

PENYINTAS COVID-19: STRATEGI MENGHADAPI STIGMA

Tito Edy Priandono¹, Alwan Husni Ramdani^{1*}, Regine Deanaendra Hasmoro¹, Hannie Mauliyandinie Pasrah¹, Arin Nurul Annisa¹, Gloria Elisha Kisyanto¹

¹Universitas Pendidikan Indonesia, Indonesia

*e-mail: alwanhusni@upi.edu

Abstrak

Pandemi COVID-19 tidak hanya menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan jasmani dan juga efek domino pada aspek psikologis penyintasnya. Banyak mereka yang sejak awal terpapat virus COVID-19 hingga sudah dinyatakan sembuh secara medis mendapatkan stigma. Artikel ini mencoba untuk menelaah secara ilmiah bagaimana manajemen stigma dari para penyintas COVID-19. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan studi kasus dengan data berupa wawancara mendalam. Partisipasi penelitian ini merupakan penyintas COVID-19 yang berasal dari Kabupaten Bandung. Temuan penelitian menunjukkan mereka yang terpapat virus COVID-19 mendapatkan stigma dari teman, tetangga, hingga rekan kerja. Stigma yang paling kuat ditemukakan pada aktor stigma interpersonal khususnya teman kerja. Secara psikologis mereka yang terpapa virus mendapatkan dampaknya, seperti stress merasa cemas, dan merasa hilang kepercayaan. Stigma tersebut dihadapi dengan berbagai upaya. Strategi yang dominan digunakan dalam menghadapi situasi stigma para penyintas yakni berupa penerimaan dan mengurangi ketidaknyamanan. Implikasi dari penelitian ini menunjukkan bahwa fenomena pandemi COVID-19 tidak hanya berbicara soal faktor kesehatan jasmani namun juga ada dampak psikologis yang dialami oleh para penyintasnya. Novelty dalam penelitian ini adalah penggunaan manajemen stigma Meisenbach dalam lingkup komunikasi kesehatan. Studi selanjutnya akan berfokus pada riset terkait pola komunikasi penolak program vaksinasi.

Kata kunci: Stigma Kesehatan; Manajemen Stigma; COVID-19

Abstract

The COVID-19 pandemic not only harms physical health but also has a domino effect on the psychological aspects of the survivors. Many of those exposed to the COVID-19 virus from the start until they were cured medically were stigmatized. This article tries to examine scientifically how to manage stigma from COVID-19 survivors. This research uses a qualitative approach with case studies with data from in-depth interviews. The participants of this research were COVID-19 survivors from Bandung Regency. Research findings show that friends, neighbors, and coworkers stigmatize those exposed to the COVID-19 virus. The most strong stigma is found in interpersonal stigma actors, especially coworkers. Psychologically, those exposed to the virus get its effects, such as stress, anxiety, and loss. Stigma is faced with various efforts. The dominant strategy used in dealing with the stigmatized situation of the survivors is acceptance and reducing discomfort. The implication of this research shows that the phenomenon of the COVID-19 pandemic does not only talk about physical health factors but also about psychological impacts experienced by the survivors. Novelty in this study is the use of Meisenbach stigma management in the scope of health communication.

Keywords: Health Stigma; Stigma Management; COVID-19

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.

Copyright © 2022 by Author. Published by Universitas Pendidikan Ganেশha.



PENDAHULUAN

COVID-19 menjadi salah satu perbincangan yang belum tuntas dari akhir tahun 2019 hingga 2021, karena penyebarannya yang masih berlangsung hingga saat ini. Keberadaannya menjadi virus baru, yang vaksinnya baru ditemukan di awal tahun 2021 ini menjadi pekerjaan yang besar bagi negara-negara terdampak. Menurut data Worldometers, lima negara di dunia yang memiliki kasus COVID-19 tertinggi adalah Amerika Serikat, India, Brazil, Rusia dan Perancis. Sementara di Asia Tenggara, dilansir dari Reuters, kasus tertinggi kasus COVID-19 adalah Indonesia, (Armani, 2021).

Berdasarkan data Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) Kementerian Kesehatan RI, jumlah pasien yang terkonfirmasi positif COVID-19 dari kasus pertama hingga Juli 2021 sebanyak 2,5 juta jiwa. Tiga provinsi yang memiliki penyintas COVID-19 tertinggi menurut sebaran data yaitu DKI Jakarta (26,1%), Jawa Barat (17,9%), dan Jawa Tengah (11,6%). Semakin tinggi lonjakan kasus di beberapa daerah, sangat berdampak terhadap beberapa hal salah satunya pada jiwa dan kesehatan individu serta negara secara universal. Secara alami, sejumlah besar individu, keluarga dan masyarakat telah mengalami syok, trauma, ketakutan, kecemasan eksistensial dan kesedihan, (Pawar, 2020).

Masyarakat yang memiliki ketakutan dan kecemasan akan cenderung menjauhkan diri mereka dengan pasien yang pernah terpapar COVID-19 untuk melindungi diri. World Health Organization (WHO) menyebutkan bahwa dalam wabah ini memungkinkan adanya pemberian cap, distereotipkan, didiskriminasi, diperlakukan secara terpisah, dan/atau mengalami kehilangan status karena hubungan yang dirasakan dengan suatu penyakit. Orang yang tidak memiliki penyakit tetapi memiliki karakteristik lain dengan kelompok ini juga dapat menderita stigma. Wabah COVID-19

saat ini telah memicu stigma sosial dan perilaku diskriminatif terhadap orang-orang dari latar belakang etnis tertentu serta siapa pun yang dianggap telah melakukan kontak dengan virus (WHO, 2020).

Di Indonesia, berbagai bentuk stigma karena COVID-19 pernah terjadi terhadap orang yang memiliki riwayat positif atau yang sering berhubungan dengan virus ini, misalnya tenaga medis. Akibatnya, tidak jarang terjadi banyak berbagai pemberitaan yang mengabarkan adanya penolakan terhadap tenaga medis untuk merawat pasien COVID-19 di rumahnya, penolakan masyarakat terhadap jenazah petugas kesehatan, dan pelemparan batu ke ambulans yang membawa pasien COVID-19, (Sulistiadi et al., 2020).

Fenomena stigma tidak hadir saat ini, beberapa riset menunjukkan bahwa stigma sering kali melekat pada mereka yang menderita penyakit-penyakit yang sifatnya menular. Cogan (L. Williams et al., 2011) berpendapat bahwa penyakit lebih cenderung distigmatisasi di bawah empat keadaan unik. Pertama, ketika penyebab penyakit dianggap sebagai kesalahan individu yang terinfeksi; kedua, ketika penyakit dianggap terminal dan degeneratif; ketiga, ketika penyakit dianggap menular dan merugikan yang lain; dan akhirnya, ketika penyakit itu tampak secara fisik.

Sementara berdasarkan *literature review* hasil penelitian jurnal berikut, ada beberapa yang masih kurang dari kategori kondisi stigma sosial di atas, yaitu penyakit menular yang memiliki konsekuensi negatif. Ada keharusan untuk menghadapi penyakit baru, dengan gejala yang parah dan konsekuensi negatif seperti kematian, ketakutan akan penularan serta pengetahuan yang terbatas dapat menimbulkan stigma diskriminasi terhadap penyakit ini (Miranda et al., 2020).

Sikap dan perilaku masyarakat menjadi sorotan saat ini dalam menyikapi situasi di tengah pandemi. Sikap publik yang masih memiliki unsur stigmatisasi dapat

dibimbing dengan baik atas bantuan beberapa pihak. Misalnya yang disampaikan oleh Brooks dkk ((Singh et al., 2020) bahwa media dapat berkontribusi dalam membentuk sikap publik. Selain itu, melalui media berita dan media sosial, kisah-kisah positif tentang para penyintas dan peran dukungan sosial harus ditekankan. Rumor atau informasi yang tidak valid harus dipantau dan sumber yang dapat diandalkan harus diidentifikasi. Pesan-pesan yang memegang sikap tidak menghakimi terhadap pasien dan penyedia layanan kesehatan harus tersebar. Perasaan belas kasih, harapan dan sensitivitas harus ditanamkan untuk menerima situasi saat ini, sehingga menjadi harapan tentang masa depan yang positif.

Oleh karena itu, penting mengetahui bagaimana para penyintas COVID-19 dapat mengelola stigma. Sehingga dapat menjadi gambaran dan informasi positif bagi masyarakat dalam meningkatkan sensitivitas untuk menerima situasi, pandemi saat ini serta pihak lain seperti pemerintah dalam penanganan stigma para penyintas.

Coleman, stigma berhubungan dengan persepsi manusia yang berusaha untuk mengkomunikasikan dan membenarkan tanggapan negatif terhadap perbedaan (Meisenbach, 2010). Stigma dapat diartikan sebagai aib yang membedakan seseorang dari orang lain (Ramaci et al., 2020). Hal ini jelas menunjukkan bahwa perbedaan karakteristik seseorang atau suatu kelompok dapat menimbulkan stigma negatif. Sejalan dengan itu, (Link & Phelan, 2001) mengatakan bahwa stigma melibatkan label dan stereotip. Menurut Link, pelabelan mengarah pada perbedaan identitas atau perilaku seseorang yang dicap negatif dan secara tidak langsung mendapat penolakan serta penghindaran publik (Perry, 2011). Di sisi lain, Dovidio dkk.. mendefinisikan stereotip sebagai kepercayaan budaya yang membentuk persepsi seseorang dalam menilai sebuah kelompok (Major et al., 2018).

(Link & Phelan, 2001) mengemukakan komponen-komponen yang saling berkaitan

dengan munculnya stigma. Pertama, orang membedakan dan melabeli perbedaan secara wajar/manusiawi. Kedua, kepercayaan budaya yang dominan menghubungkan orang-orang yang diberi label dengan karakteristik yang tidak diinginkan dengan stereotip negatif. Ketiga, orang-orang yang diberi label ditempatkan dalam kategori yang berbeda untuk memisahkan "kita" dari "mereka". Keempat, orang yang diberi label mengalami kehilangan status dan diskriminasi yang menyebabkan ketidaksetaraan. Corrigan dkk. menjelaskan bahwa diskriminasi datang dari rasa takut masyarakat umum yang menyebabkan perbedaan perlakuan serta pemberian kesempatan yang tidak sama rata (Major et al., 2018).

Menurut World Health Organization (WHO) dalam suatu wabah akan ada kemungkinan orang-orang diberi label, distereotipkan, didiskriminasi, diperlakukan secara terpisah, dan atau mengalami kehilangan status karena dianggap memiliki gejala dengan suatu penyakit. Ketika dihadapkan pada suatu penyakit baru dengan gejala yang parah dan akibat negatif, seperti kematian, ketakutan tertular, dan pengetahuan yang terbatas dapat menimbulkan stigma-diskriminasi terhadap penyakit tersebut (Miranda et al., 2020).

Pada bulan Februari 2020, WHO mengumumkan adanya *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) yang mewabah melebihi *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) di Cina pada tahun 2002 (Sun et al., 2020). Dalam kebanyakan kasus, COVID-19 menyebabkan gejala ringan, seperti batuk kering, demam, kelelahan, dan kehilangan rasa atau bau, sedangkan gejala parah dari COVID-19 adalah kesulitan bernapas, nyeri atau tekanan dada, dan kehilangan kemampuan berbicara atau bergerak. Melihat keadaan tersebut sangat mengancam kesehatan masyarakat membuat semua pintu masuk dan keluar kota disaring, semua transportasi umum dihentikan, dan setiap orang diberi mandat

untuk tinggal di rumah (Airhihenbuwa et al., 2020).

Menurut (Joshi & Swarnakar, 2021), coronavirus menimbulkan ketakutan dan kecemasan yang signifikan bagi banyak orang yang pada akhirnya menghasilkan stigma baru berdasarkan titik pandang sosial mengenai virus tersebut. Stigma tidak hanya diberikan kepada pasien yang menderita COVID-19, tetapi juga setelah pasien sembuh atau menjadi penyintas COVID-19. Berdasarkan hasil penelitian (Cai et al., 2020), sebagian besar penyintas COVID-19 di Cina takut stigmatisasi dan diperlakukan berbeda karena mereka pernah terinfeksi sebelumnya. Pada tingkat individu, stigma terkait penyintas COVID-19 telah ditemukan menghadapi kritik dan menerima pesan kebencian dari masyarakat (Singh et al., 2020). Secara umum, stigma terkait penyintas COVID-19 telah ditemukan diskriminasi dalam lingkungan sosial, terhambatnya pelayanan kesehatan, dan penolakan yang datang dari tetangga ataupun teman kerja (Cai et al., 2020).

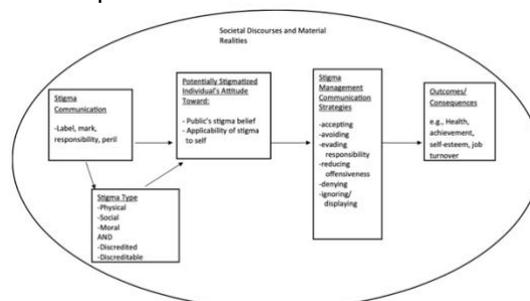
Penelitian ini berfokus pada pengalaman stigma penyintas COVID-19 di Indonesia. Berdasarkan penjelasan sebelumnya bahwa Indonesia menjadi negara dengan kasus COVID-19 tertinggi di Asia Tenggara. Tingginya kasus ini menyebabkan para pasien mendapatkan stigma yang berkaitan dengan penyakit yang diderita. Peneliti berusaha menggali informasi mengenai pengelolaan stigma melalui strategi komunikasi yang dilakukan para penyintas COVID-19. Peneliti akan menggunakan model *Stigma Management Communication* (SMC) yang dikembangkan oleh (Meisenbach, 2010).

Pada bagian pertama, Meisenbach menggambarkan sikap seseorang terhadap keberadaan stigma sosial dengan tujuan apakah orang tersebut menerima atau menolak stigma yang beredar di masyarakat (Smith and Bishop, 2019). Pada bagian kedua, strategi SMC menunjukkan bagaimana seseorang menerapkan stigma

dalam dirinya (Sefiha, 2016). Berdasarkan Wallace, (2019), orang yang menerima stigmatisasi, cenderung pasif, mengisolasi diri, dan mengurangi perilaku ofensif terkait stigma di lingkungan sosial. Sebaliknya, orang yang menolak keberadaan stigma, cenderung menyangkal stigmatisasi, menentang publik, dan membuktikan adanya kesalahan atau kekeliruan logis yang berkaitan dengan stigma (Smith and Bishop, 2019). Berdasarkan beberapa temuan di atas penelitian ini mencoba untuk menelaah fenomena stigmatisasi yang terjadi pada penyintas COVID-19. Adapun tujuan dalam penelitian ini pertama, memahami pengalaman stigmatisasi yang dialami penyintas COVID-19, dan memahami strategi komunikasi dalam menghadapi stigma yang di alami oleh penyintas COVID-19.

METODE

Penelitian kualitatif ini mencoba menggali informasi secara spesifik dari perilaku yang dialami dalam fenomena sosial tertentu melalui pengalaman subjektif dari narasumber (Palmer & Bolderston, 2006). Dalam hal ini, fenomena sosial yang diteliti berkaitan dengan fenomena stigmatisasi yang dialami oleh penyintas COVID-19. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan pendekatan studi kasus. Guna menggali fenomena manajemen stigma penyintas COVID-19, peneliti menggunakan model yang dikemukakan oleh Meisenbach yang terlihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Model manajemen Stigma, (Meisenbach, 2010).

Partisipan yang terlibat dalam penelitian tentunya memiliki kriteria sebagai penyintas COVID-19 dari Kabupaten Bandung. Untuk melengkapi temuan penelitian terdapat narasumber tambahan dari tenaga kesehatan dan anggota keluarga dari penyintas COVID-19. Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui wawancara mendalam secara langsung dan juga secara daring melalui virtual meeting. Proses reduksi dan analisis data dalam penelitian ini dibantu dengan menggunakan aplikasi envivo agar lebih memudahkan peneliti dalam menemukan pengalaman stigmatisasi dan strategi komunikasi penyintas COVID-19 di Kabupaten Bandung.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengalaman stigma penyintas ada berbagai macam bentuk, seperti stigma diri, publik, kesehatan, dan institusi. Pelaku stigma pada beberapa kasus adalah orang terdekat dari penyintas. Dampak yang ditimbulkan dari stigma yang didapatkan berupa dampak psikologis dan non-psikologis seperti kesehatan dan sosial. Dalam menanggapi stigma yang mereka terima, penyintas juga memiliki metode dan cara yang berbeda-beda.

Pengalaman Stigma

Stigma yang diterima partisipan terbagi ke dalam empat tipe, yaitu stigma diri, publik, kesehatan, dan institusi. Keempat stigma tersebut diklasifikasi lagi menjadi tiga bentuk, yaitu stereotip, prasangka, dan diskriminasi. Stereotip yang diberikan oleh diri sendiri dilakukan oleh WRS (20), ia merasa dirinya yang terpapar COVID-19 akan menjadi penular. *“Sempat saat awal terkonfirmasi saya merasa bersalah karena terpapar dan bisa menularkan”*.

Bentuk prasangka yang datang dari diri sendiri pada partisipan secara umum adalah depresi dan kecemasan. Hal ini dirasakan oleh JT (32) yang merasa takut untuk keluar dari rumah karena harus menghadapi reaksi masyarakat, khususnya para tetangga yang

memberikan pandangan seakan-akan dirinya merupakan seorang tahanan, meskipun sudah dinyatakan sembuh.

“Ketika awal dinyatakan sembuh, saya merasa takut untuk keluar rumah jika tidak ada kebutuhan mendesak. Karena saya pernah suatu hari keluar dari rumah dan tetangga memandangi saya bak tahanan.”

Bentuk diskriminasi yang diberikan kepada diri sendiri umumnya adalah menyalahkan diri sendiri. Seperti WRS (20) yang pernah menyalahkan dirinya sendiri dan merasa kesal serta putus asa pada saat awal terpapar COVID-19. Di sisi lain, AY (39) juga menyalahkan dirinya sendiri karena terpapar COVID-19 setelah melakukan aktifitas diluar rumah.

Masuk ke tipe stigma publik, partisipan menerima stereotipe berupa label sosial. Hal ini dialami oleh JT (32) yang merasa diberikan label ‘jorok’ karena terkena COVID-19 oleh sekitarnya. *“pasti ada yang memberi komentar bahwa yang terkena covid itu karena jorok...”*. Tidak jauh berbeda dengan HH (22) yang merasa yakin bahwa ada yang memberikan dirinya label, walaupun ia tidak mengetahui secara pasti pelabelan apa yang diberikan. *“Kalau kita sendiri tidak tahu diberi label apa tapi kalau dibicarakan pasti ada karena seketika satu lingkungan tahu”*.

Bentuk prasangka yang dialami oleh partisipan dalam stigma publik adalah ketakutan. JT (32) mengatakan bahwa setelah identitasnya sebagai penyintas COVID-19 diketahui, para tetangga merasa takut. Bukan hanya itu, ketika JT (32) pergi ke rumah sakit untuk diperiksa, ia bercerita bahwa antrean pasien yang lain merasa takut setelah mendengar bahwa dirinya memiliki gejala COVID-19. HH (22) juga mengalami hal yang serupa, di mana ia dijauhi oleh tetangga di sekitar rumahnya karena ketakutan.

Diskriminasi berikutnya dirasakan oleh ES (50) ketika dirinya dinyatakan positif COVID-19, para pegawai kantornya

langsung menjauhi dirinya. *“Saya memberi tahu kepada pegawai saya, bahwa saya positif dan mereka menjauhi saya”*. Pengalaman serupa juga dialami oleh Reza (23) yang mengatakan bahwa beberapa santri yang diajar oleh Reza tidak ingin bertemu karena dirinya pernah positif COVID-19.

Tipe stigma selanjutnya adalah stigma kesehatan. Dalam tipe ini terdapat dua bentuk stigma yang dirasakan oleh partisipan, yakni sikap dari tenaga kesehatan dan pelayanan dari tenaga kesehatan. JT (32) menceritakan bahwa saat dirinya menunjukkan gejala COVID-19 ketika diperiksa di rumah sakit, perawat langsung menunjukkan reaksi panik. Ia juga mengatakan bahwa dirinya tidak dilayani oleh

dokter saat menyatakan bahwa ia bergejala COVID-19, bahkan ia tidak diperkenankan untuk duduk oleh perawat. Hal ini serupa dengan pengalaman ES (50) yang merasakan perbedaan perlakuan dokter, seperti menjauhkan diri dan menggunakan nada bicara yang berbeda kepada dirinya ketika mengetahui hasil tes positif COVID-19. *“Dokter meminta saya untuk menjauh ketika hasil lab menunjukkan saya positif dengan nada bicara yang berbeda dari biasanya”*, Begitu juga dengan pengalaman WRS (20) yang pernah mendapat penolakan ketika dirinya ingin melakukan rontgen di klinik. Hal tersebut terjadi karena terdapat peraturan bahwa layanan rontgen tidak diperuntukkan bagi penderita COVID-19.

Tabel 1. Tipe Stigma Penyintas COVID-19

Klasifikasi	Tipe
Diri Sendiri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelabelan diri sendiri 2. Munculnya kecemasan 3. Munculnya depresi 4. Menyalahkan diri sendiri
Publik (Individu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilabeli secara sosial 2. Diisolasi secara sosial 3. Ditakuti lingkungan sekitar
Publik (Kesehatan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskriminasi pelayanan kesehatan

Stigma yang diterima oleh para partisipan terbagi menjadi empat bagian, yaitu intrapersonal, interpersonal, komunitas, dan institusi. Pelaku stigma dari bagian intrapersonal adalah diri sendiri. Partisipan yang menjadi pelaku stigma terhadap diri sendiri adalah WRS (20), JT (32), RZ (23). Bentuk stigma yang muncul dari diri mereka sendiri berupa label, kecemasan, depresi, dan menyalahkan diri.

Pelaku stigma berikutnya adalah interpersonal yang umumnya berasal dari rekan partisipan. Seperti JT (32) yang diberi stigma oleh rekan kerjanya, khususnya ketika sedang berdekatan dengan dirinya, mereka langsung melakukan tindakan melindungi diri, seperti memakai masker

yang sebelumnya dilepas. *“Beberapa orang di kantor ada yang sedang duduk dan tidak memakai masker, namun ketika saya datang semuanya tiba-tiba langsung mengenakan maskernya”*. Hal tersebut juga dialami RZ (23) mendapatkan stigma dari rekan kuliahnya yang menyalahkan dirinya karena berada dalam satu kamar dengan ibunya yang terkonfirmasi positif. Selain itu, pelaku stigma interpersonal juga ditemukan dalam keluarga. Seperti JT (32) yang dijauhi oleh keluarganya ketika datang ke acara keluarga, meskipun dirinya sudah dinyatakan negatif COVID-19. Hal yang serupa dirasakan oleh I (36) dan AI (20), di mana AI pernah mendapatkan perlakuan kurang baik dari keluarganya.

“Saat acara makan bersama dengan keluarga besar, ada salah satu keluarga paman yang tidak ikut. Ketika keluarga paman itu mengetahui bahwa keluarga positif, mereka berkata di grup WhatsApp keluarga ‘beruntung saat itu saya tidak ikut acara’”.

Pelaku stigma selanjutnya datang dari komunitas yang terbagi menjadi tetangga, kelompok sosial, dan publik. Pengalaman stigma dari tetangga dialami oleh WRS (20), JT (32), dan HH (22). WRS (20) menjadi topik pembicaraan tetangga dan dijauhi dari lingkungan sekitarnya. JT (32) menjadi pusat perhatian dan diperlakukan berbeda dari biasanya oleh tetangga, bahkan beberapa tetangga tidak mau berada di sekitar rumahnya. Pelaku stigma yang berasal dari kelompok sosial diceritakan oleh RZ (23), di mana ia dijauhi oleh santri yang diajar olehnya. “Ada beberapa santri yang tidak ingin bertemu saya di pesantren”.

Pelaku stigma institusi datang dari tenaga kesehatan, lembaga kesehatan, tempat kerja, dan lembaga pendidikan.

Pengalaman dari tenaga kesehatan dan lembaga kesehatan dialami oleh JT (32), WRS (20), dan ES (50). JT (32) mengaku tidak dilayani oleh dokter saat dirinya memiliki gejala COVID-19, bahkan tidak diperkenankan duduk oleh perawat. Selanjutnya, WRS (20) mengatakan bahwa dirinya pernah mendapat penolakan ketika ingin melakukan rontgen di klinik. Yang terakhir, ES (50) melihat bahwa perlakuan dokter yang secara langsung menjauhi diri dan adanya perbedaan nada bicara ketika mengetahui hasil dirinya positif COVID-19.

Pelaku stigma institusi lainnya datang dari tempat kerja seperti yang dialami oleh JT (32); khususnya dari atasan di kantornya yang menyelenggarakan rapat luring tanpa melibatkan dirinya. Untuk pelaku dari lembaga pendidikan dirasakan oleh WRS (20) yang tidak diperbolehkan mengikuti PKL meskipun acara dilakukan secara daring disaat dirinya terkonfirmasi positif. “... dosen menyatakan kalau saya tidak usah mengikuti PKL dan istirahat saja dan itulah yang membuat saya kepiran”.



Gambar 2. Aktor Stigma

Berbicara dampak, peneliti membagi dampak stigma bagi partisipan menjadi dampak psikologi dan non-psikologi. Dampak psikologi yang dirasakan oleh partisipan berupa *low self-esteem* yang

terdiri dari kecemasan, keadaan emosional yang negatif, depresi, dan ketakutan, serta dampak berupa demotivasi. Keadaan emosional yang negatif ditunjukkan oleh JT (32) yang merasa sakit hati karena stigma

yang ia terima dan juga ES (50) yang sempat sedikit emosi setelah mengalami stigma. Dampak berupa demotivasi dialami oleh WRS (21) yang sempat berpikir ingin mengakhiri hidup karena lelah diberi stigma. *“... merasa sudahlah mungkin lebih baik mati saja. Sudah tidak kuat, melihat orang sekitar menjauh dan membuat orang tua sedih.”*

Di sisi lain, dampak stigma berupa non-psikologi terbagi menjadi dua bentuk, yaitu kesehatan dan sosial. Bentuk dampak kesehatan yang dialami oleh beberapa partisan dapat dilihat dari hilangnya kepercayaan kepada tenaga kesehatan dan keengganan berobat. Hal tersebut ditunjukkan oleh JT (32) dan WRS (21) yang tidak lagi ingin melakukan pengobatan karena stigma yang mereka terima. Alhasil JT (32) memilih untuk melakukan pengobatan dan isolasi sendiri.

Keberadaan COVID-19 di Indonesia menjadi sebuah masalah fundamental bagi kehidupan masyarakat. Hal tersebut pada akhirnya menimbulkan berbagai macam stigma terkait COVID-19 di lingkungan sekitar. Sebagaimana yang dikatakan Link dan Phelan, stigma mengarah pada pembangunan stereotip, pelabelan, serta sikap penolakan, pengucilan, dan diskriminasi (Major et al., 2018). Dalam penelitian ini ditemukan bahwa stigmatisasi tidak hanya dirasakan oleh seseorang yang terpapar COVID-19, tetapi juga kepada penyintasnya. Menurut (Yuan et al., 2021) stigmatisasi penyintas COVID-19 berasal dari rasa kekhawatiran anggota keluarga, teman, ataupun orang sekitar mengenai penularan virus yang dapat dibawa oleh penyintas. Sejalan dengan itu, (Iqbal et al., 2021) juga mengatakan bahwa para penyintas COVID-19 kerap mengalami diskriminasi dan prasangka dari masyarakat yang mengakibatkan penyintas meminimalkan interaksi sosial dan menambah beban psikologis.

Dalam penelitian ini, pengalaman stigma para penyintas dibagi menjadi empat

macam tipe (stigma diri, publik, kesehatan, dan institusi) yang diklasifikasi ke dalam tiga bentuk (stereotip, prasangka, dan diskriminasi). Setelah dianalisis, tipe stigma yang dominan di antara para penyintas adalah stigma diri dan stigma publik. Wright dkk (Coleman et al., 2017) mengatakan bahwa stigma publik berasal dari masyarakat umum yang memberikan prasangka buruk dan diskriminasi, sedangkan stigma diri berasal dari diri sendiri yang menganggap stigma itu benar atau dengan kata lain bentuk internalisasi stigma publik. Bentuk stigma diri yang ditemukan di antara penyintas, salah satunya adalah pelabelan diri sebagai “penular virus”. Label tersebut berawal dari rasa bersalah penyintas karena sudah terpapar COVID-19. Hal ini sejalan dengan (Xu et al., 2016) pelabelan diri disebabkan oleh rendahnya kepercayaan diri atau rasa stres yang dialami seseorang dalam mengatasi stigma. Akan tetapi, rasa bersalah yang dirasakan beberapa penyintas juga mengarah kepada bentuk diskriminasi diri berupa menyalahkan diri sendiri karena terpapar COVID-19.

Menurut Phelan dkk. (Phelan et al., 2011), seseorang yang menyalahkan dirinya sendiri kemungkinan merasa dirinya harus disalahkan atas penyakit tersebut atau pantas mendapatkannya karena terjadi atas kesalahan sendiri. Stigma dan tindakan menyalahkan diri sendiri dapat menyebabkan seseorang merasa tertekan dan putus asa (Phelan et al., 2011). Membahas soal psikologis, para penyintas secara umum ditemukan mengalami kecemasan dan depresi. Hal tersebut terjadi disaat hasil tes mereka positif COVID-19, diketahui oleh orang lain, dan diwaktu menghadapi reaksi negatif masyarakat, khususnya dari para tetangga. Menurut Villa dkk. (2020), tekanan psikologis seperti kecemasan dan depresi memang dihadapi oleh penyintas COVID-19 akibat stigma dan diskriminasi.

Di sisi lain, para penyintas COVID-19 juga mendapatkan stigma publik berupa pelabelan sosial, ketakutan, isolasi sosial, dan diskriminasi sosial. Pelabelan sosial dapat dilihat dari pengalaman penyintas yang menerima beberapa label dan menjadi bahan pembicaraan di lingkungan sekitar, salah satunya seperti dianggap 'jorok' karena terpapar COVID-19. Hal ini sejalan dengan (Bhanot et al., 2021), seseorang yang pernah terinfeksi suatu virus akan dicap buruk atau berbeda oleh masyarakat sekitar. Di sisi lain, ketakutan publik masih terus dirasakan oleh para penyintas COVID-19, baik disaat mereka bergejala maupun setelah mereka dinyatakan sembuh. Berdasarkan *Ministry of Health and Family Welfare Government of India (MOHFW)*, keadaan darurat kesehatan yang disebabkan oleh wabah penyakit menular dapat menyebabkan ketakutan dan kecemasan masyarakat yang mengarah pada prasangka terhadap pasien ataupun penyintasnya (Singh et al., 2020). Diperkuat dengan beberapa laporan yang menunjukkan bahwa penyintas COVID-19 dihindari dan diperlakukan dengan ketakutan oleh orang lain yang dapat mengarah pada isolasi sosial (Singh et al., 2020).

Berbicara tentang isolasi sosial, tentunya berkaitan dengan perlakuan diskriminasi publik kepada para penyintas. Hal ini selaras dengan Sathyanath (dalam (Goyal et al., 2021)), meskipun pasien telah berhasil sembuh dari COVID-19, mereka tetap merasakan diskriminasi dari masyarakat dan isolasi sosial di lingkungan setempat. Berdasarkan hasil penelitian, para penyintas mendapatkan perlakuan kurang baik dari masyarakat sekitar, seperti dijauhi orang sekitar, tidak ada yang ingin bertemu, bahkan tidak diberikan bantuan ketika menjalani isolasi mandiri.

Karena COVID-19 berkaitan erat dengan bidang kesehatan, tipe stigma berikutnya yang ditemukan dalam penelitian ini adalah stigma kesehatan. Menurut

Hatzenbuehler dan Link (Hatzenbuehler & Link, 2014), stigma dalam konteks kesehatan mengarah kepada perbedaan sistem perawatan yang diberikan ahli kesehatan kepada individu. Berdasarkan pengalaman para penyintas terdapat dua bentuk stigma kesehatan, yaitu sikap dari tenaga kesehatan dan pelayanan dari tenaga kesehatan. Dalam perihal sikap, penyintas merasakan secara langsung kepanikan dan perbedaan nada bicara beberapa tenaga kesehatan ketika mereka diketahui memiliki gejala atau setelah hasil tes menunjukkan positif COVID-19. Pelayanan dari beberapa tenaga kesehatan yang dirasakan para penyintas di antaranya, tidak dilayani atau diperlakukan berbeda saat pemeriksaan, kesulitan dalam mendapatkan tes, tidak diizinkan untuk masuk ke dalam UGD melalui bagian dalam rumah sakit, bahkan ada yang tidak diperkenankan untuk duduk di kursi, dan biasanya setelah mereka pergi tempat dimana mereka berada langsung dibersihkan oleh petugas kesehatan. Hal ini dijelaskan dalam Ramaci dkk. (Ramaci et al., 2020), tenaga kesehatan sering memiliki pemikiran dan perasaan yang kompleks ketika menangani pasien COVID-19, mereka mengalami ketakutan karena virus ini sangat berpotensi untuk menular. Ketakutan ini menimbulkan prasangka terhadap pasien dan dapat menyebabkan tenaga kesehatan memberikan pelayanan yang kurang tepat atau sangat berhati-hati dalam memberikan perawatan kepada orang yang terpapar COVID-19 (Ramaci et al., 2020).

Terakhir, tipe stigma yang ditemukan di antara para penyintas adalah stigma institusi dengan bentuk regulasi yang mendiskriminasi. Livingston (Livingston, 2020) mengatakan bahwa stigma institusi berakar pada peraturan dan kebijakan lembaga sosial yang membatasi hak individu untuk beraktivitas, sedangkan regulasi yang mendiskriminasi merupakan bentuk aturan khusus yang ditujukan

kepada orang yang terkena stigma di lingkungan sekitarnya (Chew et al., 2020). Berdasarkan hasil penelitian, beberapa di antara penyintas pernah mengalami regulasi tersebut, khususnya di tempat kerja dan di klinik kesehatan. Ada penyintas yang hanya bisa masuk kerja, apabila dirinya sudah dinyatakan negatif dengan tes PCR sebanyak dua kali. Ada pun penyintas yang mendapatkan penolakan pelayanan kesehatan di sebuah klinik karena adanya peraturan yang menyebutkan bahwa layanan tersebut tidak diperkenankan untuk penderita COVID-19.

Terlepas dari tipe dan bentuk stigma, penelitian ini juga membahas tentang aktor-aktor yang memberikan stigmatisasi kepada penyintas COVID-19 yang terbagi menjadi empat bagian, yaitu intrapersonal, interpersonal, komunitas, dan institusi. Dalam konteks pandemi COVID-19, pelaku stigma pada bagian intrapersonal adalah penyintas itu sendiri berupa label, kecemasan, depresi, dan menyalahkan diri. Stigma yang diberikan oleh diri sendiri (intrapersonal) biasanya berasal dari persepsi diri yang kemudian mempengaruhi psikologis individu terkait stigmatisasi. Aktor stigma selanjutnya adalah interpersonal yang merupakan rekan kerja, teman belajar, dan keluarga dari para penyintas COVID-19. Bentuk stigma yang mereka terima di antaranya, diskriminasi seperti tindakan langsung memakai masker, disalahkan karena terpapar COVID-19, dijauhi pada saat acara keluarga, dan menjadi bahan pembicaraan di grup sosial media keluarga. Hal ini sejalan dengan Gamarel dkk (Gamarel et al., 2019), stigma interpersonal mengacu pada stereotip dan tindakan diskriminasi yang diberikan oleh orang-orang yang dianggap dekat.

Di sisi lain, pelaku stigma yang datang dari komunitas dapat dilihat dari tetangga, kelompok sosial (para santri dan forum pengajian ibu-ibu), dan publik (antrean pasien). Pengalaman penyintas COVID-19 dalam stigma ini, seperti menjadi

sumber ketakutan, menjadi topik pembicaraan, diperlakukan berbeda, tidak dipedulikan, bahkan beberapa komunitas tidak ingin berada di sekitar penyintas ataupun rumahnya. Menurut Smith dkk.(Smith & Bishop, 2019), stigma dari komunitas dapat diartikan sebagai tindakan stigmatisasi kepada anggota kelompok yang ditandai atau dianggap berbeda dari yang lain. Pelaku stigma yang terakhir datang dari institusi, yaitu tenaga kesehatan, tempat kerja, dan lembaga pendidikan. Para penyintas COVID-19 mengaku bahwa mereka pernah menerima stigma berupa perlakuan kurang baik dari tenaga kesehatan (nada bicara yang berbeda, tidak dilayani, dan dijauhi), tidak diperkenankan untuk menggunakan fasilitas rumah sakit, bahkan mendapatkan penolakan di dalam pelayanan kesehatan. Di tempat kerja (khususnya atasan di kantornya), penyintas tidak dilibatkan dalam rapat luring dan tidak diizinkan untuk masuk ke dalam kantor, sedangkan dari lembaga pendidikan, penyintas tidak diperbolehkan mengikuti PKL walaupun dilaksanakan secara daring dengan alasan masih harus istirahat.

Stigma sosial yang terjadi terhadap penyintas COVID-19 muncul karena ketakutan atas proses penularan virus yang sangat mudah dengan resiko kematian bagi seseorang yang memiliki imun tubuh lemah atau memiliki masalah penyakit yang serius. Selain karena ketakutan masyarakat yang berlebih, stigma terhadap penyintas COVID-19 dapat terjadi ketika masih adanya informasi yang tidak benar (hoaks) dan masyarakat mempercayainya. Disinformasi melalui media tradisional, dan jejaring sosial dapat meningkatkan risiko stigmatisasi dan perilaku yang tidak diinginkan seperti kekerasan fisik dan psikologis terhadap penduduk yang terkena dampak (Miranda et al., 2020).

Berbagai prasangka masyarakat yang masih sering terjadi kepada para penyintas COVID-19 yang sudah terkonfirmasi, mengakibatkan beberapa

yang belum terkonfirmasi statusnya menjadi lebih waspada dan khawatir ketika mereka memiliki gejala COVID-19. WHO (WHO, 2020) menyatakan keprihatinannya karena stigma, kemungkinan beberapa orang tidak akan melaporkan penyakitnya untuk menghindari diskriminasi, menunda akses ke fasilitas perawatan kesehatan sehingga kemungkinan besar dapat meningkatkan penyebaran virus (Singh et al., 2020).

Peran serta masyarakat yang lebih luas sangat dibutuhkan untuk mengurangi penyebaran virus melalui penghindaran sikap yang menjurus kepada stigmatisasi. Logie dan Turan (Singh et al., 2020) merekomendasikan eksplorasi strategi jangka panjang untuk membangun empati dan keadilan sosial untuk pandemi saat ini dan masa depan dengan menyeimbangkan ketegangan antara mitigasi stigma dan pencegahan COVID-19.

Strategi Komunikasi Stigma

Untuk menanggapi stigma yang diterima oleh partisipan, mereka melakukan beberapa bentuk strategi komunikasi. Peneliti menemukan ada empat bentuk strategi yang dibagi berdasarkan diri sendiri dan publik. Strategi pertama yang dilakukan oleh partisipan adalah menerima. Dalam penerimaan ini terbagi lagi menjadi beberapa bentuk, diantaranya menanggapi dengan humor, penerimaan pasif, menunjukkan identitas, dan isolasi diri.

Strategi menanggapi dengan humor dilakukan oleh JT (32) dan WRS (21) kepada keluarga mereka, khususnya WRS yang melontarkan lelucon dengan sepupunya bahwa aktivitas diet yang membuatnya terpapar COVID-19. Hal yang sama dilakukan oleh AY (39) di lingkungan rumahnya dan YD (27) di kantornya. YD (27) mengatakan bahwa kejadian COVID-19 tersebut dijadikan bahan lelucon di tempat kerjanya, sedangkan YD memberikan humor bahwa dirinya adalah pelopor pasien COVID-19 di kantornya. *"Kalau humor*

pernah ketika saya bilang kalau mencari yang pertama positif ya saya pelopornya."

Penerimaan pasif dilakukan oleh partisipan WRS (21), AY (39), dan ES (50). WRS mengakui bahwa ia memilih untuk diam dalam menanggapi stigma yang diberikan tetangganya. *"Saya memilih diam."* AY memilih untuk tidak menanggapi dan tidak bereaksi terhadap stigma yang ia alami. *"Jadi ya caranya biasa saja, tidak menanggapi."* Berbeda dengan bentuk penerimaan pasif yang dilakukan ES. Jika partisipan sebelumnya terkesan lebih cuek, ES justru diam karena memahami sikap pelaku stigma yang ingin menjauh darinya.

Namun, ada juga partisipan yang menanggapi stigma dengan menunjukkan identitas mereka sebagai penyintas. HH (22) yang mengatakan bahwa akan mengaku kalau dirinya pernah mengalami gejala, apabila ada yang bertanya. *"Bagi saya kalau ada yang bertanya ya kakak jawab pernah mengalami gejalanya"*. Begitu juga dengan WRS (21) yang memiliki pengalaman serupa, di mana ia memilih untuk tidak menutupi identitasnya sebagai penyintas COVID-19. Bentuk strategi penerimaan yang terakhir adalah isolasi diri yang dilakukan oleh HH (22). Ia mengaku bahwa dirinya memilih mengisolasi diri untuk menghindari omongan tetangga. *"Aku isolasi lagi untuk menghindari omongan yang tiba-tiba, seperti kok cepat sekali sudah keluar rumah?"*

Strategi kedua yang dilakukan oleh partisipan adalah menghindar dengan dua bentuk, yaitu menyembunyikan identitas dan menghindari situasi stigma. Partisipan yang memilih untuk menyembunyikan identitasnya adalah ES (50). ES memilih untuk tidak memberi tahu tetangga tentang kondisinya karena tidak ingin keadaan menjadi buruk. *"Justru kalau tetangga, Bu RT dan pak RT itu tidak kasih tahu. Ditakutkan nanti menjadi heboh"*. Sementara WRS (21) lebih memilih untuk menghindari situasi stigma dengan tidak berbaur dengan masyarakat sekitar

meskipun dirinya sudah dinyatakan sembuh. *“Ada keinginan untuk berbaur tapi saat ini belum bisa dan memilih menghindar karena masih ngerasa takut. Tidak tahu kedepannya bagaimana takut menularkan lagi, padahal saya sudah sembuh.”*

Selain kedua strategi tersebut, para partisan juga menghadapi stigmatisasi dengan mengurangi ketidaknyamanan. Hal ini dilakukan oleh JT (32) yang melihat sisi positif di waktu dirinya terkena COVID-19. *“Menurut saya pribadi, saya selama covid banyak ambil hikmahnya”*. Partisan yang bernama BE (27) pun mengurangi ketidaknyamanan dengan menjelaskan alasan mengapa dirinya terpapar COVID-19. *“Saya lebih sering kasih responnya itu memberi alasan bahwa saya sebagai petugas pemadam kebakaran mau tidak mau tetapi harus banyak berinteraksi dengan banyak orang”*.

Di sisi lain, bentuk lain dari strategi mengurangi ketidaknyamanan dapat dilihat dari AI (20) yang memilih untuk membagikan pengalaman dirinya di sosial media. *“Saya sering update di Instagram seperti saat sedang berjemur, lalu memberitahu kalau positif covid, dan juga sharing tentang pengalaman sebelum dan sesudah terkena covid*. Hal ini juga ditemukan dalam pengalaman YD (27) yang memberikan wadah untuk berbagi pengalaman terkait COVID-19 di kantornya. *“Kalau saya justru dibuatkan sesi khusus di kantor untuk sharing”*.

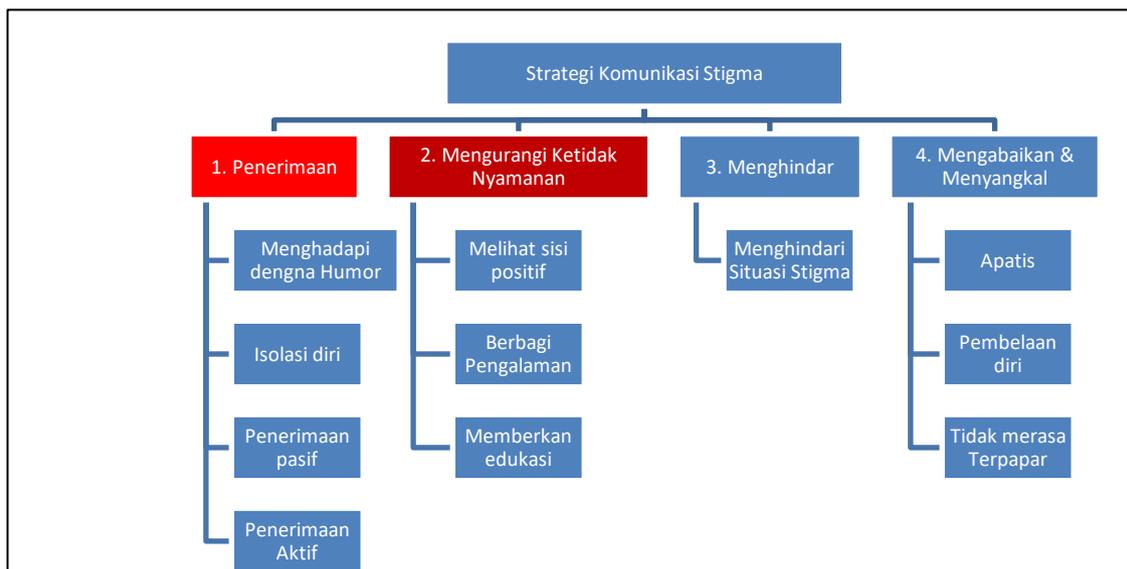
Bentuk strategi selanjutnya adalah mengedukasi, seperti yang dilakukan Reza (23) kepada masyarakat terkait stigmatisasi. *“Kalau mereka membicarakan hal yang salah, saya benarkan karena saya guru IPA ya jadinya mereka percaya-percaya saja. Yang awalnya stigma negatif jadi tidak”*. Hal yang serupa dilakukan oleh HH (22), yaitu memberikan edukasi untuk menghindari mispersepsi dan miskonsepsi, agar tidak menimbulkan kepanikan. HH juga akan mengaku bahwa dirinya mengalami gejala

COVID-19, jika ada yang bertanya kepadanya. *“Justru lebih ke edukasi karena sering terjadi mispersepsi dan miskonsepsi yang menimbulkan kepanikan sendiri. Bagi kakak kalau ada yang bertanya ya kakak jawab pernah mengalami gejalanya”*.

Strategi terakhir yang ditemukan di antara partisipan adalah strategi mengabaikan. JT (32) memilih untuk tetap berinteraksi dengan keluarganya yang merupakan aktor stigma. *“Ketika saya merasa dijauhi oleh keluarga, saya tetap berbicara dengan mereka. Namun, saya juga memilih lawan bicara yang tidak rentan tertular”*. Di sisi lain, AI (20) lebih memilih untuk bersikap cuek dan tetap berpegang pada informasi yang ia punya, jika dirinya disalahkan. *“Saya sendiri tetap cuek. Saya terkadang memberitahu hal yang saya yakin benar, jika saya disalahkan”*.

Strategi mengabaikan juga dilakukan oleh AY (39) yang melakukan pembelaan diri ketika dirinya disalahkan oleh keluarganya. AY memberi respons dengan memaparkan alasan mengapa ia terpapar COVID-19, yaitu karena ia harus merawat ibunya. Bukan hanya itu, sikap apatis yang dilakukan oleh HH (22) juga merupakan strategi mengabaikan yang memperlihatkan rasa cueknya ketika ada tetangga yang memberi label kepada dirinya.

“Sebenarnya aku sendiri cukup cuek ya. Ketika orang lain membicarakan saya tidak peduli.” HH (22) juga mengakui pernah melakukan bentuk penyangkalan, dimana ia merasa bahwa dirinya hanya terkena flu saja walaupun sudah terkonfirmasi positif COVID-19. Hal tersebut dikarenakan oleh adanya jadwal mengajar secara daring. Ia tetap memaksakan diri untuk mengajar sampai pada akhirnya ia merasa tubuhnya semakin lelah dan mulai memiliki gejala COVID-19. *“saat hari pertama terkonfirmasi, aku coba mengajar. Saat itu belum ada gejala. Lalu di hari kedua itu sudah mulai ada gejalanya”*.



Gambar 3. Strategi Komunikasi Stigma

Pengalaman stigma yang dialami oleh partisipan menunjukkan masih rendahnya pemahaman dan kesadaran masyarakat akan COVID-19. Rendahnya pemahaman masyarakat diakibatkan oleh ketersediaan informasi yang akurat terkait penyakit baru ini. Meskipun saat ini ada 202,6 juta jiwa masyarakat Indonesia pengguna internet (Riyanto, 2021), nyatanya banyak misinformasi dan disinformasi yang beredar sehingga menyesatkan masyarakat. Hal ini selaras dengan laporan Kominfo yang menyatakan ada sekitar 1.733 *hoax* COVID-19 dan vaksin yang tersebar hingga dari awal suspek pertama hingga Mei 2021.

Untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang COVID-19, perlu diciptakan sebuah strategi komunikasi kesehatan yang efektif. Ontario Hospital Association merilis sebuah penelitian mengenai strategi komunikasi yang efektif dalam menghadapi COVID-19. Dalam penelitian tersebut dituliskan beberapa prinsip atau elemen yang digunakan untuk menciptakan komunikasi yang efektif, yaitu (1) kepercayaan dan kredibilitas; (2) empati; (3) otonomi dan

pemberdayaan; (4) nilai, emosi, dan pengalaman; (5) keterlibatan masyarakat; (6) kecepatan; (7) segmentasi audiens; dan (8) institusionalisasi.

Selain mengetahui elemen-elemen yang harus ada dalam strategi komunikasi kesehatan yang efektif di masa pandemi COVID-19 ini, kita perlu mengetahui juga tantangan-tantangan yang muncul. Seperti misalnya perbedaan proses mengolah informasi pada individu masyarakat, ketakutan atau bentuk negative emosional pada individu, serta faktor terakhir yang cukup besar pengaruhnya bagi masyarakat Indonesia adalah lingkungan sosial dan budaya. Hal ini terbukti dari beberapa pengalaman partisipan dalam penelitian ini yang umumnya mengalami stigma publik. Analisis tantangan diperlukan untuk mengetahui penggunaan elemen seperti apa yang cocok agar komunikasi benar-benar berjalan efektif.

SIMPULAN DAN SARAN

Sebagai varian penyakit baru, penyebaran COVID-19 menimbulkan kekhawatiran di masyarakat. Peneliti menemukan berbagai bentuk stigma, seperti

labelling, prasangka, dan diskriminasi sebagai respon masyarakat terhadap penderita COVID-19, bahkan setelah mereka menjadi penyintas. Stigma yang diterima para penyintas terbukti menimbulkan dampak secara psikologis dan non-psikologis. Dengan begitu, penyintas COVID-19 melakukan berbagai strategi manajemen stigma berupa penerimaan (*accepting*), penolakan (*avoiding*), mengurangi ketidaknyamanan (*reducing offensiveness*), mengabaikan (*ignoring*), dan menyangkal (*denying*). Jika stigma berlangsung lama, maka akan berdampak pada peningkatan kasus COVID-19 karena masyarakat yang memiliki gejala akan takut untuk memeriksakan diri. Oleh karena itu, diperlukan kerjasama dari seluruh pihak mulai dari pemerintah, tenaga kesehatan, tokoh masyarakat, dan masyarakat. Semua pihak harus bekerja sama membangun kesadaran publik dengan strategi komunikasi yang efektif berdasarkan asas keterbukaan dan empati. Penelitian selanjutnya akan berfokus pada strategi komunikasi kesehatan tenaga kesehatan dalam menanggulangi kasus stigmatisasi pada pasien pengidap suatu penyakit yang belum diketahui penyebabnya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Tim penulis mengucapkan terimakasih kepada Universitas Pendidikan Indonesia yang telah mendanai riset ini melalui Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Airhihenbuwa, C. O., Iwelunmor, J., Munodawafa, D., Ford, C. L., Oni, T., Agyemang, C., Mota, C., Ikuomola, O. B., Simbayi, L., Fallah, M. P., Qian, Z., Makinwa, B., Niang, C., & Okosun, I. (2020). Culture matters in communicating the global response to COVID-19. *Preventing Chronic Disease*, 17(17), 1–8. <https://doi.org/10.5888/PCD17.20024>

5

Armani, M. (2021). *Update Corona Global 29 Agustus: 5 Negara dengan Kasus COVID-19 Tertinggi | Lonjakan Kasus Corona di India, Malaysia, dan Australia*. Kompas.Com. <https://www.kompas.com/tren/read/2021/08/29/083000765/update-corona-global-29-agustus--5-negara-dengan-kasus-COVID-19-tertinggi?page=all#page2>

Bhanot, D., Singh, T., Verma, S. K., & Sharad, S. (2021). Stigma and Discrimination During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8(January), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.577018>

Cai, X., Hu, X., Ekumi, I. O., Wang, J., An, Y., Li, Z., & Yuan, B. (2020). Psychological Distress and Its Correlates Among COVID-19 Survivors During Early Convalescence Across Age Groups. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1030–1039. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.07.003>

Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., & Sim, K. (2020). Psychological and Coping Responses of Health Care Workers Toward Emerging Infectious Disease Outbreaks: A Rapid Review and Practical Implications for the COVID-19 Pandemic. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(6). <https://doi.org/DOI:10.4088/JCP.20r13450>

Coleman, S. J., Stevelink, S. A. M., Hatch, S. L., Denny, J. A., & Greenberg, N. (2017). Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: A systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychological Medicine*, 47(11), 1880–1892. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000356>

- Creswell, J. W. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE.
- Gamarel, K. E., Sevelius, J. M., Reisner, S. L., Coats, C. S., Nemoto, T., & Operario, D. (2019). Commitment, interpersonal stigma, and mental health in romantic relationships between transgender women and cisgender male partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2180–2201. <https://doi.org/10.1177/0265407518785768>
- Goyal, A. K., Bakshi, J., Panda, N. K., Kapoor, R., Vir, D., Kumar, K., & Aneja, P. (2021). Stigmatic Impact of COVID-19 Pandemic on Head & Neck Cancers Survivors. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1007/s12070-021-02545-5>
- Hatzenbuehler, M. L., & Link, B. G. (2014). Introduction to the special issue on structural stigma and health. *Social Science and Medicine*, 103, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.017>
- Iqbal, A., Iqbal, K., Arshad Ali, S., Azim, D., Farid, E., Baig, M. D., Bin Arif, T., & Raza, M. (2021). The COVID-19 Sequelae: A Cross-Sectional Evaluation of Post-recovery Symptoms and the Need for Rehabilitation of COVID-19 Survivors. *Cureus*, 2(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.13080>
- Joshi, B., & Swarnakar, P. (2021). Staying away, staying alive: Exploring risk and stigma of COVID-19 in the context of beliefs, actors and hierarchies in India. *Current Sociology*, 69(4), 492–511. <https://doi.org/10.1177/0011392121990023>
- L. Williams, J., Gonzalez-Medina, D. J., & Vu Le, Q. (2011). Infectious diseases and social stigma. *Medical and Health Science Journal*, 7(April), 2–14. <https://doi.org/10.15208/mhsj.2011.127>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(2001), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D. (2020). A framework for assessing structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues. *June*, 1–25.
- Major, B., Dovidio, J. F., & Link, B. G. (2018). *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. Oxford Library of Psychology. <https://doi.org/DOI:10.1093/oxfordhb/9780190243470.001.0001>
- Meisenbach, R. J. (2010). Stigma management communication: A theory and agenda for applied research on how individuals manage moments of stigmatized identity. *Journal of Applied Communication Research*, 38(3), 268–292. <https://doi.org/10.1080/00909882.2010.490841>
- Miranda, C., Campo-Arias, A., Tirado, F., & Upegui, L. D. (2020). Stigmatisation associated with COVID-19 in the general Colombian population. *International Journal of Social Psychiatry*, November. <https://doi.org/10.1177/0020764020972445>
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90–97. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
- Noltensmeyer, C. J., & Meisenbach, R. J. (2016). Emerging Patterns of Stigma Management Communication Strategies Among Burn Survivors and Relational Partners. *American*

- Behavioral Scientist*, 60(11), 1378–1397.
<https://doi.org/10.1177/0002764216657384>
- Palmer, C., & Bolderston, A. (2006). A Brief Introduction to Qualitative Research. *Canadian Journal of Medical Radiation Technology*, 37(1), 16–19.
[https://doi.org/10.1016/s0820-5930\(09\)60112-2](https://doi.org/10.1016/s0820-5930(09)60112-2)
- Pawar, M. (2020). The Global Impact of and Responses to the COVID-19 Pandemic. *The International Journal of Community and Social Development*, 2(2), 111–120.
<https://doi.org/10.1177/2516602620938542>
- Perry, B. L. (2011). The labeling paradox: Stigma, the sick role, and social networks in mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(4), 460–477.
<https://doi.org/10.1177/0022146511408913>
- Phelan, S. M., Griffin, J. M., Hellerstedt, W. L., Sayer, N. A., Jensen, A. C., Burgess, D. J., & Van Ryn, M. (2011). Perceived stigma, strain, and mental health among caregivers of veterans with traumatic brain injury. *Disability and Health Journal*, 4(3), 177–184.
<https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2011.03.003>
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability (Switzerland)*, 12(9), 1–13.
<https://doi.org/10.3390/su12093834>
- Riyanto, G. P. (2021). *Jumlah Pengguna Internet Indonesia 2021 Tembus 202 Juta*. Kompas.Com.
- Singh, S., Bhutani, S., & Fatima, H. (2020). Surviving the stigma: lessons learnt for the prevention of COVID-19 stigma and its mental health impact. *Mental Health and Social Inclusion*, 24(3), 145–149.
<https://doi.org/10.1108/MHSI-05-2020-0030>
- Smith, R. A., & Bishop, R. E. (2019). Insights into stigma management communication theory: considering stigmatization as interpersonal influence. *Journal of Applied Communication Research*, 47(5), 571–590.
<https://doi.org/10.1080/00909882.2019.1675894>
- Sulistiadi, W., Rahayu, S., & Harmani, N. (2020). Handling of public stigma on COVID-19 in Indonesian society. *Kesmas*, 15(2), 70–76.
<https://doi.org/10.21109/KESMAS.V15I2.3909>
- Sun, P., Lu, X., Xu, C., Sun, W., & Pan, B. (2020). Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of Medical Virology*, 92(6), 548–551.
<https://doi.org/10.1002/jmv.25722>
- WHO. (2020). *Social Stigma associated with COVID-19 A guide to preventing and addressing*.
- Xu, Z., Müller, M., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., Brabban, A., Corrigan, P. W., Walitza, S., Rössler, W., & Rüsçh, N. (2016). Self-labelling and stigma as predictors of attitudes towards help-seeking among people at risk of psychosis: 1-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(1), 79–82.
<https://doi.org/10.1007/s00406-015-0576-2>
- Yuan, Y., Zhao, Y. J., Zhang, Q. E., Zhang, L., Cheung, T., Jackson, T., Jiang, G. Q., & Xiang, Y. T. (2021). COVID-19-related stigma and its sociodemographic correlates: a comparative study. *Globalization and Health*, 17(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12992-021-00705-4>