

PROSES *GRIEVING* DAN PENERIMAAN DIRI PADA IBU RUMAH TANGGA BERSTATUS HIV POSITIF YANG TERTULAR MELALUI SUAMINYA

Anna Yunita, Made Diah Lestari

Program Studi Psikologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana

Anna.yunita9@gmail.com

Abstrak

Salah satu permasalahan kesehatan yang menjadi perbincangan di dunia adalah HIV-AIDS. Hingga tahun 2013 terdapat 35 juta orang dengan HIV di seluruh dunia (UNAIDS, 2014). Populasi yang berisiko tinggi dalam penularan HIV-AIDS di Indonesia yakni, pengguna narkoba suntik, wanita pekerja seks, dan laki-laki yang berhubungan seks dengan sesama laki-laki (UNAIDS, 2009). Memasuki tahun 2010, terjadi peningkatan jumlah infeksi HIV-AIDS pada kelompok ibu rumah tangga (Kemenkes RI, 2013). Menurut Dalimoenthe (2011) ibu rumah tangga terjangkit HIV dari suami yang melakukan penyimpangan sosial, baik karena seringnya berganti-ganti pasangan seks atau penggunaan narkoba suntik. Tertular HIV dapat menyebabkan timbulnya berbagai kesulitan yang berhubungan dengan harga diri, isolasi sosial, dan kurangnya kesejahteraan psikologis (Asante, 2012). Peters (2013) menemukan kondisi *grieving* wajar terjadi pada individu dengan HIV. Maciejewski, Zhang, Block, dan Prigerson (2007) menemukan bahwa penerimaan diri dapat meningkat apabila kondisi *grieving* menurun. Berdasarkan hal tersebut, peneliti ingin mengetahui proses *grieving* dan penerimaan diri pada ibu rumah tangga berstatus HIV positif yang tertular melalui suaminya.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi, menggunakan responden sebanyak 5 orang ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif yang tertular dari suaminya. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara, FGD, dan observasi. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa proses *grieving* yang dilalui meliputi tahapan penolakan, kemarahan, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan. Terdapat dua bentuk penerimaan, yakni penerimaan negatif dan penerimaan positif. Ketika ibu rumah tangga mengembangkan bentuk penerimaan secara positif, akan berlanjut menuju proses penerimaan diri yang pada akhirnya membentuk *self-compassion* dan *self-disclosure*.

Kata kunci : *grieving*, penerimaan diri, ibu rumah tangga, HIV

Abstract

One of the most health problem which have become an issue all over the world is HIV-AIDS. Until 2013, there were 35 million people with HIV in the world (UNAIDS, 2014). Some population who have high risk of acquiring HIV-AIDS in Indonesia are drug users, prostitutes, and homosexuals (UNAIDS, 2009). In 2010, there was increasing number of HIV-AIDS infection among housewives (Kemenkes RI, 2013). According to Dalimoenthe (2011) housewives infected HIV from her husband who engage risk behavior like free sex or injected drug abuse. Infected by HIV could inflict many difficulties related to pride, social isolation, and lack of psychological well-being. Peters (2013) found that *grieving* condition was normally happen among person with HIV. Maciejewski, Zhang, Block, and Prigerson (2007) found that self-acceptance will be raised if the *grieving* condition declined. Based on those findings, the aim of this study is to know about *grieving* process and self-acceptance on housewives with positive HIV who infected by her husband.

This study was using qualitative methods with phenomenology approach, having 5 housewives with positive HIV status who infected by her husband as respondents. Data collecting techniques used in this study was interview, focus group discussion, and observation. Results showed that *grieving* process involve denial, anger, bargaining, depression, and acceptance. There were 2 kind of acceptance, negative acceptance and positive acceptance. When the housewives develop positive acceptance, it will be continue to self-acceptance process, and also finally will form *self-compassion* and *self-disclosure*.

Keyword: *grieving*, self-acceptance, housewives, HIV

LATAR BELAKANG

Salah satu permasalahan kesehatan yang menjadi perbincangan di dunia adalah HIV-AIDS. Menurut Departemen Kesehatan RI [Depkes RI] (2006), *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) merupakan virus penyebab *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS). Virus HIV menyerang sel darah putih yang bernama limfosit T *helper* yang memiliki reseptor CD4 dipermukaannya (Depkes RI, 2006). Virus HIV menyerang sel darah putih yang bernama limfosit T *helper* yang memiliki reseptor CD4 dipermukaannya (Depkes RI, 2006). Limfosit T *helper* berfungsi untuk menghasilkan zat kimia yang berperan sebagai perangsang pertumbuhan dan pembentukan antibodi tubuh.

Jumlah kasus HIV di Bali yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Bali [Dinkes Pemprov Bali] (2016) menunjukkan bahwa secara kumulatif, hingga Desember 2015 kasus AIDS di Bali mencapai 5.910 kasus, sedangkan kasus HIV mencapai 7.456 kasus. Kasus HIV-AIDS di Bali berada pada tingkat epidemik terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*) karena prevalensi HIV pada subpopulasi tertentu yaitu pengguna narkoba suntik, perempuan pekerja seksual langsung serta narapidana mencapai lebih dari 5% secara terus menerus serta pada ibu hamil kurang dari 1% (Dinkes Pemprov Bali, 2016).

Secara keseluruhan, laki-laki tetap menjadi jenis kelamin dengan temuan kasus HIV-AIDS terbanyak, akan tetapi kasus HIV-AIDS pada perempuan mengalami peningkatan setiap tahunnya. Secara kumulatif dari tahun 2011 hingga 2015, jumlah perempuan di Bali yang baru terinfeksi HIV-AIDS terus mengalami peningkatan (Dinkes Pemprov Bali, 2016). Pada tahun 2011, terdapat 466 perempuan dengan HIV-AIDS di Bali, sedangkan pada tahun 2016 terdapat 1009 perempuan dengan HIV-AIDS di Bali (Dinkes Pemprov Bali, 2016).

Kemenkes RI pada tahun 2013 melakukan riset terkait Estimasi dan Proyeksi HIV-AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016 yang menyatakan bahwa terjadi peningkatan jumlah infeksi HIV-AIDS pada kelompok perempuan berisiko rendah, yakni ibu rumah tangga (Kemenkes RI, 2013). Hingga saat ini, belum terdapat data pasti terkait jumlah ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV-AIDS. Hal ini disebabkan rendahnya kesadaran individu dengan HIV-AIDS untuk melakukan pendataan secara resmi dengan menggunakan kartu tanda penduduk, sehingga tidak dapat dilakukan pencatatan secara pasti perihal jumlah ibu rumah tangga yang terinfeksi HIV-AIDS.

Ibu rumah tangga tidak termasuk dalam populasi berisiko tinggi. Lebih lanjut menurut Kemenkes RI (2013) menyatakan bahwa ibu rumah tangga dikatakan sebagai kelompok perempuan berisiko rendah karena terinfeksi melalui hubungan seksual dengan pasangan (suami) yang telah

terinfeksi sebelumnya dan ibu rumah tangga tidak secara langsung melakukan perilaku berisiko yang dapat mengakibatkan HIV-AIDS. Menurut Dalimoenthe (2011) ibu rumah tangga umumnya terjangkit HIV dari suaminya yang melakukan penyimpangan sosial, baik karena sering berganti-ganti pasangan atau karena penggunaan narkoba jenis suntik.

Menjadi ibu rumah tangga bukanlah hal yang mudah karena individu dituntut mampu memainkan sederet peran secara bersamaan (Baghir, 2003). Peran sebagai ibu rumah tangga menyebabkan tanggung jawab secara terus-menerus dalam memperhatikan kesehatan rumah dan tata laksana rumah tangga, mengatur segala sesuatu di dalam rumah tangga untuk meningkatkan mutu hidup (Hemas dalam Pujiwati, 1983).

Pasca terinfeksi HIV, individu akan mengalami perubahan pada berbagai aspek kehidupannya, mulai dari segi fisik, psikologis ataupun psikososial. Sarafino dan Smith (2010) menyatakan bahwa suatu penyakit yang bersifat parah dapat menimbulkan perasaan negatif seperti kecemasan, depresi, marah, ataupun rasa tidak berdaya dan perasaan-perasaan negatif tertentu. Ketika individu mampu mengembangkan kondisi psikologis secara positif maka dapat mencegah dan memperlambat perkembangan HIV menjadi AIDS (Ironson & Hayward, 2008).

Pasca berstatus HIV positif, individu akan menunjukkan reaksi-reaksi terkait perubahan kondisi dalam hidup, khususnya aspek psikologis. Reaksi-reaksi psikologis yang dihadapi individu dengan HIV positif menurut Nursalam dan Kurniati (2008) diantaranya, konflik intergritas ego yang meliputi perasaan tak berdaya dan putus asa, konflik stres dan respons psikologis yang meliputi penyangkalan, kemarahan, kecemasan, hingga perasaan *irritable*.

Proses *grieving* pertama kali diteliti oleh Dr. Elisabeth Kübler-Ross pada tahun 1969 (Kübler-Ross, 2009). Penelitian yang dilakukan bertujuan untuk melihat reaksi yang ditunjukkan pada individu dalam mengatasi serta berhadapan dengan kedukaan dan tragedi, terutama ketika didiagnosa memiliki penyakit berat atau mengalami perubahan yang sangat besar dalam hidupnya. Penelitian yang dilakukan menemukan bahwa terdapat lima tahapan dalam proses *grieving* yakni penolakan, kemarahan, tawar menawar, depresi, dan penerimaan (Kübler-Ross, 2009). Kübler-Ross (2009) menambahkan bahwa proses *grieving* tidak terjadi secara linier, melainkan membentuk suatu siklus. Menurut Martin dan Doka (2000), dalam menghadapi kondisi *grieving* individu cenderung menggunakan pola tertentu, yakni dalam bentuk pola intuitif yang menekankan pada aspek afektif melalui tangisan atau pola instrumental yang menekankan pada aspek perilaku dan kognitif.

Ibu rumah tangga yang tertular HIV melalui suaminya cenderung mengalami tekanan yang lebih berat dalam menghadapi keadaannya, karena tidak melakukan

perilaku berisiko namun harus mengalami dampak positif HIV (Riasnugrahaini, 2011). Menurut Enright dan North (dalam Riasnugrahaini, 2011), *offender person* adalah pihak yang dianggap bersalah sehingga bertanggungjawab atas kondisi perubahan dalam hidup, dalam penelitian ini *offender person* adalah sosok suami. Menurut Worthington (2007), individu yang menjadi korban dari ketidakadilan dapat memberi respon berupa kemarahan, ketakutan, dan kebencian, serta dapat menyimpan dendam terhadap *offender person*.

Terdapat tiga bentuk konsekuensi negatif dari konteks perasaan tidak memaafkan *offender person* pada kondisi HIV, yakni konsekuensi emosional dan psikososial, perilaku, serta biomedis (Worthington, 2007). Konsekuensi emosional dan psikososial dari perasaan tidak memaafkan secara intrapersonal meliputi *self-esteem* yang rendah, *guilt*, keputusasaan, *self-blame*, dan depresi. Sedangkan, secara interpersonal perasaan tidak memaafkan akan berdampak pada kemarahan, kebencian, kurangnya empati, dan perasaan tidak dicintai. Konsekuensi terhadap perilaku secara intrapersonal meliputi perilaku *self-destructive* (misalnya ketergantungan terhadap obat-obatan dan alkohol), dan secara interpersonal meliputi perilaku seksual tidak bertanggungjawab hingga perilaku berisiko menularkan HIV kepada pihak lain. Konsekuensi biomedis secara intrapersonal meliputi peningkatan stres, disfungsi sistem kekebalan tubuh, dan peningkatan perkembangan penyakit. Sedangkan, secara interpersonal meliputi penyakit infeksi menular seksual (Worthington, 2007).

Apabila individu mempertahankan kondisi *grieving* yang meliputi bentuk-bentuk reaksi yang negatif seperti penolakan, kemarahan, tawar-menawar, ataupun depresi akan menyebabkan munculnya penderitaan psikologis. Menurut Germer (2009) penderitaan psikologis merupakan akumulasi emosi, reaksi, ataupun perasaan negatif yang dipertahankan secara resisten yang akan berdampak secara destruktif kepada individu.

Ketika proses *grieving* yang dijalani mampu mencapai penerimaan terhadap status HIV, maka individu mampu bangkit dari kondisi *down* yang dialami sebelumnya. Di tahapan ini, individu mulai menanamkan komitmen dan mengubah pemikiran irasional yang dimiliki serta dikembangkan dalam tahapan-tahapan sebelumnya. Pada tahapan penerimaan, individu akan menerima kondisi yang dimiliki sebagai sebuah realita yang harus dijalani (Kübler-Ross, 2009).

Apabila individu mampu mencapai tahap penerimaan terhadap status HIV positif, memungkinkan individu untuk mengembangkan penerimaan diri yang efektif terkait status HIV positif yang dimiliki. Penerimaan diri menurut Germer (2009) merupakan kemampuan individu untuk memiliki suatu pandangan positif mengenai diri yang sebenar-benarnya. Proses penerimaan diri menurut Germer (2009) meliputi tahap

keengganan, keingintahuan, toleransi, pembiaran, dan persahabatan. Penerimaan diri memungkinkan individu untuk mengevaluasi sifat yang berguna dan tidak berguna, serta menerima apapun aspek negatif sebagai bagian dari kepribadian mereka (Morgado dalam Pamungkas, 2015). Indikator penting dalam penerimaan diri adalah tidak adanya sikap pasrah dan mampu menerima identitas diri secara positif (Coleridge, 1993).

Terdapat perbedaan antara tahap penerimaan pada proses *grieving* dan penerimaan diri. Penerimaan pada proses *grieving* hanya berfokus pada aspek kognitif terkait kondisi HIV. Individu akan memulai menanamkan komitmen dan menghilangkan pemikiran irasional, sedangkan penerimaan diri merupakan perwujudan dari aspek kognitif menjadi serangkaian perilaku. Penerimaan diri merupakan kondisi pertumbuhan dan kesejahteraan psikologis individu dengan status HIV positif. Ryff (dalam Snyder, Lopez, & Pedrotti, 2010) menyatakan bahwa penerimaan diri merupakan karakteristik utama yang mencerminkan kondisi psikologis individu yang sehat mental dan matang. Individu yang memiliki penerimaan diri yang efektif ditandai dengan sikap positif terhadap diri sendiri.

Maciejewski, Zhang, Block, dan Prigerson (2007) menemukan bahwa terdapat hubungan dengan sifat berbanding terbalik antara proses *grieving* dan penerimaan diri. Penerimaan diri tidak dapat dikembangkan apabila apabila kondisi *disbelief*, *yearning*, *anger*, dan *depression* dalam tahapan *grieving* masih dipertahankan secara kuat. Sebaliknya, penerimaan diri dapat dikembangkan apabila kondisi-kondisi dalam tahapan *grieving* menurun.

Proses *grieving* dan penerimaan diri merupakan aspek penting untuk diketahui khususnya pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Proses *grieving* dapat menunjukkan perubahan kondisi psikologis ibu rumah tangga pasca terinfeksi HIV, yang tentunya dipengaruhi oleh aspek lain seperti aspek fisik ataupun sosial. Perubahan kondisi psikologis tersebut dapat dijelaskan secara holistik, mulai dari baru mengetahui diagnosa HIV positif sampai dengan kondisi mampu menerima dan berdaya dengan status HIV positif. Penerimaan diri pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif dapat menunjukkan kualitas hidup khususnya kesejahteraan psikologis yang dimiliki, sehingga dapat menjadi bahan evaluasi, khususnya bagi diri ibu rumah tangga dengan HIV positif.

Berdasarkan pemaparan di atas, pertanyaan dari penelitian ini adalah bagaimana gambaran proses *grieving* dan gambaran penerimaan diri pada diri ibu rumah tangga berstatus HIV positif yang tertular dari suaminya?

METODE PENELITIAN

Tipe penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Menurut Marshall dan Rossman (2006), penelitian kualitatif bertujuan untuk mengetahui, menafsirkan, dan menjelaskan secara mendalam serta komprehensif mengenai suatu fenomena. Pendekatan penelitian kualitatif yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan fenomenologi. Pendekatan fenomenologi berfokus pada pengalaman, kepercayaan hingga persepsi yang dimiliki kelompok terkait fenomena tertentu (Saldana, 2009).

Karakteristik responden

Penelitian ini melibatkan lima orang ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Rentang usia dari seluruh responden yaitu mulai 29 – 42 tahun. Empat orang responden berstatus sebagai *single parent*, sedangkan satu orang responden masih terikat dalam hubungan pernikahan. Seluruh responden memiliki status HIV positif dengan faktor penularan berasal dari hubungan seksual dengan suami yang telah terinfeksi HIV-AIDS. Seluruh responden menjalankan peran utama sebagai ibu rumah tangga. Setelah bergabung dalam Yayasan Dua Hati Bali dan Kelompok Usaha Mutiara Bali, seluruh responden menjalankan kegiatan produksi kerajinan aksesoris perempuan.

Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik	Responden I (AB)	Responden II (DC)	Responden III (KA)	Responden IV (WD)	Responden V (YK)
Usia	42 tahun	39 tahun	29 tahun	38 tahun	41 tahun
Alamat	Ubung	Pekambangan	Ubung	Tabanan	Padang Sambian
Lama Mengetahui Status HIV positif	4 tahun	9 tahun	4 tahun	4 tahun	8 tahun
Status Pernikahan	<i>Single parent</i>	<i>Single parent</i>	Menikah	<i>Single parent</i>	<i>Single parent</i>
Agama	Islam	Hindu	Hindu	Hindu	Hindu
Anak dengan Status HIV positif	Tidak ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada	Ada

Lokasi pengumpulan data

Penelitian ini mengambil lokasi pada Yayasan Dua Hati Bali dan Kelompok Usaha Mutiara Bali. Kelompok usaha ini digunakan sebagai lokasi penelitian karena kelompok usaha ini memiliki sebuah keunikan, bahwa belum banyak kelompok atau komunitas ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif yang berkumpul dalam suatu kegiatan terarah dengan tujuan pemberdayaan dan peningkatan keterampilan.

Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan tiga teknik, yakni wawancara, *focus group discussion* (FGD), dan observasi. Pelaksanaan wawancara dan FGD

menggunakan panduan wawancara (*guideline* wawancara) yang disusun berdasarkan teori proses *grieving* menurut Kübler-Ross (2009) dan teori proses penerimaan diri menurut Germer (2009). Hasil wawancara dan FGD dibuat dalam bentuk verbatim, sedangkan hasil observasi dibuat dalam bentuk *fieldnote*.

Analisa data

Penelitian ini menggunakan teknik *theoretical coding* yang terdiri atas tiga tahap pengkodean, yaitu *open coding*, *axial coding*, dan *selective coding* (Strauss & Corbin, 2013).

Proses *open coding* merupakan awal dari proses analisis data. Proses ini dilakukan dengan cara pemberian kode-kode pada seluruh teks, baik yang berasal dari verbatim wawancara, verbatim FGD maupun *fieldnote* yang sesuai dengan fokus penelitian (Strauss & Corbin, 2013). Proses *axial coding* merupakan penempatan kembali dari hasil sistem *coding* yang telah dihasilkan dari proses *open coding* dalam bentuk kategori kronologis ataupun keterkaitan kode data (Strauss & Corbin, 2013). Berdasarkan hasil *coding* dari proses sebelumnya, dilakukan *selective coding* dengan memilih tema-tema atau kategori yang sesuai dengan pertanyaan penelitian.

Teknik pemantapan kredibilitas data penelitian

Terdapat beberapa macam cara pengujian kredibilitas data antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, meningkatkan ketekunan, triangulasi data, analisa kasus negatif, dan menggunakan bahan referensi (Sugiyono, 2014). Teknik pengujian kredibilitas yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah meningkatkan ketekunan, teknik triangulasi data, dan penggunaan bahan referensi.

Isu etika penelitian

Penelitian ini melibatkan ibu rumah tangga yang memiliki status HIV positif, sehingga wajib menjaga kerahasiaan data responden dengan tidak mencantumkan nama responden. Aspek kerahasiaan dapat menciptakan rasa kepercayaan dan keamanan pada diri responden. Ketika proses penelitian telah berakhir, hasil penelitian dapat diberikan kepada responden ataupun pihak institusi jika dibutuhkan.

HASIL PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian fenomenologi dengan level analisis kelompok. Setelah peneliti menemukan pola kesamaan dan hubungan dari seluruh responden atas pertanyaan penelitian, kemudian dibuat dalam bentuk topik-topik utama yang berlaku pada seluruh individu dalam tataran

kelompok ibu rumah tangga berstatus HIV positif yang tertular melalui suaminya. Segala hal yang dituangkan dalam bagan hasil penelitian ini merupakan fakta hasil temuan dari proses pengumpulan data yang telah dianalisis. Hasil penelitian akan dipaparkan berdasarkan temuan utama dalam penelitian yakni kondisi *grieving* dan penerimaan diri.

Tipe penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Metode penelitian kualitatif adalah proses penyelidikan untuk memahami permasalahan manusia dan permasalahan sosial, dimana peneliti membangun gambaran yang kompleks dan holistik, menganalisis kata-kata, melaporkan secara rinci pandangan responden terkait dengan permasalahan penelitian (Creswell, 1998). Pendekatan fenomenologi dalam penelitian kualitatif bertujuan untuk menjelaskan makna dari pengalaman hidup beberapa individu terkait dengan suatu fenomena yang dialami (Creswell, 1998).

Karakteristik responden

Penelitian ini melibatkan tiga orang responden yang memenuhi kriteria sebagai laki-laki yang telah mengidentifikasi dirinya sebagai seorang *gay*, berusia diatas 15 tahun dan telah melakukan *coming out*. Kriteria *coming out* yang digunakan didasarkan pada definisi Zastrow (2010) yaitu telah mengakui kepada diri sendiri dan orang lain bahwa dirinya adalah seorang *gay*, sementara pembatasan rentang usia responden yang digunakan berdasarkan pertimbangan teori yang dikemukakan oleh Papalia (2008), yang menyatakan bahwa individu *gay* baru mulai mengidentifikasi dirinya sebagai seorang *gay* setelah berusia 15 tahun atau lebih.

Berikut gambaran umum responden dalam penelitian ini :

Karakteristik	Responden D	Responden A	Responden G
Usia	23 tahun	19 tahun	25 tahun
Lama menjadi gay	9 tahun	6 tahun	11 tahun
Lama <i>coming out</i>	5 bulan	1 tahun	6 tahun
Status <i>coming out</i>	Kepada diri sendiri, ibu, bapak, kakak laki-laki dan satu rekan kerja.	Kepada satu teman sma dan tiga orang teman dekat.	Kepada satu sepupu dan dua orang sahabat.

Lokasi pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan di daerah Denpasar. Hal ini karena seluruh responden yang terlibat dalam penelitian ini tinggal di daerah Denpasar. Kesamaan daerah tempat tinggal ini merupakan ketidaksengajaan karena lokasi penelitian tidak menjadi kriteria dalam menentukan responden penelitian.

Teknik pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik wawancara dan observasi. Pelaksanaan wawancara menggunakan panduan wawancara (*guidelines* wawancara) yang disusun berdasarkan dimensi konsep diri menurut Calhoun & Acocella (1990). Hasil wawancara berupa rekaman suara diubah dalam bentuk teks verbatim, sedangkan hasil observasi dibuat dalam bentuk *fieldnote*.

Teknik analisis data

Proses analisis data dalam penelitian ini menggunakan tahapan analisis data yang dikemukakan oleh Moustakas (dalam Creswell, 1998), diawali dengan menyusun deskripsi lengkap pengalaman responden, lalu memilih, menyusun dan mendata pernyataan-pernyataan responden yang signifikan dengan fenomena yang menjadi topik penelitian agar tidak berulang dan saling tumpang tindih. Langkah selanjutnya, pernyataan responden dikelompokkan menjadi "*meaning units*", membuat deskripsi tekstural dari pengalaman responden disertai contoh verbatim dan deskripsi struktural dari fenomena responden. Tahap terakhir adalah membuat deskripsi menyeluruh tentang makna dan esensi dari pengalaman responden penelitian.

Teknik pemantapan kredibilitas data penelitian

Uji kredibilitas data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan melalui perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, menggunakan bahan referensi, analisis kasus negatif maupun dengan *member check* (Sugiyono, 2014). Teknik pemantapan kredibilitas data penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik triangulasi dan menggunakan bahan referensi.

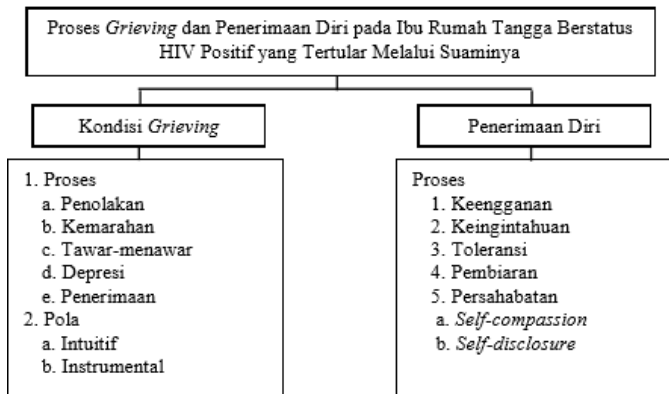
Isu etika penelitian

Penelitian ini menggunakan semacam kontrak sosial berupa *informed consent* untuk menjaga etika penelitian, yang di dalamnya tercantum deskripsi dan prosedur penelitian, kemungkinan-kemungkinan yang dapat terjadi selama proses penelitian serta hak-hak responden selama penelitian. *Informed consent* yang digunakan bersifat resmi dan berlandaskan hukum serta disepakati oleh kedua belah pihak yaitu responden dan peneliti, sehingga dapat mengantisipasi terjadinya cedera sosial baik dari sisi responden penelitian maupun peneliti itu sendiri (Herdiyansyah, 2015).

HASIL PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian fenomenologi dengan level analisis kelompok. Setelah peneliti menemukan pola kesamaan dan hubungan dari seluruh responden atas pertanyaan penelitian, kemudian dibuat dalam bentuk topik-topik utama yang berlaku

pada seluruh individu dalam tataran kelompok ibu rumah tangga berstatus HIV positif yang tertular melalui suaminya. Segala hal yang dituangkan dalam bagan hasil penelitian ini merupakan fakta hasil temuan dari proses pengumpulan data yang telah dianalisis. Hasil penelitian akan dipaparkan berdasarkan temuan utama dalam penelitian yakni kondisi *grieving* dan penerimaan diri



Gambar 1. Bagan Pola Temuan Hasil Penelitian

Kondisi grieving

Proses grieving

Terdapat lima tahapan dalam proses *grieving* yang dilalui oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif, yakni tahap penolakan, kemarahan, tawar-menawar, depresi, dan penerimaan. Kelima tahapan tersebut diacu berdasarkan teori Kübler-Ross mengenai *the five stages of grieving* (2009).

Tahap penolakan

Pola yang ditemukan dari seluruh responden menemukan bahwa penolakan ditunjukkan dalam tiga bentuk yakni penolakan terhadap hasil tes, penolakan terhadap konseling, dan penolakan terhadap anak.

Ketika hasil tes menunjukkan diagnosa reaktif atau positif HIV, ibu rumah tangga melakukan mekanisme penolakan terhadap hasil tes yang diekspresikan dalam bentuk respon kognitif, fisik dan perilaku. Respon kognitif yang ditunjukkan yakni kepercayaan bahwa hasil tes adalah negatif disertai dengan respon *shock*, pikiran tidak percaya dan pikiran tentang kematian. Respon fisik yang ditunjukkan yakni kepala pusing, merasa kaku, dan disfungsi pada sejumlah anggota tubuh seperti mata, kaki, bibir, dan telinga. Respon perilaku yang ditunjukkan yakni menangis, berteriak, bingung, diam, dan berontak.

Pasca mengetahui status HIV positif, ibu rumah tangga cenderung mengabaikan saran dari tenaga medis seperti tidak langsung menjalankan terapi ARV dan mengabaikan tes CD4. Ibu rumah tangga dengan status HIV

positif berpendapat bahwa terapi ARV merupakan hak bagi masing-masing individu dengan HIV, sehingga tidak ada keharusan untuk menjalankannya. Ketika seorang ibu rumah tangga terdiagnosa HIV positif, reaksi yang ditimbulkan ialah takut untuk memegang anak sendiri, yang disebabkan kurangnya pengetahuan bahwa sentuhan tidak akan menularkan HIV. Ketakutan secara lebih lanjut mengakibatkan adanya perilaku mengabaikan anak.

Tahap kemarahan

Pola yang ditemukan dari seluruh responden, menemukan bahwa kemarahan diproyeksikan kepada dua pihak yakni secara internal dan eksternal. Kemarahan secara internal diekspresikan kepada diri sendiri dan tidak ditunjukkan kepada orang lain. Respon yang ditunjukkan meliputi kebencian pada diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, merasa sebagai orang paling buruk di dunia, rasa marah dan jengkel kepada diri sendiri. Kemarahan secara eksternal diekspresikan kepada pihak diluar diri. Adapun terdapat dua pihak yang menjadi sasaran kemarahan oleh ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif adalah suami serta Tuhan dan agama.

Tahap tawar-menawar

Responden mengembangkan kepercayaan irasional terkait status HIV positif yang dimiliki. Bentuk kepercayaan irasional yang dimiliki seperti penyesalan terhadap pernikahan dengan suami dan menempuh solusi untuk menghilangkan virus dari tubuh yang dilakukan dengan dua acara, yakni berpindah agama untuk mencari kesembuhan, menggunakan pengobatan non medis untuk mencari kesembuhan.

Tahap depresi

Kondisi depresi dialami oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Adapun kondisi depresi akan dijabarkan dalam dua topik yakni faktor pemicu depresi dan tampilan gejala depresi. Depresi yang terjadi pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif dipicu oleh faktor minimnya dukungan sosial dan penurunan kondisi fisik.

Penelitian ini menemukan sejumlah perilaku yang menunjukkan minimnya dukungan sosial, seperti tidak adanya pendampingan keluarga dalam pengobatan, tindakan pemasangan oleh keluarga, anak yang menolak kontak fisik dengan ibunya, pemisahan alat makan oleh keluarga, pengusiran dari rumah, hingga penghinaan identitas diri sebagai perempuan bervirus.

Disamping faktor minimnya dukungan sosial, penurunan kondisi kesehatan dalam bentuk infeksi oportunistik yang dipicu oleh faktor penurunan jumlah CD4

dalam tubuh. Bentuk-bentuk penurunan kondisi kesehatan seperti penurunan berat badan yang drastis, gatal-gatal, bisul, jamur di mulut hingga diare. Kondisi-kondisi penurunan kesehatan menyebabkan depresi pada ibu rumah tangga dengan HIV.

Terdapat lima tampilan gejala depresi yang terjadi adalah munculnya waham-waham tertentu seperti merasa diri gila, hingga menganggap keluarga akan menjual dan mengotopsi tubuhnya, penurunan kesadaran dan mengabaikan norma di lingkungan, kelelahan secara terus-menerus, mengabaikan pekerjaan rumah tangga yang rutin dilakukan, dan kehilangan minat untuk bergaul.

Tahap penerimaan

Tahapan akhir dari proses *grieving* yang dialami adalah penerimaan. Perubahan kondisi fisik menjadi lebih sehat merupakan faktor utama yang menimbulkan komitmen penerimaan pada diri ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif. Penerimaan ibu rumah tangga atas status HIV positif pada dirinya merujuk pada komitmen yang dimiliki untuk mulai bangkit dari keterpurukan yang dialami pada empat tahap sebelumnya. Komitmen yang dimiliki juga dipengaruhi oleh makna atas kondisi penerimaan.

Terdapat dua bentuk makna penerimaan, yakni makna secara negatif dan makna secara positif. Makna penerimaan secara negatif merujuk pada sikap pasrah karena merasa bahwa tidak ada hal yang dapat dilakukan atas kondisi HIV, serta adanya perasaan negatif seperti kecewa dan sedih. Makna penerimaan secara positif merujuk pada sikap mau berusaha dan bangga atas identitas diri sebagai ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Penerimaan disertai dengan perasaan positif seperti bahagia dan tidak ada perasaan negatif seperti kecewa.

Pola *grieving*

Proses *grieving* yang dialami oleh ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif, dijalani dengan menggunakan kecenderungan pola *grieving*. Adapun terdapat dua pola *grieving*, yakni pola intuitif dan pola instrumental. Pola intuitif ditunjukkan dalam bentuk afeksi yang sangat kuat. Ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif cenderung mengekspresikan emosi negatif seperti kemarahan dan keegoisan serta yang dilampiaskan cara menangis sepanjang waktu. Pola intuitif lebih menonjolkan aspek afeksi daripada aspek perilaku ataupun kognitif, oleh karena itu sangat minim adanya aktivitas yang dilakukan oleh ibu rumah tangga pada pola intuitif.

Pola instrumental menekankan pada pemikiran yang logis serta cara yang lebih aktif dalam bentuk perilaku. Pada

pola instrumental, ibu rumah tangga dengan status HIV positif menyadari bahwa menyangkal status HIV positif tidak selamanya menyebabkan kematian, sekalipun berstatus HIV positif, ibu rumah tangga mampu hidup panjang umur. Ibu rumah tangga dengan status HIV positif menanamkan komitmen untuk tidak menangis lagi, tidak menjadi pribadi yang lemah dan menjadi pribadi yang kuat. Aspek perilaku dalam pola instrumental ditunjukkan dengan perubahan aktivitas yang dilakukan oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Sebagai ibu rumah tangga, bentuk utama dari aspek perilaku ialah kembali melakukan aktivitas rumah tangga seperti memasak dan merawat anak. Ketika ibu rumah tangga merasa bahwa aktivitas di dalam rumah telah kembali normal, ibu rumah tangga mulai mencari aktivitas di luar rumah. Bentuk aktivitas yang dilakukan berfokus pada komunitas dengan kesamaan status sesama individu dengan HIV positif dalam bentuk kelompok dukungan.

Penerimaan diri

Penerimaan diri merupakan bentuk lanjutan dari tahapan kelima dalam proses *grieving* dengan makna penerimaan secara positif. Proses penerimaan diri dalam penelitian ini diacu berdasarkan teori proses penerimaan diri menurut Germer (2009), yang terdiri dari tahapan keengganan, keingintahuan, toleransi, pembiaran, dan persahabatan.

Tahap keengganan

Setelah ibu rumah tangga memiliki komitmen untuk menerima status HIV positif pada dirinya, ibu rumah tangga mungkin berhadapan dengan perasaan tidak menyenangkan yang merupakan dampak dari status HIV positif. Adapun terdapat bentuk reaksi dari status HIV positif yang dijumpai dalam penelitian ini, yakni penurunan kondisi kesehatan dan risiko adanya stigma serta diskriminasi kepada ibu rumah tangga terkait status HIV positif. Ibu rumah tangga selanjutnya melakukan mekanisme untuk menghindari dari kondisi sakit dan bersikap selektif dalam pergaulan sehingga menutup kemungkinan munculnya stigma ataupun diskriminasi.

Tahap keingintahuan

Ibu rumah tangga dengan status HIV positif mengembangkan rasa keingintahuan terhadap permasalahan dan situasi yang mereka hadapi sehingga mereka ingin mempelajari lebih lanjut mengenai permasalahan yang dihadapi. Cara yang dilakukan meliputi mencari jati diri melalui kegiatan spiritual hingga keikutsertaan dalam komunitas yang secara khusus berfokus pada isu perempuan dalam konteks ibu rumah tangga dengan status HIV positif.

Tahap toleransi

Pada tahap toleransi, ibu rumah tangga akan menahan perasaan tidak menyenangkan yang mereka alami sebagai akibat dari status HIV positif. Ibu rumah tangga akan mengembangkan sikap toleran terhadap perasaan yang tidak menyenangkan sehingga tidak berdampak secara negatif bagi diri ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif. Ibu rumah tangga akan mengembangkan mekanisme yang efektif saat berada dalam kondisi yang negatif, seperti mengkonsumsi obat, beristirahat saat terjadi kesehatan tidak prima, ataupun menahan diri atas perlakuan buruk dari lingkungan (tidak membalas perlakuan buruk tersebut).

Tahap pembiaran

Ibu rumah tangga dengan status HIV positif secara terbuka membiarkan perasaan negatif terkait status HIV positif mengalir dengan sendirinya, dalam hal ini diperlukan sikap ikhlas. Pada tahapan ini, ibu rumah tangga dengan status HIV positif dapat mencapai konsistensi dan stabilitas dalam bereaksi dengan dampak dari status HIV pada diri.

Tahap persahabatan

Seiring dengan berjalannya waktu, ibu rumah tangga mulai bangkit dari perasaan tidak menyenangkan sebagai konsekuensi dari status HIV positif. Ibu rumah tangga dengan status HIV positif menyadari bahwa keberanian merupakan hal utama yang harus dimiliki untuk bersahabat dengan status HIV positif. Pada tahapan ini juga muncul keinginan untuk mampu memotivasi ibu rumah tangga lainnya yang memiliki kesamaan status.

Ibu rumah tangga pada akhirnya mampu bersyukur, lebih menghargai diri, menyadari perubahan sifat buruk (arogan, kasar, keras kepala) menjadi lebih baik dan bijaksana, serta adanya perubahan kualitas hubungan dengan anak pasca berstatus HIV positif. Perubahan-perubahan tersebut pada akhirnya melahirkan kondisi mencintai dan mengasihi diri sendiri (*self-compassion*).

Ibu rumah tangga dengan status HIV positif menyadari bahwa stigma dan diskriminasi yang selama ini dialami oleh kelompok mereka, berasal dari sikap menutup diri yang diibaratkan seperti pagar tinggi. Ketika pagar tinggi dapat dirobohkan secara mandiri oleh kelompok individu dengan HIV khususnya ibu rumah tangga, maka dapat meminimalisir stigma dan diskriminasi. Untuk menanggulangi hal tersebut, ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif pada akhirnya mampu membuka status tanpa batasan (*self-disclosure*) dengan tujuan mengedukasi masyarakat luas mengenai HIV-AIDS.

PEMBAHASAN DAN KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan akan disampaikan dalam dua topik utama, yaitu kondisi *grieving* dan penerimaan diri. Kondisi *grieving* akan disampaikan dalam dua sub topik bahasan yakni proses *grieving* menurut Kübler-Ross (2009) dan pola *grieving* menurut Martin dan Doka (2000). Penerimaan diri akan disampaikan dalam bentuk proses penerimaan diri menurut Germer (2009).

Saat ibu rumah tangga mengetahui dirinya positif HIV, akan muncul suatu reaksi *grieving*. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang ditemukan oleh Vitriawan, Sitorus, dan Afyanti (2007) bahwa individu yang terinfeksi HIV mengalami reaksi *grieving* segera setelah mengetahui hasil tes. Ibu rumah tangga bukan merupakan populasi berisiko terkena HIV, hal ini akan lebih memperberat kondisi psikis mereka ketika mereka menerima vonis HIV apabila dibandingkan dengan populasi lainnya (Astuti, Yosep, & Susanti, 2015).

Proses *grieving*

Penelitian ini mengkaji proses *grieving* yang dialami oleh individu dengan HIV dalam model proses *grieving* menurut Kübler-Ross (2009). Berdasarkan hasil temuan dari data yang telah dianalisis, dapat ditemukan lima tahap dalam proses ini yakni tahap penolakan, tahap kemarahan, tahap tawar-menawar, tahap depresi, dan tahap penerimaan. *Tahap penolakan*

Penolakan merupakan mekanisme yang dilakukan sebagai proses awal yang dilewati pada ibu rumah tangga yang baru mengetahui status HIV positif. Pada fase ini secara sadar ataupun tidak sadar akan terjadi penolakan atas segala fakta, informasi, realita yang berhubungan dengan situasi yang sedang terjadi. Penolakan yang dialami oleh individu merupakan mekanisme pertahanan yang bersifat alami sehingga wajar terjadi (Kübler-Ross, 2009). Menurut Rando (dalam Rotter, 2009) mekanisme penolakan bersifat sementara dan biasanya digantikan oleh bertambahnya kesadaran ketika individu dihadapkan pada hal-hal seperti pertimbangan keuangan, permasalahan yang belum selesai dan perasaan khawatir mengenai keluarga.

Ketika hasil tes menunjukkan diagnosa positif HIV, terjadi mekanisme penolakan terhadap hasil tes. Penolakan ditunjukkan dalam bentuk respon kognitif, fisik dan perilaku. Respon kognitif yang ditunjukkan yakni *shock*, pikiran tidak percaya dan ketakutan kematian. Penelitian yang dilakukan oleh Stevens dan Hildebrandt (2006) menemukan bahwa tanggapan kognitif yang ditunjukkan oleh individu segera setelah mengetahui diagnosis HIV positif adalah *shock*. Individu dengan HIV wajar menunjukkan reaksi ketakutan terhadap kematian yang dimanifestasikan dalam perilaku-perilaku tertentu (Fransman, McCulloch, Lavies, & Hussey,

2000). Respon fisik yang ditunjukkan oleh ibu rumah tangga saat mengetahui diagnosa HIV yakni kepala pusing, merasa kaku dan disfungsi pada sejumlah anggota tubuh seperti mata, kaki, bibir dan telinga, tubuh gemetar serta berkeringat dingin. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Satir (dalam Amoateng, Sabiti, & Oladipo, 2014) yang menemukan bahwa individu dengan HIV cenderung mengalami penurunan fungsi fisik segera setelah mengetahui status, sebagai akibat penolakan yang dialami. Respon ketiga yang ditunjukkan yakni respon perilaku. Adapun bentuk-bentuk perilaku yang ditunjukkan yakni menangis, bingung, diam dan berteriak. Hal ini sejalan dengan pendapat Hogan (2001) bahwa menangis merupakan respon yang umum terjadi pada perempuan yang baru mengetahui status HIV positif.

Bentuk penolakan kedua yang ditunjukkan oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif, yakni penolakan terhadap saran tenaga medis untuk menjalani terapi ARV. Individu dengan HIV yang tidak menjalankan terapi ARV cenderung mengalami ketakutan terhadap perilaku inkonsistensi dalam mengkonsumsi obat yang dapat menyebabkan putus obat (Kalalo, Tjitrosantoso, & Goenawi, 2012). Bentuk penolakan ketiga, ialah penolakan terhadap anak dengan adanya ketakutan untuk memegang anak sendiri. Ibu rumah tangga tidak memiliki pengetahuan yang cukup, bahwa sentuhan tidak akan menularkan HIV. Ibu yang berstatus HIV positif memiliki ketakutan menularkan HIV kepada anaknya (Ingram dalam Walulu, 2007).

Tahap kemarahan

Apabila penolakan tidak dapat dipertahankan lagi, maka fase pertama berubah menjadi kemarahan. Perilaku individu secara karakteristik dihubungkan dengan marah dan rasa bersalah (Kübler-Ross, 2009). Ditemukan terdapat dua bentuk kemarahan yang dialami oleh ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif yakni kemarahan internal dan eksternal.

Kemarahan secara internal ditunjukkan oleh individu dengan HIV kepada diri sendiri. Saat individu merasakan kemarahan pada diri sendiri, secara otomatis individu akan merasa tidak berharga dan lemah, bahkan individu cenderung melakukan stigma internal. Menurut Ahwan (2014) terdapat sejumlah bentuk stigma pada individu dengan HIV, salah satunya merupakan stigma internal yang merupakan bentuk internalisasi oleh individu dengan HIV dengan menanamkan persepsi negatif tentang diri sendiri.

Kemarahan secara eksternal ditunjukkan kepada pihak diluar diri dan diekspresikan dalam bentuk-bentuk tertentu. Penelitian ini menemukan pola yang sama bahwa kemarahan yang sangat kuat dirasa ibu rumah tangga berstatus HIV positif kepada suaminya. Kemarahan kepada suami diakibatkan adanya rasa kekecewaan dan ketidakadilan serta luka mendalam yang dirasakan untuk suaminya. Lebih lanjut kemarahan yang dirasa dapat menimbulkan ketakutan serta

kebencian kepada suami. Ketika individu merasa keadilan tidak ditegakkan, individu cenderung menunjukkan perilaku *unforgiving* (tidak mengampuni) dan dapat dimanifestasikan dalam bentuk dendam. Menurut Witvliet, Ludwig, dan Laan (dalam Worthington, 2007), *unforgiveness* merupakan perasaan yang *stressful* dan membuat individu merasakan suatu permusuhan terhadap pelaku kesalahan. Kemarahan juga ditujukan kepada Tuhan dan agama yang diyakini. Individu memiliki keyakinannya tentang peran Tuhan dalam menentukan nasib individu, termasuk didalamnya adalah dalam hal sehat dan sakit (Chin, Mantell, Weiss, Bhagavan, & Luo, 2005). Ketika mengalami kondisi sakit, ibu rumah tangga akan menyalahkan Tuhan dan agama karena dipandang sebagai sosok yang berwenang dalam memberi status HIV positif pada dirinya.

Tahap tawar-menawar

Pada tahap tawar-menawar, ibu rumah tangga dengan status HIV positif cenderung mengembangkan pemikiran-pemikiran irasional guna mengakomodir kebutuhan dirinya yang belum mampu menerima status HIV positif. Pada tahap ini dilakukan negosiasi atas status HIV positif yang dimiliki (Kübler-Ross, 2009).

Adapun terdapat dua bentuk pemikiran irasional yang ditunjukkan oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif, yakni : penyesalan menikah dengan suami dan mencari solusi guna menghilangkan virus dari tubuh yang dilakukan dengan dua cara. Cara pertama adalah dengan berpindah agama. Zou, dkk. (2009) bahwa individu dengan HIV menganggap status HIV positif sebagai sebuah kutukan dari Tuhan, lebih lanjut dapat menimbulkan rasa kecewa kepada Tuhan. Agama yang baru diharapkan mampu menyembuhkan kondisi HIV pada dirinya. Penelitian ini menemukan adanya kepercayaan ibu rumah tangga bahwa status HIV positif yang dimiliki disebabkan adanya intervensi dari individu lain yang ingin mengganggu kehidupannya. Temuan ini merupakan bentuk konsep personalistik yang ditemukan oleh Foster dan Anderson (2005). Ketika kondisi sakit disebabkan oleh hal diluar faktor medis, maka individu cenderung mencari penyembuhan secara non medis karena pengaruh budaya yang sangat kental (Zulkifli, 2005).

Tahap depresi

Penelitian ini menemukan bahwa depresi dialami oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Gejala depresi umum dijumpai pada individu dengan status HIV positif (Chandra, Desai, & Ranjan, 2005). Kondisi depresi pada individu dengan HIV bukan merupakan gangguan mental. Hal ini berdasarkan pada Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision [DSM-IV TR] yang disusun oleh American Psychiatric Association [APA] (2000), khususnya pada sistem multiaksial

kategori aksis III. Kondisi depresi pada individu dengan kondisi penyakit kronis yakni HIV, tidak dapat disamakan dengan kondisi depresi sebagai gangguan mental dalam klasifikasi pada DSM-IV TR. Hal ini sejalan dengan pendapat Lam (2012) bahwa kondisi depresi pada individu dengan gangguan mental berbeda dari populasi spesifik seperti individu dengan HIV-AIDS.

Faktor utama yang memicu munculnya depresi pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif adalah minimnya dukungan sosial yang diperoleh. Penelitian ini menemukan sejumlah perlakuan negatif yang diterima oleh ibu rumah tangga dari keluarga terkait status HIV positif yang dimiliki, antara lain: tidak ada pendampingan saat pengobatan, pemasangan, pemisahan peralatan makan hingga pengusiran dari rumah. Kusuma (2011) menemukan bahwa penyebab utama adanya depresi pada individu dengan HIV adalah minimnya dukungan suportif dari keluarga.

Selain dipengaruhi oleh faktor dukungan sosial, depresi pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif juga disebabkan oleh kondisi kesehatan yang semakin menurun. Tampilan gejala depresi berkaitan dengan proses biologis dari sistem imun yaitu CD4 (Handayani, Irawaty, & Afiyanti, 2012). Cohen (2007) menambahkan kondisi HIV menyebabkan perubahan biologis pada ketidakseimbangan hormon dan perubahan susunan saraf yang mengganggu fungsi kekebalan. Ibu rumah tangga dengan status HIV positif mengalami penurunan kondisi kesehatan seperti diare parah, gatal-gatal, bisul, jamur di mulut hingga penurunan nafsu makan yang menyebabkan penurunan berat badan secara drastis.

Terdapat lima tampilan gejala depresi pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif, yakni munculnya waham tertentu, penurunan kesadaran, kelelahan secara terus-menerus, mengabaikan pekerjaan rumah tangga yang rutin dilakukan, dan kehilangan minat untuk bergaul.

Ibu rumah tangga dengan status HIV positif memiliki waham bahwa dirinya mengalami kegilaan dan sedang dikejar-kejar oleh keluarga untuk diotopsi, pada kenyataannya keluarga hanya ingin mengunjungi saat ibu rumah tangga menjalani pengobatan di rumah sakit. Waham merupakan gangguan isi pikir yang ditunjukkan dengan adanya keyakinan kokoh yang salah dan tidak sesuai dengan fakta (Tomb, 2003).

Tidak hanya mengalami waham, depresi pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif juga ditampilkan dalam penurunan kesadaran. Penurunan kesadaran menyebabkan hilangnya kewaspadaan terhadap lingkungan dan norma terkait (Dewanto, Suwono, Riyanto, & Turana, 2009). Ibu rumah tangga dengan status HIV positif yang mengalami depresi bertelanjang tanpa merasa malu di rumah sakit dan lingkungan rumah hingga berlari-lari keliling desa, akan tetapi tidak mengingat dan menyadari kejadian secara terperinci.

Penelitian ini menunjukkan bahwa kelelahan yang dialami oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif menyebabkan aktivitas menjadi sangat terbatas dan lebih sering beristirahat di tempat tidur. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Soucy (dalam Walulu, 2007) yang menemukan bahwa ibu rumah tangga sangat rentan mengalami kelelahan sebagai akibat dari status HIV positif yang dimiliki, adapun terdapat sejumlah cara untuk mengakomodir kelelahan yang dialami yakni, dengan tidur di siang hari, menambah waktu tidur, membatasi aktivitas dengan anak, dan mencoba mengembangkan sikap positif.

Pada kondisi depresi, ibu rumah tangga mengabaikan pekerjaan rumah tangga yang sebelumnya secara rutin dikerjakan seperti memasak, membersihkan rumah, mencuci pakaian, hingga perilaku mengabaikan pengasuhan anak. Individu dengan status HIV positif mengalami kehilangan minat akan aktivitas rutin dan pesimis terhadap kehidupannya (Cichocki dalam Kusuma, 2011). Walulu (2007) menambahkan pengabaian pekerjaan rumah tangga seperti memasak atau mencuci merupakan strategi untuk mengatur suasana hati.

Depresi menyebabkan ibu rumah tangga dengan status HIV positif kehilangan minat untuk bergaul dengan lingkungan. Hal ini sejalan dengan penelitian Cichocki (dalam Kusuma, 2011) yang menemukan bahwa keadaan depresi menyebabkan individu menjadi pesimis dan mengurung diri serta tidak ingin bergaul dengan orang lain.

Tahap penerimaan

Ibu rumah tangga mencapai komitmen untuk dapat menerima status HIV positif pada dirinya, sehingga di tahap ini akan menerima status HIV positif sebagai sebuah realita yang harus dihadapi. Komitmen yang dimiliki ditandai dengan adanya perubahan pola pikir (aspek kognitif) dalam memandang kondisi HIV dan perubahan aktivitas (aspek perilaku). Hal ini sejalan dengan pendapat Kübler-Ross (2009) bahwa dalam tahap penerimaan, individu mampu menghadapi kenyataan secara aktif daripada sekedar menyerah.

Bentuk utama dari penerimaan adalah kembali berperan sebagai seorang ibu rumah tangga dengan menjalankan pekerjaan rumah tangga seperti memasak, membersihkan rumah hingga merawat anak. Penerimaan secara positif ini dipengaruhi oleh adanya motivasi khususnya karena kehadiran anak. Sandelowski dan Barroso (2003) menemukan bahwa anak merupakan motivasi utama bagi seorang ibu rumah tangga dengan status HIV positif untuk tetapi hidup.

Berdasarkan hasil penelitian, terdapat dua makna penerimaan pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif, yakni penerimaan secara negatif dan penerimaan secara positif. Sesuai dengan hasil dalam penelitian ini yang menemukan bahwa terdapat dua bentuk makna penerimaan

yakni penerimaan secara negatif melalui sikap pasrah, sedangkan penerimaan secara positif melalui sikap mau berusaha.

Penerimaan secara negatif merupakan penerimaan yang ditunjukkan oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif melalui sikap pasrah. Sikap pasrah dipilih sebagai solusi karena adanya anggapan bahwa tidak terdapat pilihan selain menerima. Menurut Germer (2009) terdapat bentuk penerimaan secara negatif yakni *blind acceptance*, yang merupakan kondisi individu hanya menerima suatu kenyataan dengan cara yang sentimental. Penerimaan ini bukanlah tipe penerimaan yang baik, karena dapat menimbulkan penderitaan di masa mendatang (Germer, 2009). Makna penerimaan secara negatif ini akan menghadirkan penderitaan yang dapat menyebabkan konflik pada kehidupan ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Menurut Germer (2009) penderitaan psikologis merupakan akumulasi dari emosi-emosi negatif yang dipertahankan (*resisten*) dan akan menghasilkan emosi yang bersifat destruktif.

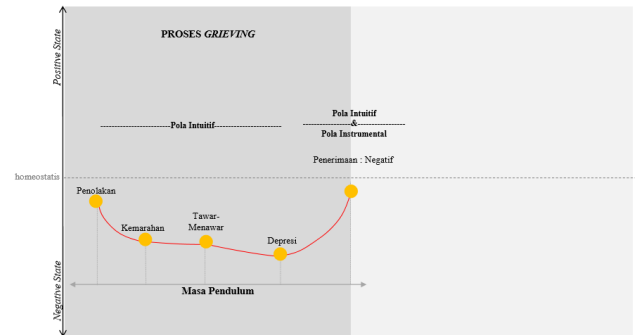
Crump (2011) yang menemukan bahwa proses *grieving* tidak berjalan secara linear melainkan membentuk sebuah siklus. Hal ini sejalan dengan penelitian ini bahwa ketika makna penerimaan secara negatif ini terus dimiliki dan dikembangkan oleh ibu rumah tangga, memungkinkan terjadinya regresi ke tahap-tahap sebelumnya dalam proses *grieving* sehingga membentuk suatu masa pendulum (ditunjukkan pada Gambar 2. Fase Konflik).

Berbeda halnya dengan penerimaan yang dimaknai secara negatif, penerimaan secara positif pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif melalui sikap mau berusaha. Komitmen penerimaan terhadap status HIV positif dipandang sebagai sebuah gerbang menuju kesehatan dan keikhlasan yang mampu mengantarkan ibu rumah tangga dengan status HIV positif kepada kebahagiaan. Penerimaan secara positif ditunjukkan dengan perasaan bahagia dan tidak adanya rasa kekecewaan.

Sikap mau berusaha dapat dimiliki oleh ibu rumah tangga ketika sudah tidak ada lagi ketakutan terkait kondisi HIV. Hal ini sesuai dengan pernyataan Kübler-Ross (2009) bahwa penerimaan secara baik akan timbul ketika individu tidak lagi memiliki ketakutan dan perasaan putus asa terhadap kondisi kehilangan yang dihadapi. Lebih lanjut, Kübler-Ross (2009) menambahkan bahwa penerimaan yang efektif dapat memunculkan kedamaian pada individu yang mengalami *grieving*.

Kondisi emosi yang dialami oleh ibu rumah tangga dalam proses *grieving* pasca mengetahui status HIV positif sangat beragam. Pada tahap penolakan, reaksi emosi yang ditunjukkan mulai menunjukkan perubahan secara negatif, pada tahap kemarahan dan tawar-menawar reaksi emosi berubah semakin negatif dan pada tahap depresi terjadi penurunan secara signifikan sehingga berada pada kondisi

emosi paling negatif yang ditandai dengan kesedihan serta tangisan yang dialami secara terus-menerus disetiap harinya. Ketika telah mengembangkan makna penerimaan, kondisi emosi berubah menjadi positif bahkan cenderung mendekati kondisi keseimbangan emosi (*homeostatis*).



Gambar 2. Fase Konflik

Pola *grieving*

Terdapat kecenderungan pola yang digunakan individu menjalankan proses *grieving* yang dilalui. Menurut Martin dan Doka (2000) terdapat dua bentuk pola *grieving* yang dijalani oleh individu yakni pola intuitif dan pola instrumental. Individu yang mengalami *grieving* dengan pola intuitif cenderung mengungkapkan respon dan pengalaman dalam bentuk afeksi yang sangat kuat seperti dengan menangis (Martin & Doka, 2000). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menemukan bahwa ibu rumah tangga dengan status HIV positif mengekspresikan kesedihan yang dialami dengan cara menangis secara terus-menerus. Tangisan dan kesedihan sangat dominan dialami oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif dalam tahapan pertama hingga keempat dari proses *grieving*, yakni tahap penolakan hingga depresi. Di tahap depresi, ekspresi kesedihan dalam bentuk tangisan dirasa sangat mendalam. Pada tahapan ini pula ibu rumah tangga cenderung mengurung diri dan meratapi kehidupan dengan cara menangis.

Berbeda halnya dengan pola intuitif yang diekspresikan melalui tangisan ataupun kesedihan, ibu rumah tangga menemukan bahwa pola intuitif tidaklah sesuai untuk menghadapi dan menerima status HIV positif. Oleh karena itu, ibu rumah tangga cenderung melakukan perubahan pola *grieving* menjadi pola instrumental. Perubahan yang terjadi sejalan dengan makna penerimaan secara positif yang dimiliki oleh ibu rumah tangga terkait status HIV positif yang dimiliki.

Individu yang menghadapi *grieving* dengan menerapkan pola instrumental akan mengungkapkan pengalaman dan beradaptasi dengan kesedihan melalui cara yang lebih aktif dan berdasar pemikiran yang logis (Martin & Doka, 2000). Proses ini melibatkan aspek kognitif dalam diri individu. Individu cenderung melampiaskan *grieving* yang dialami dengan beragam aktivitas yang melibatkan fisik. Penelitian ini menemukan bahwa terdapat sejumlah perubahan pada aspek kognitif dan perilaku setelah ibu rumah tangga mengaplikasikan pola instrumental dalam proses *grieving*

yang dijalani. Adapun perubahan pertama ialah perubahan pada aspek kognitif. Bentuk utama dari aspek kognitif ialah adanya komitmen untuk tidak bersedih dan menangis lagi serta tidak menyalahkan orang lain atas kondisi HIV pada dirinya. Aspek perilaku ditunjukkan dengan kembalinya ibu rumah tangga menjalankan pekerjaan rumah tangga dan melakukan kegiatan positif seperti membuat aksesoris yang merupakan pekerjaan dalam kelompok usaha Mutiara Bali. Keterampilan bagi individu dengan HIV sangat bermanfaat untuk mengembangkan kepercayaan diri untuk terlibat dalam kegiatan di lingkungan yang lebih luas dengan orang lain (Maasdorp & Long, 2004).

Pola intuitif lebih dominan ditunjukkan oleh ibu rumah tangga dengan status HIV positif pada tahap penolakan hingga depresi. Pada tahap penolakan hingga depresi, sangat minim munculnya aspek kognitif ataupun perilaku yang ditunjukkan oleh ibu rumah tangga terkait kondisi HIV yang dimiliki. Ibu rumah tangga dengan status HIV positif cenderung mempergunakan waktu hanya untuk berdiam diri, menangis dan meratapi hidup. Ibu rumah tangga tidak mampu berpikir dengan logis dan kehilangan minat serta tenaga untuk melakukan aktivitas yang melibatkan fisik.

Pola instrumental sangat dominan muncul dalam tahap penerimaan baik penerimaan dengan makna negatif ataupun makna positif. Pada penerimaan dengan makna negatif, aspek kognitif yang dimiliki berfokus pada komitmen untuk pasrah, sehingga aktivitas yang dilakukan juga terbatas pada hal-hal tertentu seperti pekerjaan rumah tangga saja. Berbeda halnya dengan penerimaan bermakna negatif, pada penerimaan dengan makna positif, ibu rumah tangga memulai pemikiran positif bahwa sekalipun berstatus sebagai ibu rumah tangga dengan HIV positif, masih terdapat kesempatan untuk menunjukkan eksistensi dan kemampuan yang dimiliki. Komitmen dibarengi oleh aktivitas positif yang tidak hanya terbatas pada kegiatan di dalam rumah, akan tetapi melibatkan diri dalam kegiatan di luar rumah, contohnya kegiatan yang penyaluran hobi ataupun bekerja.

Penerimaan diri

Penerimaan diri merupakan bentuk lanjutan dari penerimaan terhadap status secara positif. Ketika ibu rumah tangga dengan status HIV positif mampu menyadari bahwa kondisi HIV bukan merupakan suatu beban melainkan kesempatan untuk berusaha menggali potensi dan mengaktualisasi diri, maka individu akan mengembangkan suatu penerimaan diri yang utuh. Ketika penerimaan terhadap status dimaknai secara negatif melalui sikap pasrah, maka individu tidak dapat mengembangkan komitmen penerimaan menjadi penerimaan diri yang efektif. Menurut Coleridge (1993), aspek yang paling penting dalam mengembangkan penerimaan diri secara efektif adalah ketiadaan sikap pasrah, melainkan sikap menerima identitas diri secara positif.

Penerimaan diri dalam penelitian ini dikaji berdasarkan proses penerimaan diri menurut Germer (2009) yang terdiri dari lima tahap penerimaan diri, yakni tahap keengganan, tahap keingintahuan, tahap toleransi, tahap pembiaran dan tahap persahabatan.

Tahap keengganan

Menurut Germer (2009) keengganan terbentuk dari konsekuensi negatif dari kondisi yang dialami oleh individu, dalam penelitian ini kondisi yang dihadapi oleh ibu rumah tangga adalah status HIV positif. Infeksi HIV lebih lanjut menimbulkan penurunan kondisi tubuh sebagai akibat dari virus. Menurut Gunung, Sumantera, Sawitri, dan Wirawan (2003), HIV dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh, hal ini mengakibatkan munculnya risiko infeksi oportunistik, hal ini menyebabkan timbulnya ketakutan pada diri ibu rumah tangga terhadap kondisi sakit. Lebih lanjut ibu rumah tangga akan mengembangkan pandangan bahwa dirinya tidak boleh sakit, sehingga ibu rumah tangga akan menghindari kondisi-kondisi yang dapat memicu timbulnya penyakit.

Menurut Ahwan (2014), stigma dan diskriminasi merupakan permasalahan yang pasti dihadapi oleh individu dengan HIV. Hal ini juga dialami oleh ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif. Ibu rumah tangga berstatus HIV positif menyadari kemungkinan adanya stigma dan diskriminasi yang terjadi sehingga menunjukkan perilaku berhati-hati dalam pergaulan dan tidak membuka status atau identitas diri kepada sembarang orang.

Tahap keingintahuan

Ibu rumah tangga dengan status HIV positif mengembangkan rasa keingintahuan terhadap permasalahan dan situasi yang mereka hadapi. Rasa keingintahuan bertujuan untuk memenuhi pemahaman terhadap kondisi HIV dan diri sendiri. Upaya menerima diri secara utuh harus diawali dengan adanya pemahaman akan kondisi diri (Bastaman, 1996). Penelitian ini menemukan bahwa terdapat dua bentuk aktivitas yang dilakukan oleh ibu rumah tangga dalam upayanya memfasilitasi rasa keingintahuan untuk mencapai penerimaan diri, yakni dengan bermeditasi dan berpartisipasi dalam organisasi Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI).

Meditasi merupakan bentuk utama dari pencarian makna diri pada ibu rumah tangga dengan HIV. Meditasi dimaknai sebagai media mencari ketenangan dalam permasalahan yang sedang dihadapi, sehingga ibu rumah tangga lebih mengenali segala kekurangan dan kelebihan dirinya. Creswell, Myers, Cole, dan Irwin (2009) melakukan penelitian dengan desain eksperimen untuk membuktikan pengaruh meditasi pada individu dengan HIV. Hasil penelitian menemukan korelasi positif meditasi pada kenaikan jumlah CD4 pada individu dengan HIV. Tidak hanya untuk kepentingan pribadi, penelitian ini menemukan bahwa terdapat upaya yang dilakukan oleh ibu rumah tangga untuk

mengetahui kondisi sesama ibu rumah tangga yang juga berstatus HIV positif. Ibu rumah tangga dengan status HIV positif berpartisipasi dalam organisasi sesama ibu rumah tangga dengan status HIV positif, yakni IPPI.

Tahap toleransi

Germer (2009) berpendapat bahwa sikap toleransi perlu dikembangkan untuk mencapai penerimaan diri yang utuh. Perhitungan atas keterbatasan diri menyebabkan individu mampu melihat kondisi HIV secara objektif dan dapat mentolerir segala dampak negatif dari kondisi HIV. Lebih lanjut, dalam kondisi sakit ibu rumah tangga dapat mengaplikasikan strategi-strategi tertentu seperti dengan beristirahat, meminum obat dan tidak memaksakan diri untuk beraktivitas. Ketika dihadapkan pada kondisi perlakuan buruk dari lingkungan, ibu rumah tangga dengan status HIV positif mampu bertahan sehingga kondisi diri khususnya secara psikologis tidak terpengaruh. Allport (dalam Hjelle & Zeigler, 1992) menemukan bahwa individu yang mau menerima diri secara utuh adalah individu yang memiliki sikap toleransi terhadap hal negatif yang mungkin terjadi sebagai dampak dari kondisi yang dihadapi.

Tahap pembiaran

Setelah mampu bertahan dalam kondisi tidak menyenangkan sebagai dampak dari status HIV positif pada dirinya, ibu rumah tangga mulai membiarkan kondisi negatif datang dan pergi begitu saja. Hal ini sejalan dengan pendapat Germer (2009) bahwa dalam tahapan pembiaran, individu secara terbuka membiarkan perasaan itu mengalir dengan sendirinya. Secara terbuka ibu rumah tangga mampu bertahan pada kondisi negatif dan tidak menghindarinya. Ketika pembiaran ini terjadi untuk waktu yang lama akan membentuk stabilitas konsep bagi ibu rumah tangga terkait status HIV positif yang dimiliki.

Tahap persahabatan

Seiring dengan berjalannya waktu, ibu rumah tangga dengan status HIV positif mulai bangkit dari perasaan tidak menyenangkan sebagai akibat dari kondisi HIV. Menurut Germer (2009) individu yang dapat mencapai penerimaan diri yang utuh adalah individu yang dapat memandang kondisi negatif secara positif. Germer (2009) menambahkan bahwa pada tahapan ini sudah tidak terdapat perasaan negatif seperti marah ataupun kebencian. Hurlock (1973) berpendapat bahwa individu yang telah mencapai penerimaan diri akan menyebabkan dirinya mampu membuat penilaian diri secara kritis.

Penelitian ini juga menemukan bahwa ibu rumah tangga merasa bersyukur atas kondisi HIV yang dimiliki. Pasca berstatus HIV positif, ibu rumah tangga merasa dapat lebih menghargai diri sendiri dan mengevaluasi sifat-sifat

buruk yang dimiliki dulu seperti keras kepala, arogan, dan sikap kasar. Kondisi HIV menjadikan ibu rumah tangga bersikap lebih bijaksana dalam berpikir dan bertindak. Ibu rumah tangga dengan status HIV positif juga merasakan perubahan kualitas hubungan menjadi lebih dekat dengan anak-anaknya.

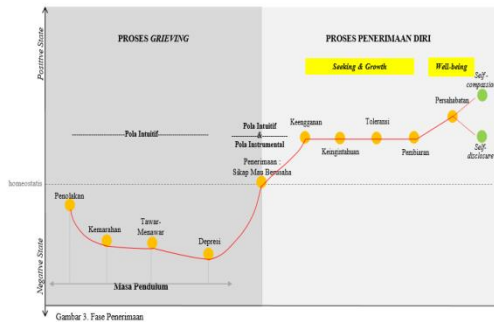
Ibu rumah tangga dengan status HIV positif pada akhirnya mampu bersahabat dengan kondisi HIV. Rasa persahabatan dengan status HIV positif kemudian melahirkan rasa kasih sayang pada diri sendiri (*self-compassion*). Menurut Neff (2011) *self-compassion* merupakan sikap mencintai dan mengasihi diri sendiri dengan segala keterbatasan. *Self-compassion* menurut Germer (2009) terbentuk atas proses penerimaan diri. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang menemukan bahwa proses penerimaan diri pada ibu rumah tangga dengan HIV akan menghasilkan *self-compassion*. Terdapat dua dampak *self-compassion* bagi individu, yakni meminimalisir pikiran negatif seperti cemas, stres dan rasa malu dan meningkatkan kepuasan terhadap hidup, kebahagiaan, kepercayaan diri dan optimisme (Neff, 2011).

Brion, Leary, dan Drabkin (2013) menyatakan bahwa individu dengan HIV yang memiliki *self-compassion* yang baik, lebih mungkin untuk mengungkapkan status HIV positif kepada orang lain. Penelitian ini menemukan bahwa ibu rumah tangga memutuskan untuk membuka status HIV positif tanpa batasan (*self disclosure*). Kesempatan yang dipergunakan untuk membuka status seperti aktivitas sebagai narasumber di berbagai seminar ataupun *talkshow*, ataupun dengan menjadi responden dalam penelitian terkait fenomena HIV.

Terdapat tiga bentuk motivasi bagi individu dengan HIV untuk mengungkapkan statusnya, yakni *amotivation*, *controlled*, dan *autonomous motivation* (Gillard & Roark, 2009). Penelitian ini menemukan bahwa bentuk motivasi yang dimiliki oleh ibu rumah tangga dengan HIV positif adalah *autonomous motivation*. *Autonomous motivation* merupakan kondisi individu secara objektif dan memiliki nilai untuk mendidik lingkungannya yang berpengaruh secara positif terhadap *psychological well-being* (Gillard & Roark, 2009). Keterbukaan ibu rumah tangga terkait status HIV positif bertujuan untuk mengedukasi masyarakat tentang HIV-AIDS, sehingga lebih lanjut dapat menghapuskan stigma dan diskriminasi pada individu dengan HIV-AIDS.

Tahap keengganan, keingintahuan, toleransi dan pembiaran merupakan tahapan awal yang bertujuan untuk mencari identitas dari penerimaan diri yang seutuhnya yang sekaligus menjadi momen bagi ibu rumah tangga dengan status HIV positif untuk menunjukkan pertumbuhan psikologis pada dirinya (*seeking & growth*). Ketika ibu rumah tangga dengan status HIV positif mampu mencapai tahap kelima yakni persahabatan, dengan mengembangkan *self-compassion* dan *self-disclosure*, maka ibu rumah tangga

dengan status HIV positif dapat mencapai kondisi *well-being*. Kaitan antara proses *grieving* dengan makna penerimaan secara positif yang pada akhirnya mampu menciptakan proses penerimaan diri, sehingga melahirkan *self-compassion* dan *self-disclosure* dapat dilihat pada Gambar 3. Fase Penerimaan.



Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan bahwa proses *grieving* dialami oleh ibu rumah tangga berstatus HIV positif yang tertular dari suaminya. Adapun terdapat lima tahapan dalam proses *grieving* yakni, tahap penolakan, tahap kemarahan, tahap tawar-menawar, tahap depresi, dan tahap penerimaan. Pola intuitif dominan ditunjukkan dalam tahap penolakan hingga depresi, sedangkan pada tahap penerimaan mulai dikembangkan pola instrumental. Terdapat dua makna penerimaan dalam proses *grieving* yakni secara negatif dan secara positif. Makna penerimaan secara positif lebih lanjut dapat melahirkan penerimaan diri. Proses penerimaan diri yang dilalui yakni, tahap keengganan, tahap keingintahuan, tahap toleransi, tahap pembiasaan, dan terakhir tahap persahabatan. Ketika ibu rumah tangga dengan status HIV positif mampu bersahabat dengan kondisinya, dapat melahirkan *self-compassion* dan *self-disclosure*.

Terdapat sejumlah saran yang diajukan dalam penelitian ini. Adapun terdapat dua jenis saran, yakni saran utama dan saran tambahan. Saran utama berdasar pada hasil penelitian yang difokuskan pada tiga topik. Topik pertama yakni menyeimbangkan pola intuitif dan instrumental sehingga terjadi keseimbangan aspek afektif, kognitif, dan perilaku melalui keterlibatan dalam kelompok dukungan. Topik kedua yakni mengembangkan makna penerimaan secara positif melalui sikap mau berusaha daripada hanya sekedar menyerah atas kondisi, serta topik ketiga yakni mengembangkan aspek *self-compassion* dan *self-disclosure* sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis pada ibu rumah tangga dengan status HIV positif. Saran utama ditujukan kepada tiga pihak, yakni ibu-ibu di kelompok usaha Mutiara Bali, individu dengan HIV positif pada umumnya, dan keluarga dari individu dengan HIV positif.

Selain saran utama yang berdasar pada tiga topik hasil penelitian, diajukan sejumlah saran tambahan yang berdasar pada temuan umum selama penelitian ini dilaksanakan, yang ditujukan kepada lima pihak, yakni masyarakat umum, yayasan HIV, tenaga medis, pemerintah, dan peneliti selanjutnya.

Saran untuk masyarakat umum ialah tidak melakukan stigma dan diskriminasi kepada individu dengan HIV positif. Stigma dan diskriminasi umumnya dilakukan masyarakat karena ketidaktahuan atau memiliki pengetahuan yang kurang tepat terkait HIV-AIDS, oleh karena itu sebaiknya masyarakat menambah pengetahuan terkait HIV-AIDS melalui kegiatan sosialisasi atau edukasi yang diselenggarakan oleh pemerintah atau instansi-instansi terkait.

Saran untuk LSM atau yayasan HIV-AIDS ialah mengembangkan berbagai kegiatan positif guna menghimpun dan memberdayakan individu dengan status HIV positif. Kegiatan positif yang dilakukan sebaiknya tidak hanya untuk mengisi waktu luang individu dengan HIV, akan tetapi bersifat *meaningful* seperti kegiatan produksi aksesoris yang dilakukan oleh kelompok usaha Mutiara Bali. Kegiatan di kelompok usaha Mutiara Bali bertujuan mengisi waktu para ibu rumah tangga yang berstatus HIV positif, menambah pendapatan dan bersifat sebagai kelompok dukungan yang memiliki nilai *therapeutic*.

Saran untuk tenaga medis ialah tidak melakukan stigma dan diskriminasi melalui perbedaan prosedur penanganan medis yang dilakukan kepada pasien dengan HIV-AIDS atau pasien lainnya. Prosedur penanganan medis sebaiknya bersifat adil dan setara kepada setiap pasien dengan latar belakang kondisi medis apapun. Hal lain yang harus diperhatikan oleh tenaga medis adalah pemberian pelayanan yang bersifat holistik dan tidak hanya memfokuskan pada kebutuhan fisik (kesehatan jasmani) pada pasien dengan HIV-AIDS, akan tetapi mampu memberikan pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien, seperti pendampingan psikologis dan lain sebagainya.

Saran untuk pemerintah ialah mengadakan program pemberdayaan individu dengan HIV seperti kegiatan pelatihan keterampilan yang dapat bekerja sama dengan instansi-instansi terkait seperti yayasan atau lembaga pelatihan tertentu. Melalui kegiatan pelatihan diharapkan individu dengan HIV mampu berdaya dan mengembangkan kreativitas. Menyikapi fenomena saat ini, individu dengan HIV-AIDS sangat rentan mengalami stigma dan diskriminasi yang tentunya berdampak negatif bagi individu, sehingga pemerintah sebaiknya membuat peraturan perundang-undangan terkait stigma dan diskriminasi kepada individu dengan HIV.

Saran untuk peneliti selanjutnya ialah menambahkan sudut pandang yang baru, baik dari asisten peneliti, *significant others* para responden serta informan dari setting yayasan ataupun komunitas. Sudut pandang yang lebih luas terhadap penelitian dapat menjadikan penelitian lebih komprehensif dan terintegrasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahwan, Z. (2014). Stigma dan diskriminasi HIV & AIDS pada orang dengan HIV dan AIDS [ODHA] di masyarakat basis anggota Nahdlatul Ulama' [NU] Bangil [studi kajian peran strategis Faith Based Organization [FBO] dalam isu HIV]. (Artikel Ilmiah tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik, Universitas Yudharta Pasuruan.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth edition text revision [DSM-IV-TR]. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amoateng, A. Y., Kalule-Sabiti, I., & Oladipo, S. E. (2014). Psycho-social experiences and coping among caregivers of people living with HIV/AIDS in the North-West province of South Africa. *South African Journal of Psychology*, 45(1), 130–139. doi:10.1177/0081246314556566
- Asante, K. (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *Afr. J. Psych African Journal of Psychiatry*, 15(5), 340–345. doi:10.4314/ajpsy.v15i5.42
- Astuti, R., Yosep, I., & Susanti R. D. (2015). Pengaruh intervensi SEFT (Spiritual Emotional Freedom Technique) terhadap penurunan tingkat depresi ibu rumah tangga dengan HIV. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 3(1), 44–56.
- Baghir, S. (2003). Seni mendidik islam. Penerjemah: Mustofa Budi Santoso, Jakarta: Pustaka Zahra.
- Bastaman, H. D. (1996). Meraih hidup bermakna: kisah pribadi dengan pengalaman tragis. Jakarta: Paramadina.
- Brion, J. M., Drabkin, A. S., & Leary, M. R. (2013). Self compassion and reactions to serious illness; The case of HIV. *Journal of health psychology*, 19(2), 218–229. doi: 10.1177/1359105312467391
- Chandra, P.S., Desai, G., & Ranjan (2005). HIV and psychiatric disorders. *Indian Journal of Medical Research*, 121(4), 451–467.
- Chin, J., Mantell, J, Weiss, L., Bhagavan, M., & Luo, X. (2005). Chinese and South Asian religious institutions and HIV prevention in New York City. *AIDS Educ Prev*, 17(5), 484–502. doi: 10.1521/aeap.2005.17.5.484
- Cohen, E. P. (2007). Chronic renal failure and dialysis. *The Journal of Nephrology*. United States : ACP Medicine. Diakses pada 2 Januari 2015 dari http://jewishhospital-cincinnati.com/files/Chronic_Renal_Failure_and_Dialysis.pdf
- Coleridge, P. (1993). Disability, liberation, and development. United Kingdom: Oxfam Publication.
- Creswell, J. D., Myers, H. F., Cole S. W., & Irwin M. R. (2009). Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults: a small randomized controlled trial. *Journal of Brain, Behavior and Immunity*, 23(2), 184–188. doi: 10.1016/j.bbi.2008.07.004
- Crump, N. E. (2001). *A lifecare guide to grief and bereavement*. Los Angeles: Stewart Enterprises, Inc.
- Dalimoenthe, I. (2011). Perempuan dalam cengkeraman HIV/AIDS: kajian sosiologi feminis perempuan ibu rumah tangga. *Komunitas*. 5(1). 41–48.
- Departemen Kesehatan RI [Depkes RI]. (2006). *Situasi HIV/AIDS di Indonesia tahun 1987-2006*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI.
- Dewanto, G., Suwono, W. J., Riyanto, B., & Turana, Y. (2009). *Panduan praktis diagnosis dan tata laksana penyakit saraf*. Jakarta: ECG.
- Dinas Kesehatan RI Provinsi Bali [Dinkes Pemprov Bali]. (2016). *Data statistik perkembangan HIV/AIDS di provinsi Bali*. Bali : Dinkes.
- Foster, G. M., & Anderson, B. G. (1986). *Antropologi kesehatan*. Jakarta: Grafiti.
- Fransman, D., McCulloch, M., Lavies, D., & Hussey, G. (2000). Doctors' attitudes to the care of children with HIV in South Africa. *AIDS Care*, 12(1), 89–96. doi:10.1080/09540120047503
- Germer, C. K., (2009). *The mindful path to self compassion-freeing yourself from destructive thoughts and emotions*. Newyork: The Guilford Press.
- Gillard, A., & Roark, M. F. (2009). Older adolescents self-determined motivations to disclose their HIV status. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 672–683.
- Gunung, I. K., Sumantera, I. G. M., Sawitri, A. A. S., & Wirawan, D. N. (2003). *Buku pegangan konselor HIV/AIDS*. Denpasar: Yayasan Kerti Praja dan Yayasan Burnet Indonesia dengan dukungan dari Australian NGO Cooperation Program (ANCP-AusAIDS). Diakses pada 1 Januari 2015 dari http://www.aidsindonesia.or.id/repo/perpustakaan/pegangan_konselor.pdf
- Handayani, F., Irawaty, D., & Afiyanti, Y. (2012). Pengalaman injecting drug users living with HIV/AIDS menjalani terapi antiretroviral. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 15(2), 103–108.
- Hjelle, L. A., & Ziegler, D. J. (1992). *Personality theories: basic assumptions, research, and applications*. New York: McGraw-Hill.
- Hogan, K. (2001). *Women take care: gender, race and the culture of AIDS*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Hurlock, E. B. (1973). *Personality development*. New York: McGraw-Hill.
- Ironson, G., & Hayward, H. (2008). Do positive psychosocial factors predict disease progression in HIV-1? A review of the evidence. *Psychosom Med*. 70(5), 546–554. doi: 10.1097/PSY.0b013e318177216c
- Kalalo, J. G., Tjitrosantoso, H., & Goenawi, L. R. (2012). Studi penatalaksanaan terapi pada penderita HIV/AIDS di klinik VCT rumah sakit kota Manado. *Pharmacon*, 1(2), 98–103.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI]. (2013). *Estimasi dan proyeksi HIV/AIDS di Indonesia tahun 2011-2016*. Jakarta: Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan.

- Kübler-Ross, E. (2009). *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. London: Routledge.
- Kusuma, H. (2011). Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta. (Tesis tidak dipublikasikan). Fakultas Ilmu Kesehatan. Universitas Indonesia, Jakarta.
- Lam, R. M. (2012). *Depression: Oxford psychiatry library (2nd ed.)*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Maasdorp, A., & Long, S. (2004). *Pemberdayaan positif*. Jakarta: Yayasan Spiritia.
- Maciejewski, P.K., Zhang, B., Block, S.D., & Prigerson, H.G. (2007). An empirical examination of the state theory of grief resolution. *JAMA*, 297(7), 716–723. doi:10.1001/jama.297.20.2200
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2006). *Designing qualitative research (4th edition)*. Michigan : Sage Publication.
- Martin, T. L., & Doka, K. J. (2000). *Men don't cry ... women do: Transcending gender stereotypes of grief*. Philadelphia, PA: Routledge, Taylor & Francis.
- Neff, C. (2011). *Self-compassion: stopbeating yourself up and leave insecurity behind*. London: Hodder & Stoughton Ltd.
- Nursalam & Kurniawati, N. D. (2008). *Asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pamungkas, E. A. (2015). *Penerimaan diri ditinjau dari kecerdasan spiritual dan keintiman suami istri pada penderita psoriasis vulgaris di MM Clinic Surakarta*. (Skripsi tidak dipublikasikan). Fakultas Kedokteran Universitas Negeri Sebelas Maret, Surakarta.
- Peters, N. (2013) HIV/AIDS and grief: Implications for practice. *Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, 40(2), 156–183.
- Pujiwati, S. (1983). *Peranan wanita dalam perkembangan masyarakat desa*. Jakarta: Rajawali.
- Riasnugrahani, M. (2011). Studi kasus mengenai forgiveness pada wanita dengan HIV/AIDS yang terinfeksi melalui suaminya: Analisis mengenai kaitan forgiveness dengan tingkat kesehatan ODHA, dalam Prosiding Konferensi Nasional "Pain Management & Quality of Life" Fakultas Psikologi Universitas YARSI, 5 November 2011, halaman 180–190.
- Rotter, J.C. (2009). Family grief and mourning. *The Family Journal*, 8(3), 275–277.
- Saldana, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. California: Thousand Oaks, Sage.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Motherhood in the context of maternal HIV infection. *Health Research in Nursing & Health*, 26(6), 470–482. doi:10.1002/nur.10109.
- Sarafino, E. P., & Smith, T.W. (2010). *Health psychology: Biopsychosocial interactions (7th ed.)*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sarikusuma, H., Herani, I., & Hasanah, N. (2012). Konsep diri orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang menerima label negatif dan diskriminasi dari lingkungan sosial. *Psikologia-online*, 7(1), 29–40.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2013). *Dasar-dasar penelitian kualitatif*. Diterjemahkan oleh M. Shodiq, & I. Muttaqien. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Stevens, P. E., & Hildebrandt, E. (2006). Life changing words: Women's responses to being diagnosed with HIV infection. *Advances in nursing science*, 29(2), 207–210.
- Sugiyono. (2014). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Tomb, D. A. (2003). *Buku saku psikiatri (edisi keenam)*. Jakarta: EGC.
- UNAIDS. (2009). 25th meeting of the UNAIDS programme coordinating board: country visit to Indonesia- summary report. Diakses pada 10 Maret 2015 dari http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/informationnote/2009/20091002_finalindonesia_crp10_en.pdf.
- UNAIDS. (2014). *Fact sheet 2014*. Diakses pada 10 Maret 2015 dari http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_en.pdf.
- Vitriawan, W., Sitorus, R., & Afyanti, Y. (2007). Pengalaman pasien pertama kali terdiagnosis HIV/AIDS: Studi fenomenologi dalam perspektif keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11(1), 6–12.
- Walulu, W. N (2007). *Mothers living with HIV disease: A grounded theory study*. (Disertasi tidak dipublikasikan). Biomedical Sciences. The University of Texas Health Science Center San Antonio.
- Worthington, E. L. Jr. (2007). *Handbook of forgiveness*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Zulkifli, (2005). *Pengobatan alternatif sebagai pengobatan alternatif harus dilestarikan*. (Karya Ilmiah tidak dipublikasikan). Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara, Medan.
- Zou, J., Yamanaka, Y., John, M., Watt, M., Ostermann, J., & Thielman, N. (2009). Religion and HIV in Tanzania: Influence of religious beliefs on HIV stigma, disclosure, and treatment attitudes. *BMC Public Health*, 9(1), 75–87 doi:10.1186/1471-2458-9-75
- Asmara, K. Y. (2015). *Konsep diri gay yang coming out (Proposal : Tidak diterbitkan)*. Program Studi Psikologi Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.