Namun, terdapat dukungan sosial dari petugas kesehatan di Puskesmas tempat berobatnya yang disertai dengan pembinaan pengobatan hingga subjek Y dinyatakan *Release From Treatment* (RFT). Terlepas dari kondisi fisik berupa bercak putih pada kulitnya, subjek Y mampu mengatasi

perasaan negatif yang dialami sebelumnya dan mampu memunculkan kembali rasa percaya diri, sehingga bisa beradaptasi dan berpartisipasi secara sosial, yang ditandai dalam bentuk penyelesaian masa studi.

Berdasarkan berbagai temuan yang telah dikemukakan sebelumnya, terdapat urgensi untuk mengkaji lebih dalam tentang kondisi *social well-being* pada OYPMK. Penelitian ini akan berfokus untuk mengeksplorasi dinamika *social well-being* pada OYPMK. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk meninjau lebih lanjut dinamika *social well-being* pada OYPMK dan melihat keberfungsian sosial dari OYPMK, di tengah kondisi kekurangan fisik yang dialami.

1.1.1. Tinjauan Pustaka

1.1.1.1. Social Well-Being

1.1.1.1.1. Definisi

Well-being didefinisikan sebagai keadaan bahagia dan puas, dengan tingkat kesusahan yang rendah, kesehatan, pandangan fisik, dan mental yang baik secara keseluruhan, atau kualitas hidup yang baik (American Psychological Association [APA], 2015). *Well-being* merupakan keadaan individu yang memiliki potensi diri, dapat mengatasi tekanan hidup yang normal, dapat bekerja secara produktif dan bermanfaat, serta mampu membuat kontribusi kepada komunitasnya (WHO, 2004). *Well-being* adalah keberfungsian hidup dalam fungsi fisik, kognitif, dan sosial-emosional yang menghasilkan aktivitas produktif, memenuhi hubungan sosial, dan kemampuan untuk mengatasi masalah psikososial serta lingkungan yang moderat (Bornstein dkk., 2003). Berdasarkan beberapa definisi yang telah dicantumkan, dapat disimpulkan bahwa *well-being* merupakan keadaan individu yang merasa puas, menyadari potensi diri, dapat bekerja secara produktif dan bermanfaat, dan dapat berkontribusi terhadap masyarakat. Salah satu dimensi yang membentuk keadaan *well-being* individu secara utuh adalah dimensi *social well-being*.

Social well-being didefinisikan sebagai penilaian individu atas hubungan sosialnya, cara individu lain bereaksi terhadap dirinya, serta cara individu berinteraksi dengan komunitas dan lembaga sosial (Bornstein dkk., 2003). *Social well-being* mewakili pengalaman individu yang terfokus pada tugas-tugas sosial yang dihadapi dalam struktur sosial dan komunitasnya (Keyes, 2013). *Social well-being* merupakan kondisi individu yang punya rasa memiliki dan inklusi sosial, hubungan positif, dan berkontribusi pada komunitasnya (Oades & Mossman, 2017). Berdasarkan beberapa definisi yang dicantumkan, dapat disimpulkan bahwa *social well-being* merupakan penilaian subjektif individu terhadap kondisi timbal balik antara diri dan lingkungan sosial yang mencakup interaksi dengan lingkungan sosial, penyelesaian tugas sosial, dan kontribusi terhadap lingkungan sosial.

Social well-being menunjukkan kondisi individu yang berfungsi dengan baik dalam dunia sosialnya (Keyes, 2013). Dimensi *social well-being* dianggap sebagai komponen penting dari kesejahteraan secara keseluruhan, selain dimensi emosional dan psikologis individu. Selain itu, *social well-being* merupakan penilaian keadaan dan fungsi individu dalam masyarakat, sehingga hal tersebut berkaitan dengan

evaluasi pencapaian atau kemampuan individu dalam menghadapi tugas serta peran sosial dalam struktur sosial dan komunitasnya (Bornstein dkk., 2003).

Pengembangan aspek-aspek dari *social well-being* mewakili tantangan yang dihadapi individu sebagai bagian dari masyarakat, kelompok, institusi, dan komunitas. *Social well-being* melambangkan kriteria publik dan kemasyarakatan yang digunakan individu untuk mengevaluasi fungsinya dalam kehidupan. Aspek-aspek *social well-being* terdiri dari *social integration*, *social contribution*, *social coherence*, *social actualization*, dan *social acceptance* (Bornstein dkk., 2003).

1.1.1.1.2. Aspek-Aspek Social Well-Being

Terdapat 5 aspek yang membentuk *social well-being* secara keseluruhan, diantaranya (Bornstein dkk., 2003):

1. *Social integration* adalah evaluasi kualitas hubungan individu dengan masyarakat dan komunitas. Individu yang sehat merasa bahwa dirinya adalah bagian dari masyarakat. *Social integration* berkaitan dengan adanya rasa kesamaan dengan individu lain yang membentuk realitas sosial dan perasaan menjadi bagian dari suatu komunitas atau masyarakat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komplikasi fisik dan masalah sosial pada penderita kusta menyebabkan keterbatasan partisipasi sosial (de Vries dkk., 2014). Padahal, integrasi sosial merupakan determinan untuk meningkatkan kondisi well-being (Fei dkk., 2023) dan kesehatan individu secara umum (Latinsky-Ortiz & Strober., 2022).
2. *Social contribution* adalah evaluasi nilai sosial individu yang mencakup keyakinan bahwa individu adalah anggota masyarakat yang penting dan memiliki sesuatu yang bernilai untuk diberikan kepada dunia. *Social contribution* mencerminkan adanya perasaan bahwa segala hal yang dilakukan individu akan dihargai oleh masyarakat dan memiliki kontribusi terhadap kesejahteraan bersama. Berdasarkan temuan penelitian, dapat diketahui bahwa *social contribution* memfasilitasi keterlibatan individu dalam perilaku gaya hidup yang dapat meningkatkan kesehatan (Salmani dkk., 2022). Namun kenyataannya, penderita kusta justru tidak mampu menghidupi keluarganya secara finansial karena kecacatan permanen yang dialami dan tidak dapat berkontribusi atau memenuhi tanggung jawab keluarga (Marahatta dkk., 2015).
3. *Social coherence* adalah persepsi individu tentang kualitas, organisasi, cara kerja dunia sosial, dan mencakup kepedulian untuk mengetahui tentang dunia. Individu yang lebih sehat tidak hanya peduli terhadap dunia yang ditinggali, namun juga memahami hal yang terjadi di sekitar. Temuan penelitian menunjukkan bahwa pada penderita penyakit, stigma yang muncul dapat mengganggu koherensi sosial (Chatterjee, dkk, 2020). Padahal, *social coherence* berkontribusi pada keberlanjutan sosial karena rasa memiliki pada penderita kusta dapat membentuk masyarakat inklusif (Jung dkk., 2020).
4. *Social actualization* adalah evaluasi individu tentang cara masyarakat berkembang, berevolusi, dan potensinya yang menyiratkan kepercayaan bahwa pertumbuhan sosial memiliki manfaat. Individu yang lebih sehat mempunyai

harapan terhadap kondisi dan masa depan masyarakat serta mampu mengenali potensi masyarakat. Temuan penelitian menunjukkan bahwa individu dengan kondisi kronis mengalami penurunan dalam dimensi *social well-being*, salah satunya pada aspek *social actualization* (Min dkk., 2022). Padahal, kepuasan hidup berhubungan positif dengan aktualisasi sosial individu (Afshani & Shirimohammadabad, 2016).

5. *Social acceptance* merupakan konstruksi masyarakat melalui karakter dan kualitas individu lain sebagai kategori yang digeneralisasikan. Individu mempercayai dan berpikir bahwa individu lain mampu melakukan kebaikan kepada dirinya dan memiliki pendapat yang baik tentang sifat manusia. Individu yang menunjukkan tingkat *social acceptance* yang tinggi akan bergantung pada individu lain dan menganggap bahwa individu tersebut memiliki sikap lembut dan yakin bahwa individu lain dapat dipercaya. Lebih lanjut, diketahui bahwa *social acceptance* berdampak pada kesejahteraan individu (Arslan, 2018). Akan tetapi, pada kondisi yang lain, keterbatasan yang dialami menyebabkan individu tidak dapat diterima secara sosial oleh masyarakat dan berujung pada timbulnya perasaan malu, penghinaan, ketidaksukaan, dan saling menyalahkan (Silva dkk., 2014).

1.1.1.1.3. Faktor-Faktor yang Berperan Terhadap *Social Well-Being*

Terdapat beberapa faktor yang dapat berperan terhadap *social well-being* pada individu, diantaranya:

1. Dukungan sosial, yakni persepsi dan kenyataan bahwa individu merasa diperhatikan, menerima bantuan dari individu lain, dan merupakan bagian dari jaringan sosial yang mendukung (Trabelsi, 2023).
2. Kebebasan pilihan, individu yang memiliki kebebasan dalam menentukan pilihan hidup memiliki tingkatan *social well-being* yang lebih baik (Trabelsi, 2023).
3. Sikap sosial, sikap seperti kedermawanan serta murah hati menjadi citra dari individu dan memengaruhi tingkatan *social well-being* (Trabelsi, 2023).
4. Status pernikahan, individu yang menikah memiliki kesejahteraan sosial yang lebih tinggi dibandingkan individu yang tidak menikah. Hal tersebut dikarenakan adanya rasa percaya dan interaksi di antara pasangan yang sudah menikah dan hal tersebut berdampak terhadap harapan untuk kesejahteraan masyarakat. Individu yang menikah mendapatkan dukungan emosional, sosial, dan fisik serta memiliki dorongan untuk terlibat secara sosial (Rezaei & Bahmani, 2018).
5. Partisipasi sosial, individu yang terlibat secara sosial akan memiliki kesejahteraan sosial yang lebih tinggi. Individu yang lebih banyak berinteraksi dengan individu lain lebih memiliki harga diri, peningkatan diri, dan terpenuhi atas kebutuhan psikososial (Rezaei & Bahmani, 2018).
6. Kepuasan Hidup, individu yang lebih puas dengan kehidupannya akan memiliki lebih banyak emosi positif dan evaluasi diri yang lebih positif. Individu akan memiliki pandangan yang lebih optimis terhadap berbagai hal dibandingkan individu lain di sekitarnya (Rezaei & Bahmani, 2018).

1.1.1.2. Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK)

1.1.1.2.1. Definisi

Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK) merupakan individu yang sudah memasuki fase *Release from Treatment* (RFT), yakni kondisi yang dinyatakan setelah individu memenuhi dosis pengobatan tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium dan dikeluarkan dari register kohort (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Penyakit kusta adalah sebuah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium leprae* (Amiruddin, 2019). Kusta atau *lepra* (leprosy) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium leprae* (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Kusta adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh kuman *mycobacterium leprae* dan mempunyai afinitas utama pada saraf tepi/perifer, kemudian kulit, dan dapat mengenai organ tubuh lain seperti mata, mukosa saluran napas atas, otot, tulang dan testis (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Berdasarkan beberapa definisi yang dicantumkan, dapat disimpulkan bahwa kusta merupakan penyakit menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *mycobacterium leprae* dan berdampak pada saraf tepi/perifer, kemudian kulit, dan dapat mengenai organ tubuh lain seperti mata, mukosa saluran napas atas, otot, tulang dan testis.

Penyakit kusta adalah tipe penyakit *granulomatosa* pada saraf tepi dan mukosa dari saluran pernapasan atas, dan lesi pada kulit adalah tanda yang bisa diamati dari luar. Pada kondisi tertentu, jika tidak ditangani dengan tepat, kusta bisa sangat progresif dan menyebabkan kerusakan pada kulit, saraf-saraf, anggota gerak, dan mata (Amiruddin, 2019). *M. leprae* mempunyai patogenitas dan daya invasi yang rendah, sebab penderita yang mengandung kuman lebih banyak belum tentu memberikan gejala yang lebih berat, bahkan dapat sebaliknya. Basil kusta masuk ke tubuh individu melalui kontak langsung dengan kulit atau mukosa nasal yang berasal dari droplet. Basil dari droplet akan bertahan hidup selama 2 hari dalam lingkungan yang kering, bahkan hingga 10 hari pada lingkungan yang lembab dan suhu yang rendah. Setelah infeksi terjadi, gejala klinis pada saraf perifer atau kulit akan muncul dalam waktu 3 bulan hingga 10 tahun. Gejala klinis yang timbul bervariasi, bergantung pada sistem imunitas selular penderita. Pada individu dengan sistem imunitas selular baik, akan tampak gambaran klinis ke arah tuberkuloid, sebaliknya pada individu dengan sistem imunitas selular rendah akan memberikan gambaran lepromatosa (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

1.1.1.2.2. Kriteria Pengobatan Penyakit Kusta

Pengobatan dilakukan dengan menggunakan obat kombinasi, yakni *Multi Drug Therapy* (MDT). MDT merupakan pengobatan lebih dari 1 macam obat (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017). Kombinasi obat dalam blister MDT bergantung pada tipe kusta yang diderita. Pada penderita kusta kering, obat harus diminum sebanyak 6 blister, selama 6 bulan. Pada penderita kusta basah, obat harus diminum sebanyak 12 blister, selama 12 bulan. Penyakit kusta dapat disembuhkan tanpa cacat bila ditemukan dini dan diobati secara teratur. Pada individu yang sudah

mengalami cacat, hal tersebut dapat diperbaiki dan dicegah agar tidak bertambah parah dengan perawatan diri secara pribadi maupun dalam kelompok perawatan diri dan rehabilitasi medis (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2017).

1.1.1.2.3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Penyakit Kusta

Faktor-faktor yang memengaruhi kejadian kecacatan pada pasien kusta, diantaranya (Prima dkk., 2021):

1. Sosial Ekonomi

Sosial ekonomi termasuk pada faktor-faktor yang memengaruhi kejadian kecacatan pada pasien kusta, khususnya pada masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi menengah ke bawah. Hal tersebut dikarenakan pasien dengan sosial ekonomi rendah akan menyebabkan kondisi kepadatan hunian di rumah pasien yang tinggi, buruknya lingkungan, masalah kurang gizi, dan rendahnya kemampuan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

2. Jenis Kelamin

Kecacatan pada penderita kusta sebagian besar dialami oleh laki-laki dibandingkan perempuan (78%). Hal tersebut karena laki-laki lebih banyak terpapar aktivitas di luar ruangan, sehingga membuat laki-laki lebih rentan terhadap cedera yang lebih lanjut dapat menimbulkan kecacatan. Tingginya kasus cacat tingkat 2 akibat kusta yang terjadi pada laki-laki disebabkan adanya hubungan dari tingginya angka pekerja laki-laki.

2. Pekerjaan

Kejadian reaksi kusta diduga lebih banyak terjadi pada pekerja kasar yang banyak mengeluarkan tenaga. Pengeluaran tenaga berlebihan akan berdampak pada penurunan stamina, sehingga penderita kusta dapat mengalami stres dan terjadi perubahan respons imun yang dapat memicu terjadinya reaksi kusta. Pada saat reaksi kusta tidak ditanggulangi dengan baik, maka akan menimbulkan kecacatan.

3. Tingkat Pendidikan

Status pendidikan berkaitan dengan tindakan pencarian pengobatan pada penderita kusta. Penderita dengan tingkat pendidikan yang rendah cenderung lambat dalam pencarian pengobatan dan diagnosis penyakit, sehingga kecacatan pada penderita kusta semakin parah.

4. Tipe Kusta

Perbedaan tingkat kecacatan pada tipe pausibasiler dan multibasiler disebabkan karena secara teoritis tipe multibasiler merupakan tipe kusta yang banyak mengandung basil leprae. Selain itu, tingkat kecacatan juga disebabkan karena perbedaan respons imunitas yang baik pada tipe pausibasiler. Hal tersebut menyebabkan kecacatan lebih banyak pada tipe multibasiler.

5. Lama Menderita Kusta

Resiko terjadinya cacat tingkat satu pada penderita dengan lama sakit lebih dari 1 tahun lebih tinggi dibanding penderita dengan lama sakit kurang dari 1 tahun. Selain itu, tidak adanya pengobatan menyebabkan meningkatnya reaksi kusta dan berujung pada kerusakan saraf serta timbulnya cacat.

6. Reaksi Kusta

Keterlambatan dalam berobat dan riwayat reaksi kusta dapat menyebabkan cacat tingkat 2 pada penderita kusta. Reaksi kusta yang tidak didiagnosis, diobati, dan ditangani secara cepat, tepat, dan baik dapat merugikan penderita kusta. Hal tersebut dapat menyebabkan timbulnya kecacatan jika reaksi kusta mengenai saraf tepi karena terjadi gangguan fungsi saraf.

7. Keterlambatan Pengobatan

Keterlambatan pengobatan terjadi karena beberapa hal, baik yang bersifat public delay atau provider delay. Keterlambatan karena faktor masyarakat disebabkan oleh pengetahuan masyarakat tentang kusta yang masih kurang. Selain itu, keterlambatan karena faktor pelaksana pelayanan kesehatan (provider delay) disebabkan karena kurangnya keterampilan petugas kesehatan dalam melakukan deteksi dini kusta.

8. Keteraturan pengobatan

Keteraturan berobat diartikan sebagai kemampuan penderita dalam mengonsumsi obat minimal 2/3 dari dosis sesuai dengan tipe penyakitnya. Pengobatan penderita kusta ditujukan untuk mematikan kuman kusta. Pada penderita yang berobat dini dan teratur dapat meminimalisir potensi cacat. Akan tetapi, pada penderita yang sudah dalam keadaan cacat permanen, pengobatan hanya dapat mencegah berkembangnya kondisi cacat.

9. Perawatan diri

Perawatan diri merupakan suatu kontribusi berkelanjutan individu berkaitan dengan eksistensi, kesehatan, dan kesejahteraan. Upaya perawatan diri yang dilakukan secara efektif dapat memberi kontribusi bagi perkembangan individu. Perawatan diri merupakan terapi nonfarmakologik yang dapat mencegah kecacatan menjadi lebih parah. Salah satu komponen pencegahan kecacatan, yakni perawatan diri, meliputi perawatan mata tangan dan kaki yang dapat dilakukan sendiri atau bersama-sama dengan penderita lain, baik dilakukan di rumah, puskesmas maupun unit pelayanan rujukan seperti rumah sakit umum atau rumah sakit rujukan.

1.1.1.3. Dampak Sosial dari Penyakit Kusta

Kusta merupakan penyakit fisik yang sangat erat hubungannya dengan dampak psikososial yang dialami oleh penderitanya. Prevalensi morbiditas psikiatri pada penyakit kusta lebih tinggi dibandingkan populasi umum, dengan perbandingan 99:63 di antara 1000 individu. Deformitas dan stigma yang terkandung pada penyakit kusta membuat kehidupan bagi penderita kusta menjadi semakin sulit. Pada beberapa kondisi, Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK) mengalami perceraian, kehilangan pekerjaan, atau bahkan dijauhi oleh lingkungannya karena ketakutan akan gambaran penularan penyakit tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

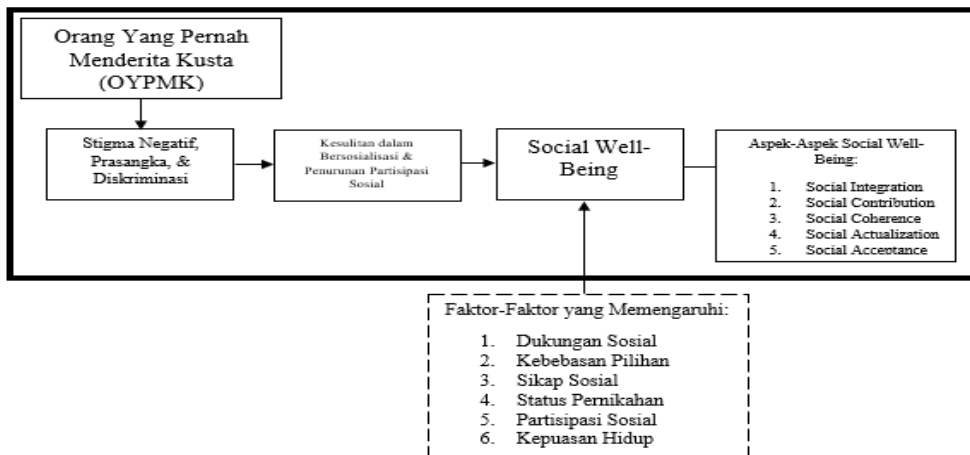
Selain itu, OYPMK mengalami kesulitan dalam bersosialisasi di masyarakat, seperti penolakan dan diskriminasi karena masih dianggap menular (Jufriyanto dkk.,

2020). Penolakan yang dialami oleh OYPMK lebih lanjut berdampak pada partisipasi sosialnya dalam masyarakat, khususnya dalam aspek pemenuhan kebutuhan hidup melalui pekerjaan. Cacat fisik yang dialami oleh OYPMK merupakan penyebab utama stigma dan hal tersebut menyebabkan gangguan fungsional, seperti tidak memiliki pekerjaan tetap serta penurunan partisipasi sosial (Sillo dkk., 2016).

1.1.2. Kerangka Konseptual

Gambar 1.1

Kerangka Konseptual



Keterangan:

- : Fokus Penelitian
- : Variabel Penelitian
- : Variabel yang Tidak Diteliti
- : Memiliki Pengaruh
- : Bagian Dari

Penyakit kusta menyebabkan berbagai perubahan pada diri penderita, salah satunya adalah kondisi fisik. Kecacatan permanen yang disebabkan oleh penyakit kusta menjadi permasalahan utama bagi OYPMK dan berdampak pada aktivitas hariannya. Selain itu, stigma dan diskriminasi terhadap penyakit kusta masih menjadi tantangan besar. Berbagai temuan penelitian menunjukkan bahwa OYPMK mengalami isolasi sosial dan penolakan karena penyakit kusta sering disalahartikan sebagai penyakit kutukan atau dianggap sangat menular.

Persoalan tersebut bahkan masih berlanjut walau penyakit kusta yang diderita individu sudah menyelesaikan masa pengobatan. Pada beberapa hasil penelitian, OYPMK mengalami stigma, prasangka, depresi, rasa sedih, masalah dalam pekerjaan yang dialami setelah didiagnosis (Garbin dkk., 2015; Yudanagara, 2020), menghindari pertemuan sosial meskipun orang terdekat tidak menunjukkan diskriminasi (Anjum dkk., 2017), ketidaknyamanan fisik, tekanan, kesulitan keuangan

(Putri dkk., 2022), serta rasa malu (Pelizzari dkk., 2016). Hal tersebut berpengaruh terhadap kesulitan OYPMK dalam bersosialisasi di masyarakat, seperti adanya penolakan dan diskriminasi karena masih dianggap menular (Jufriyanto dkk., 2020). Selain itu, cacat fisik yang dialami oleh penderita kusta merupakan penyebab utama stigma dan hal tersebut menyebabkan gangguan fungsional, seperti tidak memiliki pekerjaan tetap serta menurunkan partisipasi sosial (Sillo dkk., 2016).

Kondisi yang dialami oleh OYPMK berdampak pada kesehatan mentalnya, khususnya pada dimensi *social well-being*. *Social well-being* merupakan evaluasi subjektif dari keadaan kehidupan pribadi dan fungsi dalam masyarakat serta pengembangan dan pemeliharaan interaksi positif dengan orang lain. *Social well-being* melambangkan kriteria publik dan kemasyarakatan yang digunakan individu untuk mengevaluasi fungsi dalam kehidupan. Aspek-aspek dari *social well-being* terdiri dari *social integration*, *social acceptance*, *social contribution*, *social actualization*, dan *social coherence* (Bornstein dkk., 2003). Berdasarkan beberapa hasil penelitian, *social well-being* individu dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti dukungan sosial, kebebasan pilihan, sikap sosial (Trabelsi, 2023), status pernikahan, partisipasi sosial, dan kepuasan hidup (Rezaei & Bahmani, 2018).

1.2. Tujuan dan Manfaat

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dinamika *social well-being* pada OYPMK di tengah keterbatasan akibat kondisi penyakit kusta yang dialami. Penelitian ini diharapkan bisa memberikan manfaat, baik secara teoritis ataupun praktis, yakni memberikan kontribusi dalam pengembangan keilmuan psikologi, khususnya pada aspek *social well-being* dari berbagai individu yang menderita penyakit tertentu, bisa mengkaji konsep teoritik *social well-being* pada individu yang menderita penyakit, serta bisa memberikan pemahaman kepada masyarakat luas tentang pentingnya kesejahteraan dari berbagai aspek diri individu, khususnya pada OYPMK.

BAB II METODE PENELITIAN

2.1. Jenis dan Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi. Penelitian kualitatif adalah suatu pendekatan untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang dianggap berasal dari suatu masalah sosial atau kemanusiaan oleh individu atau kelompok. Proses penelitian melibatkan pertanyaan dan prosedur yang muncul, data yang biasanya dikumpulkan di lingkungan partisipan, analisis data yang secara induktif dibangun dari tema khusus ke tema umum, dan peneliti membuat interpretasi terhadap makna data. Pendekatan yang digunakan pada penelitian kali ini adalah fenomenologi. Pendekatan fenomenologi memungkinkan peneliti untuk menggambarkan pengalaman hidup individu tentang suatu fenomena seperti yang dijelaskan oleh partisipan. Hasil dari pernyataan individu berpuncak pada intisari pengalaman beberapa individu yang semuanya pernah mengalami fenomena tersebut. (Creswell & Creswell, 2018).

2.2. Sumber Data

Subjek pada penelitian ini adalah Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK) dengan menggunakan teknik pemilihan subjek *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan teknik pemilihan subjek berdasarkan kriteria tertentu yang relevan dengan tujuan penelitian (Creswell & Creswell, 2018). Pemilihan subjek secara *purposive* memungkinkan peneliti untuk mendapatkan data yang kaya dan mendalam dari informan yang paling relevan dengan penelitian.

Adapun, kriteria penentuan subjek pada penelitian ini, diantaranya:

- a. **Individu yang telah memasuki masa *Release From Treatment (RFT)***, tetapi tetap mengalami perubahan pada kondisi fisiknya (bercak putih ataupun cacat fisik) akibat penyakit kusta yang pernah diderita. RFT merupakan kondisi yang dinyatakan setelah individu memenuhi dosis pengobatan tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium dan dikeluarkan dari register kohort (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Kriteria tersebut dipilih untuk meminimalisir dampak penyebaran penyakit serta keselamatan selama proses penelitian berlangsung.
- b. **Individu yang berada pada usia produktif**, klasifikasi usia masyarakat dikategorikan menjadi dua, yaitu kelompok usia non produktif (<15 tahun dan >65 tahun) serta kelompok usia produktif dengan rentang usia (15-64 tahun) (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Pada klasifikasi tersebut, usia produktif sebagian besar terjadi pada tahapan perkembangan dewasa awal hingga dewasa akhir. Pada tahapan tersebut, kemandirian ekonomi dan tanggung jawab merupakan penanda status dewasa dan individu akan berusaha untuk membangun karir. Selain itu, pekerjaan mendefinisikan individu secara mendasar dan merupakan aspek kunci dari identitasnya (Santrock, 2011).

Subjek yang sesuai dengan kriteria kemudian dihubungi langsung menggunakan media *whatsapp*. Setelah setuju untuk melaksanakan wawancara pada jadwal yang

telah disepakati bersama, dilakukan *follow up* secara rutin untuk memberikan informasi kepada subjek mengenai wawancara yang dilakukan serta persiapan yang diperlukan. Pada akhir wawancara, terdapat 4 subjek yang diwawancarai sesuai jadwal masing-masing. Jumlah tersebut didasari oleh tingkat kejenuhan data dan tidak terdapat perubahan jumlah subjek di tengah berjalannya penelitian.

2.3. Teknik Pengumpulan Data

Wawancara dengan menggunakan teknik *in-depth interview*. Rutledge & Hogg (2020) menyatakan bahwa teknik *in-depth interview* bertujuan untuk mendapatkan informasi rinci yang menyoroti perspektif individu dan makna yang dirasakan mengenai topik, isu, atau proses tertentu. *In-depth interview* memungkinkan proses identifikasi dan pencerminan makna serta pengalaman subjek dengan lebih rinci, seperti suatu pengalaman yang belum dieksplorasi serta membantu dalam mengidentifikasi makna dan proses dalam budaya sosial dan kelompok yang memiliki kebutuhan atau norma sosial yang unik. Pertanyaan wawancara didasarkan pada *guideline* wawancara yang telah disusun. Pertanyaan wawancara keseluruhan dilampirkan pada bagian lampiran. Adapun, beberapa contoh pertanyaan inti pada *guideline* wawancara sebagai berikut:

1. Bagaimana pendapat Anda terhadap masyarakat sekitar?
 2. Jelaskan bagaimana Anda memposisikan diri di masyarakat?
 3. Apakah Anda merasa menjadi bagian penting dari masyarakat tersebut?
 4. Deskripsikan pola interaksi Anda dengan orang di sekitar Anda?
 5. Jelaskan pandangan Anda mengenai pendapat orang lain terhadap diri Anda?
- . Waktu pengumpulan data dilakukan sebanyak dua kali dengan rincian dua subjek pada hari pertama dan dua subjek pada hari berikutnya. Proses wawancara bertempat di Kantor Organisasi Permata, Kampung Kusta Jongaya, Makassar. Rata-rata durasi pengumpulan data wawancara adalah sebanyak 47,25 menit, berkisar antara 30 menit hingga 1 jam 1 menit wawancara, dengan rincian 57 menit waktu wawancara untuk Subjek Y, 1 jam 1 menit wawancara untuk Subjek E, 41 menit wawancara untuk Subjek S, dan 30 menit wawancara untuk Subjek I. Selama proses wawancara berlangsung, dilakukan perekaman audio yang telah disetujui oleh tiap subjek sebelum proses wawancara dilakukan. Hasil rekaman audio tersebut digunakan dalam proses transkrip wawancara.

Sebelum wawancara dilakukan, terlebih dahulu diberikan *informed consent* sebagai bukti persetujuan keikutsertaan subjek dalam penelitian secara sukarela dan tanpa paksaan. *Informed consent* tersebut juga membahas mengenai perekaman dan pencatatan selama proses wawancara berlangsung. *Informed consent* yang telah disetujui dilampirkan pada bagian lampiran. Pada akhir wawancara, sebagai tanda terima kasih kepada subjek, peneliti memberikan insentif berupa uang kepada masing-masing subjek. Total akhir dari subjek yang diwawancarai adalah sebanyak 4 orang dengan pertimbangan tingkat kejenuhan data. Data yang diperoleh sudah mewakili setiap aspek yang ingin ditanyakan dan sudah menggambarkan tujuan penelitian. Adapun, informasi wawancara keseluruhan subjek ditampilkan pada tabel berikut:

Tabel 2.1
Informasi Wawancara Subjek

Informasi Wawancara	Subjek Y	Subjek E	Subjek S	Subjek I
Tanggal Pelaksanaan Wawancara	16 Januari 2025	16 Januari 2025	25 Januari 2025	25 Januari 2025
Waktu Wawancara	57 Menit	1 Jam 1 Menit	41 Menit	30 Menit
Jumlah Baris Verbatim	764	955	792	564

2.4. Teknik Analisis Data

Analisis data merupakan proses penyederhanaan data ke dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan ditafsirkan. Analisis data menjadi bagian yang sangat penting karena dapat memberi arti dalam pemecahan masalah penelitian. Teknik analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA). Larkin dkk., (2009) menyatakan bahwa IPA adalah pendekatan kualitatif yang bertujuan untuk memberikan pemeriksaan rinci atas pengalaman hidup pribadi. La Kahija (2017) mengemukakan bahwa teknik IPA berfokus untuk menafsirkan pernyataan partisipan sebagai orang yang mengalami langsung peristiwa tertentu menafsirkan pengalamannya. Proses analisis data untuk menafsirkan pernyataan partisipan dibagi menjadi beberapa tahapan, yakni pasca-wawancara, pra-analisis, analisis, dan penulisan hasil.

Pada tahapan pasca wawancara, peneliti mentranskrip rekaman wawancara, mengubahnya dari bentuk rekaman lisan menjadi pernyataan tertulis. Proses tersebut dilakukan kepada seluruh partisipan dan setelahnya, peneliti memeriksa kembali seluruh transkrip dan mengecek kesalahan penulisan. Lebih lanjut, pada tahapan pra-analisis, peneliti penomoran pada transkrip yang telah dibuat untuk memudahkan proses analisis, kemudian merampungkan serta mengunci file transkrip yang telah diberi nomor.

Tahapan berikutnya adalah tahapan analisis, diawali dengan membaca berkali-kali keseluruhan transkrip wawancara dari tiap partisipan agar bisa memahami dan menghayati berbagai pernyataan dari partisipan. Setelah itu, dilakukan proses pembuatan catatan awal atau biasa disebut dengan komentar eksploratoris. Catatan-catatan awal dibuat dengan memberi komentar-komentar tentang maksud dari transkrip. Catatan tersebut bertujuan untuk menggali lebih dalam pernyataan subjek agar bisa lebih paham dengan maksudnya. Catatan berupa komentar tersebut merupakan pernyataan interpretatif peneliti terhadap pernyataan partisipan yang dirasakan penting dalam transkrip. Setelah pemberian komentar eksploratoris selesai, peneliti membuat tema emergen, yakni pemadatan dari komentar yang telah dibuat sebelumnya. Tema tersebut berupa kata atau frasa. Langkah selanjutnya adalah membuat tema superordinat, yakni kumpulan tema emergen yang ditampung dalam satu tema yang lebih besar.

Setelah selesai dengan tema superordinat tiap subjek, peneliti kemudian mengamati pola-pola antar pengalaman partisipan berupa jalinan yang ada di antara tema-tema yang sudah didapatkan. Proses tersebut berfokus untuk melihat hubungan antar tema serta tema yang paling menonjol pada semua subjek. Tahapan terakhir, yakni penulisan hasil. Proses penulisan hasil analisis data dilakukan dengan memaparkan tiap tema superordinat atau tema akhir disertai dengan deskripsi dan penafsiran peneliti akan tema tersebut dan didukung dengan bukti verbatim.

2.5. Teknik Keabsahan Data

Teknik keabsahan data yang dilakukan, diantaranya:

a. *Credibility*

Credibility pada sebuah penelitian dilakukan untuk dapat memastikan bahwa hasil penelitian dapat menggambarkan pengalaman dari subjek secara aktual (Creswell & Creswell, 2018). Adapun proses *credibility* pada penelitian ini dilakukan dengan pengecekan kondisi sekitar selama penelitian serta meningkatkan ketekukan dengan membaca berbagai referensi penelitian yang memadai.

b. *Dependability*

Kriteria *dependability* pada sebuah penelitian dimaknai sebagai kesimpulan yang dibuat oleh peneliti berdasarkan keterhubungan hasil penelitian antar satu sama lain (Sugiyono, 2017). Adapun proses *dependability* pada penelitian ini dilakukan dengan diskusi bersama pembimbing terkait proses penelitian yang dilakukan, mulai dari awal hingga akhir.

c. *Transferability*

Pada penelitian kualitatif, nilai tergantung pada pembaca, sampai sejauh mana hasil penelitian tersebut dapat diterapkan pada konteks dan situasi sosial yang lain (Mekarisce, 2020). *Transferability* dilakukan dengan menguraikan laporan penelitian dengan rinci dan jelas, sehingga diharapkan pembaca memperoleh gambaran dan pemahaman tentang laporan penelitian.

d. *Confirmability*

Confirmability dalam penelitian kualitatif diartikan sebagai konsep intersubjektivitas yang merupakan bentuk ketersediaan peneliti dalam mengungkapkan proses dalam penelitiannya, sehingga pihak lain bisa memberikan penilaian (Mekarisce, 2020). Proses *confirmability* dilakukan dengan berdiskusi dengan peneliti ahli (dosen pembimbing dan dosen penguji).

2.6. Prosedur Penelitian

Tahapan kerja atau alur dari proses penelitian diuraikan sebagai berikut:

A. Tahap Persiapan

Tahap persiapan merupakan tahapan awal penelitian sebelum melakukan pengumpulan data. Pada tahapan ini, dilakukan proses penyusunan proposal penelitian, seperti topik utama penelitian, bagian pendahuluan, tinjauan pustaka, serta metode penelitian yang digunakan. Pada proses penyusunannya, peneliti juga melakukan studi pendahuluan dengan melakukan wawancara singkat kepada subjek yang sesuai dengan kriteria

penelitian. Tujuannya adalah agar bisa memperoleh gambaran awal dan bisa menyesuaikan alur penelitian nantinya. Peneliti juga melakukan proses revisi bersama pembimbing untuk memperkuat landasan dasar dilakukannya penelitian, sebelum mengambil data. Setelah disetujui oleh pembimbing, peneliti kemudian melakukan seminar proposal penelitian untuk menjelaskan rancangan penelitian yang dilakukan

B. Tahap Pelaksanaan

Setelah melakukan seminar proposal penelitian dan menyelesaikan revisi bersama pembimbing, peneliti kemudian melakukan pengambilan data, diawali dengan persiapan diri, menghubungi responden, menyepakati jadwal, dan melaksanakan wawancara. Peneliti mempersiapkan berbagai pertanyaan tambahan di luar guideline agar wawancara tetap terarah dan bisa menggali pengalaman partisipan secara mendalam.

C. Tahap Analisis Data

Setelah data dikumpulkan, peneliti kemudian melakukan analisis data, diawali dengan mentranskrip seluruh hasil wawancara pada rekaman audio. Kemudian peneliti melakukan analisis data sesuai dengan teknik analisis yang digunakan, yakni *Interpretative Phenomenological Analysis (IPA)*. Peneliti menggunakan buku rujukan dan mengikuti langkah-langkah analisis data. Setelahnya, peneliti menarik kesimpulan dari tema-tema akhir yang berhasil diidentifikasi dijadikan sebagai bahan untuk bagian hasil serta pembahasan.

D. Tahap Penulisan Hasil

Berbagai temuan penelitian yang berupa tema akhir dari masing-masing subjek kemudian dituliskan. Tema tersebut dideskripsikan serta diberi interpretasi oleh peneliti yang kemudian didukung dengan pernyataan pada transkrip wawancara. Lalu, tiap tema dibahas dengan menggunakan berbagai referensi, baik berupa buku ataupun jurnal penelitian terbaru, sehingga dapat diamati kesesuaian ataupun ketidaksesuaian temuan penelitian dengan konsep teoretik ataupun hasil penelitian terdahulu.

Untuk memahami dengan mudah *timeline* pelaksanaan penelitian, keseluruhan alur waktu disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.2

Timeline Pelaksanaan Penelitian

No.	Kegiatan Penelitian	Waktu (Bulan) 2024									Waktu (Bulan) 2025			
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
1.	Penyusunan Proposal Penelitian	X	X	X										
2.	Seminar Proposal Penelitian			X										
3.	Pengambilan Data										X			
4.	Analisis Data											X	X	

5.	Penyusunan Laporan Hasil Analisis	X	X
6.	Pelaksanaan Seminar Hasil Penelitian		X
