

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perjalanan hingga akhirnya sepasang suami istri dapat memiliki anak berbeda antara satu pasangan dengan pasangan lain. Terdapat pasangan yang mudah memiliki anak, dan adapula yang tidak. Terdapat pula pasangan yang menikah tanpa adanya keinginan untuk memiliki anak. Pasangan ini disebut sebagai *voluntary childless*. Sementara itu, pasangan yang menikah dan ingin memiliki anak namun secara aktual tidak dikaruniai anak disebut sebagai *involuntary childless*. Penelitian ini akan berfokus kepada *involuntary childless*.

Dalam sudut pandang biologis, setiap individu pada dasarnya memiliki kapasitas atau kemampuan untuk memiliki anak. Namun banyak faktor yang memengaruhi kapasitas ini. Diantaranya faktor genetik, psikopatologi, kekurangan nutrisi, penyakit, dan lingkungan. Faktor genetik seperti adanya abnormalitas pada kromosom dan metabolisme. Faktor psikopatologi seperti adanya *stress* kronis, gangguan psikosis, dan penyalahgunaan narkoba atau obat-obatan terlarang. Sementara itu faktor penyakit misalnya TBC, malaria, dan PCOS (*Polycystic Ovary Syndrome*). Lalu faktor lingkungan seperti misalnya terpapar radiasi, bahan kimia

berbahaya, atau kecelakaan kerja (Poston, 2000). Hal-hal tersebut berkontribusi menentukan apakah pasangan suami istri dapat dengan mudah memiliki anak atau tidak.

Menurut laporan WHO yang dipublikasikan pada April 2023, terdapat 17.5% populasi individu dewasa di dunia yang mengalami kondisi infertilitas. Atau dengan kata lain 1 dari 6 individu dewasa mengalami infertilitas. Di Negara maju, prevalensi infertilitas adalah 17.8% sementara di Negara berkembang dan miskin prevalensinya adalah 16.5% (World Health Organization, 2023). Data terbaru di Indonesia sendiri hanya didapat sampai pada tahun 2020, dimana estimasi pasangan yang mengalami kesulitan dalam memiliki anak di Indonesia adalah sekitar 15-20% (Halim et al., 2021).

Keinginan pasangan untuk memiliki anak namun terhalang oleh kondisi diri berdampak besar pada aspek psikologis individu dan keluarga (Cong et al., 2016). Pada level individu, kemungkinan masalah yang muncul adalah *stress*, kecemasan, depresi, dan masalah seksual. Perempuan mengalami emosi negatif seperti takut, sedih, tertekan, cemburu, putus asa, marah, kasihan, menyalahkan diri sendiri, malu, dan kecewa (Hämmerli et al., 2010). Permasalahan pada level individu ini dapat memicu permasalahan pada level keluarga seperti pertengkaran atau keinginan berpisah dengan pasangan (Bokaie et al., 2012). Pada level sosial, pasangan mendapatkan stigma dari lingkungannya yang kemudian memengaruhi individu secara psikologis dan hubungannya dengan lingkungan sosial (Aarts et al., 2011).

Penelitian terdahulu banyak menyebutkan pola reaksi emosional yang cenderung konsisten terhadap isu infertilitas, dimana individu yang mengalaminya memiliki kecenderungan yang tinggi untuk mengalami gangguan seperti depresi, kecemasan, disfungsi seksual, kesulitan dalam pernikahan dan permasalahan dalam identitas diri. Permasalahan ini terjadi baik pada pasangan yang mencari penanganan medis, maupun pada pasangan yang memilih pasrah atau tidak mencari penanganan medis (Anderson et al., 2003; Connolly et al., 1987; Glover et al., 1996; Greil, 1997; Hjelmstedt et al., 1999; Jones et al., 2004; Lone Schmidt, 2006).

Penanganan medis pada umumnya membutuhkan biaya yang relatif tidak sedikit serta waktu yang tidak cepat (Soimah & Hidayat, 2011). Dari penanganan medis yang tidak mudah tersebut, terdapat efek negatif pada kondisi psikologis pasangan baik istri ataupun suami. Lebih dari 60% pasangan tidak melanjutkan *treatment* IVF (In Vitro Fertilization) karena beban psikologis yang tidak tertahankan. Beban psikologis yang dimaksud tersebut seperti *distress*, kehilangan kontrol diri, merasa distigmatisasi, hingga gangguan perkembangan pada masa dewasa (misalnya jadwal harian atau karir yang terganggu) (Cousineau & Domar, 2007). Masalah lain yang mungkin dihadapi misalnya kebingungan dalam pemilihan *treatment* yang tepat dan pemenuhan biaya untuk melakukan *treatment* (Greil, 1991).

Mereka yang gagal setelah melakukan usaha lewat jalur medis umumnya mengalami perasaan tidak adanya harapan dan kontrol terhadap keadaan (Peterson et al., 2007). Selain itu, ada pula perasaan ketidakpastian terhadap relasi dengan

pasangan yang kemudian bisa menggoyahkan hubungan pernikahan sampai menyebabkan perceraian (Steuber & Haunani Solomon, 2008). Wanita *involuntary childless* dilaporkan mengalami *stress* yang lebih tinggi daripada laki-laki dalam dimensi kepuasan hidup, seksualitas, *self-blame*, kepercayaan diri, serta banyak menunjukkan perilaku menarik diri dari teman atau lingkungan sosial (Anderson et al., 2003).

Pada penelitian ini, akan dibahas salah satu dampak yang paling umum dirasakan oleh wanita *involuntary childless* yaitu *stress*. *Stress* mengacu pada pengalaman seseorang ketika menghadapi situasi yang dianggap membahayakan kesehatan fisik atau psikologis (Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus, & Wagenaar, 2009). *Stress* dapat terjadi ketika seseorang merasa bahwa tuntutan melampaui kapasitas atau sumber daya yang ia miliki untuk menanganinya (Lazarus & Folkman, 1984)

Beberapa faktor yang memengaruhi *stress* diantaranya adalah kepercayaan diri, persepsi terhadap kesehatan diri, dukungan dari keluarga dan pasangan, dan relasi dengan tenaga medis yang melakukan *treatment* (Schneider & Forthofer, 2005). Faktor lain yang banyak diselidiki oleh berbagai penelitian dan berkontribusi terhadap emosi negatif yang dialami wanita *involuntary childless* adalah stigma (Atang, 2016; Cousineau & Domar, 2007; Ergin et al., 2018; Khetarpal & Singh, 2012; Tanaka & Lowry, 2018).

Stigma adalah sifat atau ciri yang terlihat atau tidak terlihat yang berbeda dari “*umumnya*” atau “*kebanyakan orang*” (Goffman, 1963 dalam Remennick, 2000). Individu yang membawa stigma akan didiskreditkan atau dievaluasi sebagai individu yang memiliki kekurangan, tidak utuh, dan tidak sempurna. Stigma juga menunjukkan ketidaksetujuan sosial dan dapat menyebabkan diskriminasi secara tidak adil terhadap individu yang distigmatisasi (Dudley, 2000). Dalam membahas mengenai stigma, terdapat tiga jenis stigma yang pada umumnya dibahas dalam sebuah penelitian yaitu *public stigma*, *perceived stigma* dan *self stigma*.

Public stigma adalah reaksi masyarakat terhadap individu yang distigmatisasi berdasarkan pembentukan sikap negatif terhadap populasi yang distigmatisasi (Corrigan & Shapiro, 2010). Sementara itu, *perceived stigma* adalah kesadaran akan adanya stigma publik atau keyakinan bahwa orang lain menilai, memiliki pemikiran negatif, dan *stereotype* terhadap suatu kondisi tertentu (Barney et al., 2006; Corrigan et al., 2006). Satu studi terhadap lebih dari 80.000 peserta di 16 negara menyimpulkan bahwa *perceived stigma* sangat terkait dengan gangguan mental (Alonso et al., 2008). Sementara *self-stigma* adalah prasangka yang dimiliki oleh individu yang distigmatisasi kepada dirinya sendiri, dimana mereka percaya dan menginternalisasi penilaian negatif dari publik. Hal ini kemudian mengakibatkan berkurangnya harga diri, *self-efficacy* dan keberhargaan dalam lingkungan sosial (Corrigan & Watson, 2002).

Baik ditafsirkan secara akurat ataupun tidak, *perceived stigma* dan *self stigma* memiliki dampak negatif ketika dimiliki oleh orang yang distigmatisasi, seperti misalnya harga diri yang lebih rendah, kepatuhan terhadap pengobatan yang juga rendah, penyesuaian sosial, kualitas hidup yang rendah, dan pembatasan sosial yang lebih tinggi (Alonso et al., 2009; Division & Program, 2001; Link et al., 2001; Pyne et al., 2004; Sirey et al., 2001).

Di suku Bugis, wanita yang belum memiliki anak mendapatkan julukan *butta kodi (bad soil)* yang berarti tanah yang tidak subur. Akibatnya wanita *involuntary childless* lebih banyak menarik diri atau menghindar dari lingkungan untuk mengurangi dampak negatif dari stigma tersebut. Hal ini berbeda dengan laki-laki, pada budaya yang sama, laki-laki yang belum memiliki anak dijuluki *bine kodi (bad seed)* atau benih yang buruk. Respon laki-laki adalah lebih agresif misalnya dengan menikah lagi untuk membuktikan bahwa ia tidak sesuai dengan stigma yang hadir di masyarakat (Syam & Idrus, 2017).

Di Indonesia secara umum terdapat konsekuensi yang lekat terhadap seorang wanita yang belum memiliki anak. Salah satunya adalah penilaian bahwa ia *inadequate* atau tidak cukup. Hal ini diakibatkan definisi wanita yang lengkap atau cukup adalah yang bisa menjalankan peran sebagai ibu. Kemudian, pernyataan yang banyak timbul di masyarakat adalah “*perempuan tidak lengkap tanpa anak*”. Ketika wanita belum mencapai peran sebagai seorang ibu, maka terdapat penilaian bahwa

wanita tersebut tidak cukup/*inadequate*. *Womanhood* dan *motherhood* tidak dapat dipisahkan (Bennett, 2012).

Stigma bahwa dirinya tidak cukup atau telah gagal membuat seseorang bisa memberikan penilaian kepada diri sendiri bahwa dirinya juga gagal atau tidak cukup (Daibes et al., 2018; Tanaka & Lowry, 2018). Internalisasi dari stigma di masyarakat membuat kebanyakan wanita merasa kesulitan untuk membuka dirinya mengenai permasalahan infertilitas terutama ke keluarga atau teman terdekat (Miall, 1986). Tingkat konformitas yang tinggi pada beberapa budaya di dunia juga mendukung adanya stigma (Remennick, 2000). Setiap pasangan dituntut untuk sama seperti kebanyakan pasangan di sekitarnya, sehingga apabila ada pasangan yang berbeda misalnya memilih tidak punya anak atau memang kesulitan untuk memiliki anak, lingkungan akan memandangnya sebagai sesuatu yang negatif.

Penelitian ini akan berfokus kepada *inner world* dari partisipan sehingga yang diukur adalah *perceived stigma* dan *self stigma* yang dalam penelitian ini akan disebutkan sebagai *perceived infertility stigma*. Penelitian yang dilakukan terhadap 615 perempuan yang mengalami infertilitas mengungkapkan hasil bahwa 64% merasakan dirinya distigmatisasi oleh lingkungan. Selain itu, penelitian yang sama juga mengungkapkan bahwa semakin tinggi seseorang mempersepsikan bahwa dirinya distigmatisasi maka semakin tinggi pula *stress* yang dialami (Donkor & Sandall, 2007). Perasaan bahwa ia distigmatisasi cenderung lebih tinggi terutama

pada wanita yang memiliki pendidikan yang rendah, memiliki karir pada level bawah, atau tidak memiliki pekerjaan (Donkor & Sandall, 2007; Remennick, 2000).

Data awal peneliti didapatkan melalui wawancara dengan dua orang narasumber wanita yang belum memiliki anak. Narasumber pertama memiliki usia pernikahan 8 tahun, dan narasumber kedua memiliki usia pernikahan 9 tahun. Apabila sedang pulang ke desa orang tuanya, salah satu narasumber seringkali mendapatkan komentar dari orang sekitarnya seperti '*tidak hebat*', '*kalah dengan adik*', atau '*si tidak punya anak*'. Penilaian ini seringkali ia internalisasi. Hingga kemudian membuatnya membandingkan diri dengan orang lain dan merasa sedih dengan kondisinya. Ia menyayangkan diantara banyaknya identitas diri yang ia miliki misalnya sebagai seorang anak perempuan, wanita yang bekerja, atau sebagai seorang istri yang berkarir, orang di sekitarnya lebih mengidentifikasi dirinya sebagai seseorang yang belum memiliki anak. Hal ini mengindikasikan narasumber pertama merasakan adanya stigma kepada dirinya.

Narasumber kedua merasakan adanya penilaian negatif terutama ketika ia sedang berkumpul dengan orang lain dari mulai keluarga, teman, hingga rekan kerja suaminya. Narasumber kedua merasa ia dipandang berbeda hanya karena ia tidak memiliki anak. Ia kemudian lebih memilih untuk menghindari aktifitas kumpul bersama teman atau keluarga besar. Hal ini ia lakukan karena khawatir dengan komentar atau pertanyaan yang tidak enak didengar. Daripada mendengar hal tersebut, ia lebih memilih untuk menghindar. Narasumber kedua pun merasakan

perasaan *stress* yang luar biasa hingga ia mempertimbangkan untuk mencari bantuan profesional. Ia pun seringkali mempertanyakan keberhargaan dirinya karena merasa ia tidak memiliki peran lain selain sebagai seorang istri yang mengurus rumah dan suaminya.

Dari dua narasumber yang peneliti wawancara di atas, terdapat kesamaan berupa adanya perasaan bahwa keduanya mendapatkan stigma dari lingkungannya. Namun terdapat perbedaan dari bagaimana efek stigma tersebut kepada kondisi psikologisnya. Narasumber pertama merasakan *stress* relatif lebih rendah daripada narasumber kedua. Hal ini peneliti lihat melalui observasi dan bagaimana proses wawancara berlangsung. Terdapat juga cara atau penanganan yang berbeda yang dilakukan oleh narasumber pertama dan kedua. Narasumber pertama tidak menghindari aktifitas kumpul bersama dan mengunjungi saudara-saudaranya di desa. Sementara narasumber kedua menghindari aktifitas berkumpul bersama agar tidak mendapatkan pertanyaan dari orang-orang mengenai kondisi dirinya. Detail mengenai data awal terdapat dalam Tabel 1.1.

Tabel 1.1 Data Awal Penelitian

Narasumber	Usia Pernikahan	Pendidikan / Pekerjaan	Stigma	Cara Menghadapi Stigma dan Kondisi Infertilitas	Stress
1	8 tahun	S1 / Admin di Perusahaan Swasta	Merasa mendapatkan penilaian ‘tidak hebat’, ‘kalah dengan adik’, atau ‘si tidak punya anak’.	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menghindari acara kumpul bersama • Membangun usaha berupa toko kerudung untuk menambah penghasilan agar bisa menggunakannya untuk program bayi tabung 	Stress dirasakan, namun merasa bisa menghadapi kondisinya
2	9 tahun	S1 / Ibu Rumah Tangga (Sebelumnya bekerja selama 7 tahun di Bank Swasta)	Merasa mendapat penilaian ‘berbeda’ dari orang lain	<ul style="list-style-type: none"> • Menghindar dari acara kumpul bersama, lebih banyak menarik diri • Membangun usaha berupa jasa penitipan barang, pakaian dan <i>essential oil</i> untuk menambah kegiatan 	Stress dirasakan, S mempertanyakan “mengapa saya?” , dan merasa membutuhkan pertolongan profesional

Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa semakin seseorang menjadi tertutup pada lingkungan, ia akan kesulitan mendapatkan dukungan sosial. Sementara itu, dukungan sosial justru dibutuhkan untuk memberikan dampak positif pada individu seperti menurunkan kecemasan, depresi, dan *distress* (Slade et al., 2007). Peneliti kemudian menyimpulkan bahwa salah satu yang membedakan dampak stigma terhadap satu individu dengan individu lainnya adalah caranya menghadapi stigma atau *stressornya*, yaitu disebut sebagai strategi *coping*.

Ketika menghadapi situasi yang *stressful*, individu mempunyai strategi *coping* untuk meredakan dampak *distress* yang ia alami. Strategi *coping* mengacu pada upaya kognitif atau perilaku untuk mengelola peristiwa *stress* yang dianggap melebihi sumber daya yang individu miliki (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus & Folkman membagi strategi *coping* menjadi dua tipe berdasarkan fungsinya yaitu *problem focus coping* dan *emotion focus coping*. *Problem focus coping* mencakup strategi yang melibatkan adanya tindakan untuk menyelesaikan sumber permasalahan. Sementara itu, *emotion focus coping* mencakup strategi yang digunakan untuk meregulasi emosi yang *stressful* (misalnya menggunakan obat-obatan terlarang atau mengekspresikan emosi). Terdapat kritik pada pendekatan ini dimana pembagian menjadi dua dimensi dirasa terlalu luas, satu aktifitas *coping* bisa memiliki fungsi untuk meredakan emosi maupun menyelesaikan masalah. Misalnya mencari dukungan dari orang lain bisa membuat emosi menjadi stabil dan mendapatkan solusi dari permasalahan yang dihadapi (Dubow & Rubinlicht, 2011).

Strategi *coping* juga dapat dibedakan menjadi dua dimensi yaitu *disengagement (avoidance)* dan *engagement (approach)*. *Disengagement coping* mencakup perilaku seperti menghindari orang lain, situasi yang membuat ia distigmatisasi, dan penolakan terhadap adanya stigma. Sementara itu, *engagement coping* mencakup usaha untuk melakukan kontrol primer maupun sekunder terhadap *stressor*. Contoh kontrol primer adalah mengontrol reaksi yang diberikan kepada orang yang menstigmatisasi. Sementara itu contoh kontrol sekunder adalah menggunakan distraksi, restrukturisasi kognitif, dan penerimaan (Talley & Bettencourt, 2011).

Strategi *coping* yang aktif atau *problem focus* memiliki pengaruh yang positif dalam menghadapi *distress* pada isu *childlessness*, sementara strategi *coping* yang pasif bisa memperparah *distress* yang dirasakan (Stanton et al., 1992). Namun penelitian lain mengungkapkan bahwa kondisi *involuntary childless* adalah kondisi yang tergolong unik dimana kondisi ini tidak sepenuhnya dapat dikontrol oleh individu yang mengalami dan sifatnya kronis atau dialami secara terus menerus. Sehingga efektifitas dari strategi *coping* terhadap penurunan *stress* pada populasi ini tidak dapat disebutkan secara lugas. Pada beberapa pasangan, meskipun sudah menggunakan strategi *coping* yang aktif dengan melakukan usaha yang besar, hasil akhir tidak selalu sesuai dengan keinginan sehingga *stress* pun belum tentu menurun (Benyamini et al., 2004; Verhaak et al., 2005). Pada beberapa waktu, strategi *coping*

yang pasif atau berfokus pada emosi juga dapat menjadi adaptif dan berguna bagi individu (Lechner et al., 2007; Rapoport-Hubschman et al., 2009).

Strategi *coping* sendiri bisa memiliki pengaruh langsung terhadap *perceived stress*. Penelitian sebelumnya pada populasi individu yang tidak memiliki anak, membagi strategi *coping* menjadi empat jenis berbeda yaitu *active confronting*, *active avoidance*, *passive avoidance* dan *meaning based* (L. Schmidt, Christensen, et al., 2005). *Active-confronting* adalah strategi dimana individu memilih aktifitas yang mengarahkan diri untuk berusaha menyelesaikan permasalahan yang dimiliki. Sementara *active-avoidance* adalah strategi yang berfokus pada pencarian aktifitas lain yang bisa membuat diri tidak fokus pada permasalahan anak. Strategi lain adalah *passive-avoidance*, dimana individu cenderung tidak melakukan usaha dan lebih banyak menunggu serta berharap. Lalu yang terakhir adalah *meaning-based*, dimana individu berusaha mengubah pandangannya dengan melihat pelajaran atau hikmah dari hal yang ia alami. Strategi yang paling berpengaruh terhadap penurunan *perceived stress* adalah *meaning-based* dan *active-confronting* (L. Schmidt, Holstein, et al., 2005).

Sementara itu, penelitian lain pada 116 pria dan wanita yang mengalami infertilitas menunjukkan *coping* yang pasif dan ketidakpuasan terhadap dukungan sosial berpengaruh terhadap masalah kesehatan, depresi, kecemasan dan kedukaan. Sementara *coping* yang aktif akan menurunkan kecenderungan depresi, kecemasan, dan kedukaan. Wanita lebih banyak menggunakan *coping* yang pasif. Sehingga

apabila dibandingkan dengan populasi umum, wanita yang mengalami infertilitas lebih banyak melaporkan permasalahan kesehatan, gejala depresi, dan kecemasan. Sementara itu, laki-laki yang mengalami infertilitas apabila dibandingkan dengan populasi umum cenderung menunjukkan *stress* yang tidak jauh berbeda. Laki-laki yang mengalami infertilitas hanya lebih rendah pada aspek kepuasan terhadap dukungan sosial jika dibandingkan dengan populasi umum (Lechner et al., 2007).

Belum ditemukan penelitian yang meneliti mengenai peran strategi *coping* dalam memperlemah atau memperkuat hubungan antara persepsi distigmatisasi dengan kondisi psikologis pada wanita yang mengalami infertilitas. Namun ditemukan penelitian yang melihat peran strategi coping sebagai moderator dalam hubungan persepsi distigmatisasi dengan kecenderungan depresi. Penelitian tersebut dilakukan pada populasi *gay*. Dimana hasilnya mengungkapkan bahwa *perceived stigma* meningkatkan kecenderungan individu untuk mengalami depresi. Namun, pada individu yang menggunakan strategi *coping engagement*, *perceived stigma* tidak memiliki hubungan yang kuat dengan kecenderungan depresi. Sementara, pada individu yang menggunakan strategi *coping disengagement*, *perceived stigma* cenderung memiliki hubungan yang kuat dengan resiko mengalami depresi (Talley & Bettencourt, 2011). Hal ini mengindikasikan bahwa strategi *coping* memengaruhi hubungan *perceived stigma* dengan kecenderungan depresi pada populasi *gay*. Dimana strategi *coping disengagement* seperti menghindar dari orang lain, situasi

yang membuat individu merasa distigmatisasi, dan menolak adanya stigma, adalah yang paling rentan membuat individu mengalami depresi.

Pada penelitian ini, peneliti tertarik melihat peran strategi *coping* dalam memperkuat atau memperlemah hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress* pada wanita yang mengalami infertilitas. Dengan mengetahui peran strategi *coping* terhadap hubungan *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress*, akan didapatkan data mengenai strategi *coping* apa yang bisa digunakan oleh individu *involuntary childless* ketika mempersepsikan adanya stigma agar *stressnya* menurun. Hal ini penting agar individu yang merasakan mendapatkan stigma dari lingkungan dapat menurunkan *stress* yang ia alami.

1.2 Identifikasi Masalah

Pasangan *involuntary childless* adalah pasangan yang ingin memiliki anak, namun keinginannya ini tidak terwujud karena berbagai macam faktor. Faktor tersebut diantaranya adalah kelainan genetik, penyakit, psikopatologi, dan faktor lingkungan. Hal ini membuat adanya kekecewaan akibat keinginan tidak sesuai dengan kenyataan. Beberapa penelitian di Indonesia mengungkapkan adanya stigma kepada wanita. Misalnya di budaya Bugis, wanita yang belum memiliki anak dianggap tanah yang tidak subur (Syam & Idrus, 2017). Sementara di Indonesia secara umum, wanita dianggap cukup ketika dirinya sudah menjalankan peran sebagai ibu. Sementara ketika seorang wanita belum menjadi seorang ibu, maka wanita dianggap tidak cukup (Bennett, 2012).

Stigma pada dasarnya terbagi menjadi tiga, yaitu *public stigma*, *perceived stigma* dan *self stigma*. *Public stigma* adalah reaksi masyarakat terhadap individu yang distigmatisasi berdasarkan pembentukan sikap negatif terhadap populasi yang distigmatisasi. Sementara *perceived stigma* adalah kesadaran individu akan adanya stigma publik atau keyakinan bahwa orang lain menilai, memiliki pemikiran negatif, dan *stereotype* terhadap suatu kondisi tertentu. Baik ditafsirkan secara akurat ataupun tidak, *perceived stigma* memiliki dampak negatif ketika dimiliki oleh orang-orang yang distigmatisasi, seperti misalnya harga diri yang lebih rendah, kepatuhan terhadap pengobatan yang juga rendah, kualitas hidup yang rendah, dan pembatasan sosial yang lebih tinggi.

Lalu *self-stigma* adalah prasangka yang dimiliki oleh individu yang distigmatisasi kepada dirinya sendiri, dimana mereka percaya dan menginternalisasi penilaian negatif dari publik. Hal ini kemudian mengakibatkan berkurangnya harga diri, *self-efficacy* dan keberhargaan dalam lingkungan sosial. Penelitian ini akan berfokus pada dua jenis stigma yang dapat diukur melalui *self-assessment* yaitu *perceived stigma* dan *self stigma* yang selanjutnya akan disebut sebagai *perceived infertility stigma*.

Data awal peneliti didapatkan melalui wawancara terhadap dua narasumber. Dimana didapatkan hasil bahwa keduanya merasakan adanya stigma dari lingkungan kepada dirinya. Diantara banyaknya identitas sosial yang narasumber miliki, apabila tidak memiliki anak, label '*si tidak punya anak*', '*tidak hebat*' atau '*kalah dengan*

orang lain' yang melekat pada dirinya. Kedua narasumber menyadari bahwa lingkungan memberikan penilaian negatif terhadap dirinya (*perceived stigma*), lalu ia menginternalisasi penilaian negatif tersebut dengan sepakat bahwa dirinya pun negatif (*self-stigma*). Hal ini menimbulkan *stress* terkait kondisi infertilitasnya.

Meskipun demikian, satu narasumber merasakan *stress* yang cukup intens sementara yang lainnya tidak. Narasumber yang merasakan *stress* secara intens cukup banyak melakukan penghindaran dari lingkungan karena takut mendapatkan komentar atau pertanyaan mengenai kondisinya. Sementara narasumber lain yang tidak merasakan *stress* secara intens tidak melakukan cara penghindaran tersebut. Hal ini mengindikasikan bahwa adanya perbedaan pengaruh *perceived infertility stigma* terhadap *stress* terkait infertilitas antara satu individu dengan individu lainnya. Perbedaan dampak *stress* yang dirasakan ini peneliti duga diakibatkan oleh cara individu menghadapi *stressor* yang ia rasakan atau yang biasa dikenal sebagai strategi *coping*.

Strategi *coping* mencakup upaya individu baik secara kognitif atau perilaku untuk menanggulangi tuntutan eksternal atau internal yang spesifik, yang dianggap mengancam dirinya dan melebihi sumber daya yang ia miliki. Terdapat empat strategi *coping* yang dikembangkan oleh peneliti sebelumnya pada populasi *involuntary childless*. Keempat strategi *coping* tersebut adalah *active-confronting*, *active-avoidance*, *passive-avoidance* dan *meaning-based*. Penelitian mengungkapkan bahwa *meaning-based* dan *active-confronting* adalah yang memiliki pengaruh kuat dalam

penurunan *stress*. Namun penelitian lain mengungkapkan permasalahan infertilitas yang kronis dan sulit dikontrol membuat terkadang strategi *coping* yang sifatnya pasif dan berfokus pada emosi juga dapat menjadi adaptif atau baik dalam menurunkan *stress*. Artinya, hasil penelitian sebelumnya tidak konsisten dalam mengungkapkan strategi *coping* apa yang mampu menurunkan *stress* pada populasi *involuntary childless*.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengukur peran masing-masing jenis strategi *coping* sebagai moderator dalam hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress*. Melalui penelitian ini, akan didapat hasil tentang strategi *coping* seperti apa yang bisa dilakukan ketika individu merasakan stigma dari lingkungan agar *stress* yang dialami bisa ditanggulangi.

Adapun pertanyaan penelitiannya adalah sebagai berikut:

1. Apakah strategi *coping active-confronting* memoderasi hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*?
2. Apakah strategi *coping active-avoidance* memoderasi hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*?

3. Apakah strategi koping *passive-avoidance* memoderasi hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*?
4. Apakah strategi koping *meaning-based* memoderasi hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*?

1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian

1.3.1 Maksud Penelitian

Maksud dari penelitian ini adalah mengetahui peran strategi *coping* sebagai moderator dalam hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*.

1.3.2 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah:

- Memperoleh data empirik mengenai bagaimana peran strategi *coping* dalam memengaruhi hubungan antara *perceived infertility stigma* dengan *infertility related stress*.
- Memperoleh data empirik mengenai bagaimana *perceived infertility stigma* berhubungan dengan *infertility related stress*.
- Memperoleh data empirik mengenai gambaran *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*.

- Memperoleh data empirik mengenai gambaran *perceived infertility stigma* yang dirasakan wanita *involuntary childless*.
- Memperoleh data empirik mengenai gambaran strategi *coping* pada wanita *involuntary childless*.

1.4 Kegunaan Penelitian

1.4.1 Kegunaan Teoritis

Kegunaan teoritis dari penelitian ini adalah:

- Memperjelas model hubungan yang terjadi antara strategi *coping*, *perceived infertility stigma* dan *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*.
- Menambah referensi untuk penelitian selanjutnya yang tertarik membahas strategi *coping* pada wanita *involuntary childless*.
- Menambah referensi untuk penelitian selanjutnya yang tertarik membahas *perceived infertility stigma* pada wanita *involuntary childless*.
- Menambah referensi untuk penelitian selanjutnya yang tertarik membahas *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*.

1.4.2 Kegunaan Praktis

Kegunaan praktis dari penelitian ini adalah:

- Memberikan kontribusi berupa data kuantitatif mengenai kondisi aktual strategi *coping*, *perceived infertility stigma* dan *infertility related stress* yang dialami oleh wanita *involuntary childless*.
- Memberikan kontribusi pada peneliti selanjutnya yang ingin membuat rancangan program untuk menurunkan *infertility related stress* pada wanita *involuntary childless*.