

ANALISIS PENERIMAAN DIRI ISTRI YANG MENGALAMI

DISENFRANCHISED GRIEF

(Studi Kasus pada ODHA Perempuan)

Kartika Indradjaja

Program Magister Profesi Psikologi, Unika Atma Jaya

tika_indra@hotmail.com

Abstrak

Di Indonesia, jumlah kasus HIV terbanyak pada perempuan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) ditemui di kalangan ibu rumah tangga yang tertular melalui hubungan heteroseksual. Banyak istri yang baru mengetahui status ODHA-nya setelah suami mereka meninggal dunia sehingga istri akan mengalami *disenfranchised grief* karena dukacitanya tidak dapat diekspresikan secara bebas akibat stigma negatif terhadap HIV. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk menganalisis proses penyesuaian diri para istri yang mengalami *disenfranchised grief* sekaligus penyakit terminal HIV.

Penelitian dilakukan secara kualitatif dengan metode studi kasus kepada tiga orang partisipan. Hasil analisa dari ketiga partisipan menunjukkan bahwa tahap *acceptance* dapat tercapai bila individu mendapat dukungan yang memadai dari lingkungan disertai dengan aspek kepribadian *extraversion* yang tinggi. Sedangkan individu yang tidak memiliki dukungan sosial dengan tingkat *neuroticism* yang tinggi serta *extraversion* yang rendah, tidak mampu mengatasi kondisi yang dialami sehingga masih banyak *irrational belief* dan *denial*. Akan tetapi dukungan sosial tidak menjamin tahap *acceptance* terjadi jika dipengaruhi oleh aspek kepribadian impulsif, kekanakan, dan *self centered*. Individu dengan *self acceptance* yang positif menghasilkan nilai kualitas hidup yang lebih tinggi.

Kata kunci: *disenfranchised grief*, *self acceptance*, ODHA, istri, REBT

Abstract

In Indonesia, the most number of HIV cases on ODHA (People who live with HIV/AIDS) women found among housewives who are infected through heterosexual intercourse. Most housewives know their ODHA status after their husbands passed away, which directly cause disenfranchised grief because the grief could not be freely expressed, in result of negative thinking of HIV it self. This research is done prior to analyze adaptation process of housewives who experienced disenfranchised grief along with the HIV disease.

Research is done through qualitative approach with case study method to 3 participants. Result of the research shows that acceptance stage can be reached if each individual get enough support from environment and have high extraversion level of personality. On the other hand, participant who does not get any social support together with high neuroticism level and low extraversion personality, is likely not able to cope up with current condition, therefore adaptation process still on denial stage and be accompanied with number of irrational beliefs. However, enough social support does not guarantee acceptance stage is going to occur if it is followed by impulsive, childish, and self centered personality. Further result of research shows that individual with positive self acceptance generate higher quality of life.

Keywords: disenfranchised grief, self acceptance, HIV, housewives, REBT

Di antara penyakit-penyakit yang secara signifikan menyebabkan kematian, HIV dan AIDS merupakan salah satu penyakit yang perlu mendapat perhatian karena sampai saat ini belum ada obat dan vaksin yang dapat digunakan untuk menyembuhkan HIV dan AIDS. Taylor (1991) menggunakan istilah

‘*terminally ill*’ untuk penyakit yang dapat menyebabkan kematian ini.

Di Indonesia, perkembangan dan penularan HIV semakin berkembang dari tahun ke tahun, namun tidak demikian dengan kasus AIDS. Pada kasus HIV di kalangan perempuan, penularan terbanyak didapat dari hubungan heteroseksual yang kemudian baru diikuti oleh

penularan melalui IDU (*Injecting Drug Use*). Penularan HIV dan AIDS pada kaum perempuan di kalangan ibu rumah tangga menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan pekerja seks komersial (PSK) (BBC Indonesia, 2012). Sebagian besar didapatkan dari suami yang memiliki perilaku buruk dan berisiko tinggi, namun suami tidak memiliki kesadaran yang besar untuk memeriksakan dirinya. Keadaan ini sangat mengkhawatirkan mengingat jumlah kasus HIV semakin meningkat dari tahun ke tahun dan kasus HIV paling banyak muncul pada rentang usia produktif yaitu 20-49 tahun melalui hubungan heteroseksual (Ditjen PP & PL Kemenkes RI, 2013).

Banyak dari istri yang akhirnya baru mengetahui adanya penyakit HIV setelah suami meninggal dunia. Istri kemudian dihadapkan pada situasi dan kondisi sebagai seseorang yang mengidap HIV dan kemudian mendapat status janda atau orang tua tunggal.

Ketika salah seorang anggota keluarga meninggal, maka akan ada dua jenis hal yang akan dialami

yakni *bereavement* dan *grief*. *Bereavement* sendiri adalah peristiwa kehilangan, duka yang dialami karena kehilangan secara fisik orang yang dianggap dekat/intim, termasuk di dalamnya kehilangan proses penyesuaian diri pada orang yang bersangkutan, sedangkan *grief* adalah emosi yang menyertai proses kehilangan tersebut (Papalia, 2003). Dalam dukacitanya, individu akan berusaha menyesuaikan diri terhadap kehilangan tersebut yang disebut dengan berkabung (Worden, 2001).

Ketika seorang istri ditinggal meninggal oleh suami karena suatu penyakit yang masih memiliki stigma negatif oleh masyarakat (pada umumnya dianggap sebagai akibat yang dilakukan), maka Worden (2001) menyebutnya sebagai *disenfranchised grief*, yaitu dukacita yang tidak dapat dibuka secara bebas pada lingkungan karena ada stigma tertentu yang diberikan oleh lingkungan sehingga jika diketahui oleh lingkungan, maka dukungan sosial menjadi sangat berkurang. Individu yang mengalami *disenfranchised grief* tidak akan mendapatkan atau melakukan ritual-

ritual berduka pada umumnya sehingga banyak emosi duka cita yang tidak dapat diekspresikan (Aloi, 2011). Emosi yang ditunjukkan ketika individu mengalami *disenfranchised grief* akan menjadi lebih kompleks dibandingkan dengan dukacita normal (Doka, 2002).

Kemudian istri juga menanggung beban yang baru yaitu menjadi ODHA (Orang Dengan HIV dan AIDS) yang pada umumnya juga memiliki stigma negatif yang sama dari lingkungan. Jika hal ini diketahui oleh lingkungan, maka akan ada banyak perilaku negatif yang mungkin dapat diterima oleh istri, seperti stigmatisasi, kehilangan pekerjaan, diskriminasi, isolasi, tindak kekerasan bahkan deportasi yang menunjukkan reaksi lingkungan yang negatif terhadap pasien HIV dan AIDS (LEPIN, 2000).

Pada individu yang mengalami *disenfranchised grief*, Doka (dalam Rheinnita & Partasari, 2012) menyebutkan bahwa ada rasa malu yang mencegah pengalaman duka tidak muncul dan dapat menutup pengalaman dukacita seseorang. Doka (dalam Rheinnita &

Partasari, 2012) juga menyebutkan bahwa gejala dari *disenfranchised grief* ini ialah munculnya perasaan malu, rasa bersalah, marah, obsesi pada kematian, perilaku impulsif dan destruktif, halusinasi, dan juga *self disenfranchisement* (kondisi melarang diri untuk berduka karena membayangkan sanksi sosial yang akan didapatkan). Dapat dibayangkan besarnya dampak psikologis yang dirasakan oleh istri ketika dirinya mengalami *disenfranchised grief* dan ditambah pula dengan status ODHA yang dimilikinya.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan beberapa staf yang bekerja di LSM HIV dan AIDS, kasus *disenfranchised grief* sering dialami oleh seorang istri yang ditinggal meninggal oleh suami yang berstatus ODHA. Fenomena ini misalnya ditemui pada beberapa anggotanya yang bernama Endang dan Lisa (bukan nama sebenarnya) yang tertular penyakit HIV setelah suaminya meninggal. Pada Endang, setelah mengetahui penyebab kematian suami adalah karena daya tahan tubuh yang menurun akibat

HIV, kesedihan yang mendalam berubah menjadi rasa marah. Kemarahan ini semakin besar ketika mengetahui bahwa anak mereka yang saat wawancara berusia 4 tahun juga sudah positif terinfeksi HIV, namun kesedihan yang bercampur marah ini tidak bisa diungkapkan kepada lingkungan. Endang terpaksa berbohong pada orang lain agar ia dan anaknya terhindar dari anggapan yang negatif (stigma) dari masyarakat.

Ketika Endang mengharapkan dukungan dari pihak keluarga, beberapa anggota keluarga dan saudara justru malah mengucilkannya sehingga ia pergi dari rumah dan tinggal bersama anaknya saat ini. Sampai saat ini, Endang masih belum dapat terbuka kepada orang lain tentang apa yang ia alami dan ia juga masih belum bisa menerima kenyataan bahwa ia sekarang adalah seorang ODHA.

Kasus yang berbeda dengan Lisa (Komunikasi pribadi, 2012). Lisa adalah seorang istri yang suaminya meninggal akibat narkoba pada tahun 2006. Pada tahun 2008, Lisa baru mengetahui bahwa dirinya

positif terinfeksi HIV yang diperkirakan didapat dari mantan suaminya. Lisa memberitahu keluarga tentang penyakit HIV yang diderita dan berharap keluarga mendukung dan membantunya. Ternyata setelah keluarga mengetahuinya, Lisa langsung diberikan piring, garpu, sendok, dan gelas khusus serta dilarang untuk tidur bersama dengan anggota keluarga lain.

Akhirnya Lisa memutuskan untuk meninggalkan rumah, keluarga, dan anaknya ke Jakarta. Walaupun akhirnya keluarga inti sudah dapat menerima keadaan Lisa namun ia tetap menyembunyikan statusnya dari keluarga besar dan tetangga-tetangga karena menurut Lisa stigma penderita HIV sangat buruk di mata masyarakat. Menurut pengakuan Lisa, ia sudah tidak merasakan dukacita atas meninggalnya almarhum suaminya. Sebaliknya, Lisa terus menerus merasa marah kepada almarhum suami. Kemarahan yang besar ini semakin dirasakan ketika melihat anaknya yang kebetulan memiliki wajah mirip dengan almarhum

suami. Selama beberapa tahun terakhir, Lisa juga sulit untuk mengontrol emosinya sehingga mudah sekali marah oleh karena hal-hal kecil.

Dukungan yang berkurang dari lingkungan dan ditambah dengan stigma negatif dari masyarakat membuat proses dan penyesuaian dukacita menjadi lebih sulit (Parkes, 1996). Menurut Kubler-Ross (1969), seseorang yang mengalami dukacita akan melewati tahap penyesuaian diri yang sama seperti yang dilewati oleh pasien dengan penyakit terminal (*terminal illness*). Tahap penyesuaian diri tersebut terdiri dari lima tahap yakni *denial* dan *isolation*, *anger*, *bargaining*, *depression*, dan *acceptance*. Tahap-tahap ini dilewati dengan durasi yang berbeda pada tiap individu. Menurut Worden (2000), tahap dukacita ini dapat berlangsung dengan cepat atau lama tergantung dari beberapa faktor yang mempengaruhi, yang salah satunya ialah model kematian dari individu yang meninggal, yaitu kondisi meninggal yang tidak dapat diterima

oleh masyarakat (*disenfranchised grief*).

Pada kasus ini, istri mengalami kedua-duanya yaitu dukacita karena ditinggal meninggal oleh suami dan sekaligus juga mengalami penyakit terminal yaitu HIV yang sama-sama memiliki stigma negatif sehingga pada akhirnya mempengaruhi proses penyesuaian diri dan membuat istri sulit mencapai tahap penerimaan diri.

Pada tahap *denial*, individu yang ditinggal meninggal merasakan ketidakpercayaan akibat kematian tersebut sehingga muncul beberapa penolakan terhadap rasa kehilangan seperti sering melamun, menjadi pendiam, sedih yang mendalam, menutup diri dari orang lain, bahkan hingga muncul kecenderungan bunuh diri dan simptom psikotik. Terhadap HIV-nya, pada awalnya akan ada rasa terkejut setelah mengetahui diagnosanya. Individu akan menolak keberadaan penyakit, kemungkinan semakin parahnya penyakit, dan kemungkinan kematian yang ditunjukkan dengan gejala menolak perawatan medis atau menggunakan

strategi isolasi (Sukmaningrum & Partasari, 2011).

Dalam tahap *anger*, kemarahan akibat kehilangan dan kehampaan dalam mencari kehadiran individu yang meninggal terlihat melalui reaksi ketidakberdayaan dan sensitivitas terhadap orang lain. Ketidakpercayaan, ketegangan, tangisan, rasa iri, dan benci juga dapat muncul pada tahap ini. Kemarahan dapat ditujukan kepada siapa saja yang dianggap bertanggung jawab terhadap hal yang terjadi, dalam kondisi ini individu dapat merasa kehilangan namun juga sangat marah pada almarhum suami yang diketahui menularkan HIV setelah meninggal.

Tahap *bargaining* sebenarnya sangat menolong individu meskipun hanya terjadi beberapa saat. Hal ini karena ketika individu tidak mampu menghadapi kenyataan yang menyedihkan pada awal periode dan menjadi marah terhadap orang sekitar dan Tuhan, pada fase ini bisa jadi individu berusaha membuat perjanjian yang mungkin dapat menunda terjadinya hal yang tidak diharapkan.

Setelah individu mengalami segala bentuk kehilangan, maka tahap keempat yaitu *depression* sangat mungkin muncul pada individu dalam bentuk kesedihan yang mendalam, gangguan *mood*, merasa gagal, dan tidak memiliki harapan akan masa depan. Individu dapat menunjukkan gejala menangis, dan gangguan pada nafsu makan serta pola tidur. Hal ini akan semakin berat ketika individu menyadari kemungkinan terjadinya kematian. Perasaan malu dan bersalah yang dirasakan juga dapat membuat individu merasa tidak berharga dan menarik diri (Sukmaningrum & Partasari, 2011).

Pada tahap terakhir, yakni tahap *acceptance*, individu yang berduka sudah tidak merasa marah ataupun depresi. Individu juga mampu mengungkapkan berbagai perasaan yang pernah dialaminya, seperti iri, marah, atau dukacita yang dialaminya namun individu sudah tidak mengalami gangguan tidur atau perasaan. Pada tahap ini individu telah mencapai tahap penerimaan (Sukmaningrum & Partasari, 2011). Individu juga mulai membuka diri

dan mencoba untuk menjalin hubungan dengan orang lain (Kubler-Ross, 1969).

Acceptance memiliki tiga level dimensi yang saling berkaitan, yaitu penerimaan diri sebagai bagian dari alam semesta, penerimaan diri sebagai bagian dari lingkungan, dan penerimaan diri sendiri secara utuh. Sesuatu yang harus diterima juga biasanya mencakup dua hal, yaitu kenyataan (*reality*) atau keseluruhan (*totality*) (Wenkart, 1955).

Ketika seorang istri yang mengalami *disenfranchised grief* dan menderita *terminal illness* telah mencapai tahap *acceptance*, ia akan menerima kenyataan bahwa almarhum suaminya telah meninggal dunia dan tidak bertanggung jawab penuh atas apa yang telah dilakukannya, sekaligus ia juga menerima bahwa ia harus menjalani kehidupan sebagai ODHA. Dengan demikian *acceptance* yang dilakukan lebih mencakup pada kenyataan bahwa dirinya sendiri adalah objek yang harus diterima sekaligus partisipan yang menerima (Wenkart, 1955). Maka di dalam tahap *acceptance* ini tercakup pula *self*

acceptance yaitu keadaan partisipan dapat menerima dirinya secara utuh.

Tahap *acceptance* adalah tahapan yang diharapkan terjadi pada istri. Tahap ini menjadi sulit dicapai bila proses dukacita dipengaruhi oleh beberapa determinan. Selain determinan *disenfranchised grief*, dukacita juga dipengaruhi oleh determinan pasangan hidup, yaitu kehilangan sosok suami. Menurut Parkes (1996), proses dukacita menjadi lebih sulit bila seseorang memiliki hubungan yang dekat dengan orang yang meninggal, seperti pasangan, anak, dan orangtua. Semakin dekat intensitas hubungan, akan semakin berat proses dukacitanya.

Determinan berikutnya ialah *gender*. Parkes (1996) menyebutkan bahwa pria membutuhkan waktu yang lebih lama untuk pulih dari perasaan dukacitanya, namun perempuan memiliki potensi gangguan psikologis yang lebih besar daripada laki-laki ketika mengalami kehilangan. Ketika seorang istri ditinggal meninggal dunia oleh suami, mereka akan kehilangan

support system yang utama, pencari nafkah, dan status pernikahan.

Selain itu, aspek kepribadian juga mempengaruhi karena cara seseorang menghadapi suatu perubahan yang terjadi dalam hidupnya akan berbeda-beda tergantung dari tipe kepribadian yang dimiliki oleh individu. Individu yang memiliki tingkat *neuroticism* tinggi (mengalami perasaan negatif seperti takut, sedih, malu, marah, rasa bersalah, dan lainnya) akan lebih banyak memiliki ide-ide irasional sehingga sulit untuk menerima keadaan dirinya secara utuh (Davies, 2006).

Bila dilihat dari wawancara pendahuluan, tampak pula bahwa istri sulit mencapai tahap *acceptance* karena adanya pikiran-pikiran dari dalam diri yang kemudian mempengaruhi emosi, kognitif, dan perilaku istri. Pikiran ini sebagian besar merupakan dampak dari peristiwa tidak menyenangkan yang telah terjadi. Pada istri, ada pemikiran bahwa seharusnya dirinya tidak tertular virus HIV karena ia selalu menjalani hidup dengan perilaku yang baik (bukan IDU atau

melakukan hubungan seks ekstramarital yang tidak aman). Istri juga tidak dapat menerima kematian suami yang tiba-tiba tanpa adanya penjelasan tentang virus HIV yang dimilikinya. Kemudian istri juga memiliki penilaian pribadi bahwa menjadi ODHA adalah sesuatu yang sangat buruk, sehingga menimbulkan perasaan-perasaan tidak bahagia dan merasa bahwa hidupnya telah dihancurkan oleh almarhum suami.

Pikiran-pikiran yang dimiliki oleh istri ini dapat dikategorikan ke dalam *irrational belief* karena memiliki empat kategori yang serupa yaitu *demandingness (DEM)*, *awfulizing (AW)*, *frustration intolerance (FI)*, dan *global evaluation/self-downing (GE/SD)*. DEM adalah keyakinan tentang sesuatu yang “seharusnya” atau “tidak seharusnya” terjadi terhadap diri individu. Berdasarkan DEM ini, maka individu akan menilai bahwa peristiwa yang terjadi tersebut adalah sebuah kemalangan luar biasa yang terjadi pada dirinya (AW) dan akhirnya memunculkan perasaan tidak bahagia (FI). Pada akhirnya individu akan mengevaluasi atau

mengkritik baik dirinya sendiri maupun orang lain atas peristiwa yang telah terjadi (GE/SD) (David, Szentagotai, Eva, & Macavei, 2005).

Berdasarkan penelitian sebelumnya, bila *irrational belief* ini tidak dihilangkan atau diminimalkan, maka aspek psikologis, emosi, dan kognitif pada individu semakin mengarah pada hal yang negatif, seperti emosi tidak terkontrol, disfungsi perilaku, dan dapat pula mengarah pada gangguan psikosomatis (David, et al, 2005). Ketika individu berhasil melawan pikiran irasionalnya, maka individu dapat berpikir dengan cara yang lebih rasional dan realistis yang dapat menghasilkan *self acceptance* dan kepuasan hidup yang lebih baik (Dryden & Neenan, dalam Davies, 2006).

Pada penelitian lain, Miller (dalam Kaczmarek & Backlund, 1991) mengatakan bahwa untuk membantu individu menerima keadaan diri yang sedang berduka ialah dengan metode intervensi dan eksplorasi yang aktif secara verbal. Kaczmarek dan Backlund (1991) mengemukakan beberapa teknik

yang dianjurkan untuk membantu remaja yang mengalami *disenfranchised grief*, yaitu di antaranya ialah membantu individu untuk mengenal perasaannya sendiri dan perasaan-perasaan normal lainnya, mendorong untuk mengekspresikan perasaan melalui berbagai cara, mengajarkan proses dukacita, menganjurkan untuk membuka diri pada kelompok pendukung, memberi waktu untuk berduka, mendorong individu untuk beraktivitas dan mengisi waktu pribadi dengan hal-hal yang menyenangkan atau kegiatan bersama orang lain, menahan keputusan-keputusan yang buruk bagi diri individu sendiri, mengajarkan cara untuk mengurangi pikiran negatif, dan mendorong individu untuk mengubah dukacita menjadi motivator yang positif dalam hidup (dalam Kaczmarek & Backlund, 1991).

Demikian pula hal yang disampaikan oleh Worden (1991) tentang intervensi individu yang mengalami dukacita, yaitu membantu individu untuk menerima kenyataan kehilangan terlebih

dahulu, membantu individu untuk mengeskpresikannya, lalu beradaptasi dengan kondisi lingkungan dan mengalihkan energi emosi kepada hal-hal lain yang positif.

Dari penelitian-penelitian sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa teknik yang ditawarkan untuk membantu individu dalam penyesuaian diri mencapai tahap *acceptance* adalah dengan memberikan konseling secara intensif kepada setiap individu terkait dengan aspek emosi dan kognitif negatif yang dimiliki. Akan tetapi dalam penelitian ini, tahap *acceptance* juga terhambat karena adanya pikiran *irrational* yang dimiliki oleh masing-masing individu sehingga intervensi yang dilakukan juga harus dapat mengatasi pikiran *irrational* yang dimiliki.

Dengan demikian, peneliti merancang sebuah intervensi yang dapat membantu para istri mencapai tahap *acceptance*, dimana intervensi ini dapat membuat individu mengekspresikan perasaan dukanya sekaligus meminimalkan pikiran-pikiran *irrational* yang dimiliki

sehingga ia dapat belajar menerima kondisi dan kenyataan yang sedang dialaminya. Peneliti melihat bahwa sebagian besar hal yang dialami oleh individu dalam kasus ini dapat diatasi dengan melakukan konseling berbasis REBT.

Menurut Ellis dan Blau (dalam Sacks, 2004), REBT dapat mengubah keputusan, penyesalan, atau frustrasi yang dirasakan dan mengubahnya menjadi positif karena REBT dapat mengubah disfungsi emosi-emosi negatif menjadi emosi yang lebih sehat sehingga memotivasi klien dan memfasilitasi tujuan pencapaian hidup klien selanjutnya. Maka peneliti merancang sebuah intervensi dalam bentuk konseling berbasis *Rational-Emotive Behavior Therapy* (REBT), yang dimodifikasi sesuai dengan hasil penelitian ini, untuk membantu para istri yang mengalami *disenfranchised grief* dan tertular virus HIV dari almarhum suami agar istri dapat menyesuaikan diri dengan baik dan diharapkan mencapai tahap *acceptance*. Peneliti ingin mengetahui efektivitas pendekatan konseling berbasis *Rational-Emotive*

Behavior Therapy (REBT) dalam mengatasi masalah seorang istri yang mengalami *disenfranchised grief* dan status ODHA karena tidak banyak penelitian sebelumnya yang melakukan terapi untuk masalah ini. Ditambah lagi tindakan intervensi untuk seorang istri yang ditinggal meninggal oleh suaminya yang ODHA, belum banyak dilakukan (Worden, 1991).

Maka dari itu penelitian ini dilakukan secara menyeluruh untuk menganalisis proses/tahapan penerimaan diri istri mulai dari awal peristiwa *disenfranchised grief* kemudian diikuti status ODHA yang didapat, hingga pada akhirnya istri dapat mencapai tahap *accept*. Penelitian ini diakhiri dengan tindakan intervensi REBT khususnya bagi para istri yang belum berhasil mencapai tahap *accept* sehingga peneliti dapat membantu istri untuk menerima keadaan dirinya secara utuh dan tahap *acceptance* dapat tercapai.

Tahap *acceptance* ini dirasa penting untuk dicapai karena penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan oleh Ostapowicz, et.al

(2012) menunjukkan adanya hubungan yang sangat signifikan antara penerimaan diri terhadap kondisi sakit dengan kepuasan hidup dan kualitas hidup (*quality of life*).

Selain itu, penelitian ini dirasa penting karena tingkat penularan terbesar HIV pada perempuan justru terjadi akibat hubungan heteroseksual di kalangan Ibu rumah tangga yang sebenarnya tidak melakukan tindakan berisiko. Dengan dilakukannya penelitian ini, diharapkan peneliti dapat membantu ODHA perempuan dalam menyesuaikan diri dengan keadaan *disenfranchised grief* dan penyakit terminal yang dimilikinya, sehingga aspek-aspek kehidupannya dapat kembali berfungsi dengan baik dimana hal ini akan berdampak peningkatan kualitas hidup ODHA perempuan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan metode studi kasus. Penelitian kualitatif dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan dan mempelajari suatu fenomena secara rinci dan

mendalam, mendapatkan hasil observasi tentang perilaku setiap partisipan, sekaligus melakukan analisa dan perbandingan antara partisipan yang satu dengan partisipan yang lain (Patton, 2002). Metode studi kasus dilakukan untuk menangkap gambaran suatu permasalahan yang kompleks secara mendalam (Stake dalam Patton, 2002).

Dalam penelitian ini, partisipan penelitian ialah perempuan dengan rentang usia 20-45 tahun yang pernah menikah dan ditinggal meninggal oleh suami yang berstatus HIV/AIDS sehingga ia sendiri juga berstatus ODHA.

Metode pengambilan data yang digunakan adalah wawancara mendalam dan observasi sehingga menghasilkan data yang kaya mengenai situasi, kejadian, perilaku, interaksi, dan perasaan yang dialami oleh partisipan (Patton, 2002).

Partisipan akan dipilih menggunakan teknik *criterion sampling*, peneliti mengambil seluruh partisipan yang memenuhi kriteria dalam penelitian (Patton, 2002). Teknik ini dipilih karena

peneliti ingin memastikan kualitas data yang diperoleh dari partisipan sesuai dengan karakteristik yang telah ditentukan. Pengambilan sampel dilakukan di daerah Kemayoran, Jakarta Utara di sebuah LSM yang bergerak di bidang HIV/AIDS.

Alat ukur

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah *informed consent*, data diri responden, panduan wawancara berisi aspek-aspek yang akan ditanyakan selama wawancara, instrumen kepribadian Costa dan McCrae, yaitu NEO PI-R, yang sudah diadaptasi ke Indonesia (Halim et al, 2004), serta kuesioner *Quality of Life* dari WHO (2004) yang sudah diadaptasi dalam bahasa Indonesia yang terdiri dari 26 pertanyaan dan terdiri dari empat domain utama, yaitu *Physical health*, *psychological*, *social relationship*, dan *environment*.

Tahapan Pelaksanaan

Pada tahap awal pelaksanaan, peneliti menentukan LSM yang akan

dikunjungi untuk mendapatkan partisipan yang mencakup seluruh kriteria. Setelah peneliti mendapatkan partisipan yang bersedia untuk menjadi responden penelitian, maka peneliti dan partisipan kemudian melakukan sejumlah pertemuan dalam kurun waktu November 2013 - Maret 2014 sehingga selain tergalinya informasi mengenai rasa dukacita yang dialami partisipan, peneliti juga dapat membantu partisipan untuk menerima keadaannya. Selain wawancara, dilakukan juga pemeriksaan psikologis dengan menggunakan tes Grafis, NEO PI-R dan *Quality of Life*.

Setelah peneliti selesai menganalisis hasil anamnesa dan juga tes kepribadian, peneliti membuat rancangan intervensi untuk diaplikasikan kepada partisipan.

Pada pertemuan selanjutnya, peneliti bertemu dengan partisipan secara individual kembali dan mulai melakukan intervensi konseling REBT kepada partisipan. Pertemuan tatap muka dengan partisipan untuk proses intervensi berlangsung selama 2 kali: pertemuan pertama untuk

melakukan intervensi sesi 1 dan sesi 2, lalu peneliti memberikan tugas rumah kepada partisipan, baru kemudian pada pertemuan berikutnya peneliti melakukan intervensi sesi ke-3. Peneliti juga tetap berhubungan dengan partisipan melalui telepon dan SMS untuk menjaga hubungan baik serta mengetahui efektivitas dari hasil terapi yang telah dilakukan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Analisis dampak proses *disenfranchised grief* terhadap *self acceptance* pada ODHA perempuan adalah sebagai berikut:

1. Partisipan pertama

Peristiwa

disenfranchised grief yang dialami oleh partisipan pertama yang bernama Lina (bukan nama sebenarnya) telah berlangsung 9 tahun dan terdiagnosa sebagai ODHA selama 7 tahun. Lina juga mengalami berbagai penyakit komorbid lainnya yang cukup berat sehingga merusak salah satu penglihatannya. Lina

sempat merasakan pukulan secara psikologis yang cukup berat sehingga mengganggu berbagai aspek kehidupan sehari-hari, baik sosial maupun pekerjaannya. Akan tetapi pada akhirnya Lina berhasil melalui tahapan penyesuaian diri mulai dari *denial* hingga *acceptance*.

Jika melihat dari aspek kepribadian, Lina termasuk individu dengan tingkat *neuroticism* yang tinggi sehingga mudah merasa gelisah, tegang, dan khawatir, akan tetapi banyaknya dukungan dari lingkungan sekitarnya, terutama keluarga kandungnya sendiri yaitu adik kandung, mertuanya, dan anak membuat Lina dapat mengatasi dan melawan pikiran-pikiran irasionalnya tentang situasi yang ia alami. Walaupun aspek *neuroticism* pada Lina tergolong tinggi, namun pikiran irasionalnya tidak terus berkembang dan dapat ia lawan dengan

sendirinya karena mendapatkan dukungan yang memadai dari keluarga dan kelompok dukungan sebaya.

Hal ini sejalan dengan tingkat *extraversion* yang tinggi pada diri Lina sehingga dukungan dari lingkungan ini menjadi faktor yang sangat berperan karena pada dasarnya Lina memiliki kebutuhan yang besar akan kehadiran dan perhatian dari orang lain di sekitarnya. Selain itu didukung pula oleh tingkat *openness* yang rendah dimana Lina lebih tertuju pada hal-hal yang realistis dan tidak terlalu menghayati perasaannya sendiri, sehingga Lina lebih fokus pada kenyataan bahwa ia adalah ODHA yang tertular dari suami, namun ia mendapatkan banyak dukungan sehingga tidak ada alasan untuk terus terpuruk dalam penyesalan atau kemarahan yang ia rasakan.

Hal ini yang membawa Lina pada tahap

acceptance dan dapat menerima secara utuh keadaan dirinya. Dengan sifatnya yang bersemangat dan asertif, Lina tidak khawatir bila statusnya diketahui orang lain, bahkan sebaliknya ia dengan yakin dapat menjelaskan dengan baik tentang HIV dan cara penularannya sehingga dapat menentang stigma negatif yang diterimanya dari lingkungan.

2. Partisipan kedua

Peristiwa *disenfranchised grief* yang dialami oleh partisipan kedua yang bernama Sinta (bukan nama sebenarnya) telah berlangsung selama 5 tahun dan terdiagnosa sebagai ODHA selama 4 tahun. Penyakit komorbid yang dialami juga cukup banyak dan salah satunya ialah kanker hidung. Saat mengalami hal ini, dukungan sosial yang didapatkan oleh Sinta ialah dari mertua, kemudian dilanjutkan oleh

kelompok dukungan sebaya di LSM, kemudian oleh pasangan yang baru.

Walaupun demikian, tahapan penyesuaian diri yang dialami oleh Sinta terhenti pada tahap *anger* dan sampai saat ini masih dialaminya. Sulit sekali bagi Sinta untuk menerima keadaan dirinya secara utuh karena Sinta masih merasakan kebencian kepada almarhum suami yang dianggap tidak bertanggung jawab menularkan HIV kepada dirinya. Kemarahan ini semakin tidak bisa dikontrol karena dipengaruhi pula oleh tipe kepribadian Sinta yang impulsif, kekanakan, dominan, egosentris, dan sulit menahan emosi marah (cenderung *hostile*). Hal ini sejalan dengan kombinasi aspek *extraversion* yang sangat tinggi namun *agreeableness* yang sangat rendah pada NEO PI-R membuat orang di sekitar Sinta saat ini tidak

cukup mampu untuk lebih dominan daripada Sinta sehingga ia bertindak dan berpikir dengan caranya sendiri.

Walaupun aspek *neuroticism* pada diri Sinta rendah, akan tetapi ketidakmampuan Sinta dalam mengontrol emosinya sendiri seperti ini tetap memunculkan pikiran-pikiran irasional. Pikiran irasional ini tampak dari sikap Sinta yang masih belum bisa menerima keadaan dirinya secara utuh karena banyaknya *demandingness* dan *self-downing* yang ada di dalam pikirannya sehingga berdampak pada munculnya emosi negatif. *Coping stress* yang dilakukan oleh Sinta ialah dengan mengabaikan dan ditutupi sehingga Sinta mengalihkan perhatiannya pada pekerjaan. Dampak dari emosi negatif terutama marah yang tidak dapat terbendung akhirnya dilampiaskan pada orang terdekat yaitu anak.

3. Partisipan ketiga

Peristiwa

disenfranchised grief yang dialami oleh partisipan ketiga yang bernama Devi (bukan nama sebenarnya) telah berlangsung selama 4 tahun dan terdiagnosa sebagai ODHA selama 4 tahun. Devi tidak memiliki penyakit komorbid sampai saat ini, namun anak Devi yang berusia 4 tahun juga didiagnosa sebagai ODHA. Dukungan yang diterima oleh Devi hanya berasal dari mertua namun bersifat sementara saja. Selebihnya Devi hanya mendapat dukungan dari kelompok dukungan sebaya di LSM namun dengan intensitas yang jarang.

Aspek *neuroticism*

yang tinggi membuat Devi dipenuhi oleh kekhawatiran yang berlebihan terhadap segala hal sehingga ia sama sekali tidak mau membuka statusnya kepada siapapun. Tidak adanya dukungan yang

memadai dan ditambah dengan kombinasi *neuroticism* yang tinggi serta *extraversion* dan *openness* yang sangat rendah membuat Devi tidak mampu keluar dari masalahnya sendiri. Pikiran yang irasional sangat kuat pada diri Devi namun ia tidak dapat mengekspresikan emosi yang dirasakan dan terbuka kepada orang lain. Devi sama sekali belum dapat menerima keadaan dirinya karena banyaknya *demandingness* sehingga menimbulkan *awfulizing*, *frustration*, *intolerance*, dan *self downing*. Pikiran irasional yang kuat ini membuat Devi sulit untuk menerima keadaan dirinya secara utuh yang kemudian mengantarkan dirinya untuk selalu menolak (*denial*) realita. Sikap yang sangat tertutup pada Devi membuat *coping stress* yang dimilikinya cenderung melupakan dan memendam sehingga proses *accept* menjadi semakin sulit.

Dari hasil tes *quality of life*, tampak bahwa Lina memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibandingkan dengan Sinta dan Devi dalam seluruh aspek, yaitu secara *physical*, *psychological*, dan juga *functional well being*. Dalam aspek *physical*, Sinta dan Lina memiliki tingkat kualitas hidup yang setara; namun Sinta mengalami penurunan yang cukup signifikan pada aspek *environment*, dimana di dalamnya mencakup kepuasan terhadap kestabilan mata pencaharian, kebutuhan untuk melakukan aktivitas yang menyenangkan, dan kebutuhan untuk berada di lingkungan yang aman. Sedangkan untuk Devi, hampir seluruh aspek memiliki tingkat kualitas hidup yang lebih rendah, namun aspek yang paling rendah secara signifikan ada pada aspek *social relationship*. Devi mengalami ketidakpuasan dalam hal berhubungan secara personal dengan lingkungan, kurangnya dukungan sosial, dan aktivitas seksual.

Kemudian intervensi dilakukan kepada dua orang partisipan, yaitu partisipan kedua dan ketiga.

Efektivitas dari *Rational-Emotive Behavior Therapy* dalam membantu ODHA perempuan untuk menerima kondisi dirinya adalah sebagai berikut:

- a. Untuk partisipan dengan sikap yang dominan, impulsif, agresi cukup tinggi, dan *goal oriented*, maka sesi 2, 3, dan 4 menjadi penentu untuk keberhasilan intervensi. Konselor harus fokus pada masalah yang dihadapi partisipan, memberikan cara penanggulangannya secara langsung, dan menetapkan tujuan yang ingin dicapai dalam hidup partisipan. Pada sesi 2 dan 3, konselor menahan sikap impulsif yang dimiliki oleh partisipan karena hal ini menjadi kunci penentu untuk melihat kemampuan partisipan dalam menolak pikiran *irrational*-nya. Partisipan menunjukkan hasil yang positif setelah berulang kali menahan sikap spontannya. Kemudian sesi 4 juga menjadi sesi yang

penting ditekankan untuk partisipan karena dengan adanya *role model* yang dapat mengimbangi sifat dominan partisipan dan telah menunjukkan keberhasilannya, partisipan menjadi lebih termotivasi dan memiliki tokoh inspiratif untuk dijadikan sebagai contoh.

Perubahan mulai tampak pada pola pikir yaitu partisipan sadar akan emosi negatifnya yang dipengaruhi oleh pola pikirnya sendiri dan termotivasi untuk mengubahnya menjadi lebih positif. Akan tetapi bentuk penerimaan diri secara utuh (*self acceptance*) yang diharapkan memang belum sepenuhnya terlihat.

Partisipan ini berhasil menunjukkan 2 dari 4 perilaku pada indikator keberhasilan intervensi.

- b. Sedangkan untuk partisipan dengan sikap pasif, sulit mengekspresikan perasaan, dan pesimis dengan tingkat

neuroticism yang tinggi, maka keseluruhan bagian dari intervensi menjadi sesuatu yang berdampak positif padanya. Beberapa aspek yang mendukung keberhasilan pada sesi 1, 2, dan 3 ialah partisipan belajar untuk mengekspresikan perasaan yang dialami dan kemudian konselor memberikan tuntunan di setiap bagiannya. Selain itu dengan adanya latihan kasus serta bukti respon secara nyata yang didapat dari lingkungan membuat partisipan merasakan adanya dukungan secara emosional. Partisipan juga mendapatkan penekanan dan fokus yang lebih banyak pada bagian *dispute* untuk mematahkan pikiran *irrational* pada partisipan.

Perubahan terjadi pada aspek sosial dimana partisipan mulai membuka diri pada lingkungan. Akan tetapi bentuk penerimaan diri secara utuh (*self*

acceptance) yang diharapkan memang belum sepenuhnya terlihat. Partisipan ini berhasil menunjukkan 3 dari 4 perilaku pada indikator keberhasilan intervensi.

Pembahasan

Hasil wawancara dari ketiga partisipan menunjukkan bahwa ketiga-tiganya mengalami *disenfranchised grief* karena tidak dapat membuka diri kepada orang lain tentang penyebab meninggalnya almarhum suami. Ketiganya memiliki determinan yang sama yaitu kehilangan pasangan hidup, tulang punggung keluarga, dan terinfeksi virus HIV sehingga menjadi ODHA. Namun emosi yang ditunjukkan oleh ketiga partisipan berbeda-beda, yaitu malu, merasa bersalah, atau marah. Emosi yang dirasakan oleh partisipan ini sesuai dengan proses *disenfranchised* yang diungkapkan oleh Kauffman (dalam Doka, 2002) bahwa individu akan mengalami rasa malu, rasa bersalah, dan marah dalam menghadapi peristiwa *disenfranchisement*. Akan tetapi selama beberapa tahun, ada

partisipasi yang dapat mengatasi emosi ini menjadi positif namun ada partisipan yang tidak mampu mengubahnya.

Perbedaan emosi yang dirasakan ini kemungkinan besar disebabkan oleh adanya perbedaan dalam beberapa aspek, yang salah satunya ialah aspek kepribadian, sehingga ada cara pandang atau persepsi yang berbeda terhadap suatu peristiwa; kemudian dipengaruhi juga oleh adanya perbedaan pada aspek dukungan sosial dari lingkungan. Selain itu, aspek yang juga perlu diperhatikan ialah data demografi dari masing-masing partisipan. Menurut penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya oleh Besen et al. (2012) dan Walston (2012), penerimaan individu terhadap keadaan dirinya yang mengalami sakit terminal dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pendapatan yang rendah, diagnosa sakit lain yang menyertai, rendahnya dukungan sosial, minimnya *self efficacy*, cara pandang hidup yang pesimis, *insight*, dan edukasi mengenai sakit yang diderita, serta cara pandang individu

terhadap stigma yang diterima dari lingkungan sosial.

Hasil penelitian sebelumnya ini perlu menjadi bahan pertimbangan karena ketiga partisipan dalam penelitian ini memiliki tingkat pendidikan SMA dan memiliki perkiraan tingkat sosial ekonomi yang rendah. Salah satu partisipan yang juga belum memiliki *self acceptance* yang baik juga memiliki pengetahuan yang minim tentang HIV dan AIDS sehingga mengalami *self-disenfranchisement*.

Perihal lain yang dapat menjadi bahan diskusi ialah mengenai pembuktian dari penelitian yang pernah dilakukan oleh Davies (2006) dimana kepribadian dengan *neuroticism* tinggi akan lebih sulit untuk menerima keadaan dirinya secara utuh. Teori ini berhasil dibuktikan karena hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa partisipan dengan tingkat *neuroticism* yang tinggi memang belum menunjukkan *self acceptance* yang positif dan banyak pikiran *irrational* yang membuat penerimaan semakin negatif. Akan tetapi ada partisipan yang memiliki *neuroticism*

rendah namun tetap tidak dapat menunjukkan *self acceptance* yang baik.

Pada tes berbentuk *self report* NEO PI-R, partisipan memiliki *neuroticism* yang sangat rendah, dipadukan dengan *extraversion* dan *conscientiousness* tinggi, serta *agreeableness* yang sangat rendah. Tes grafis menunjukkan adanya sifat impulsif dan *immature* yang dominan. Dengan kondisi kepribadian seperti ini, partisipan juga memiliki banyak pikiran irasional yang akhirnya mempengaruhi *self acceptance* pasca peristiwa *disenfranchised grief* yang dialaminya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ada aspek kepribadian lain yang mempengaruhi cara seseorang dalam menerima keadaan dirinya secara utuh.

Intervensi yang dilakukan kepada partisipan dapat dikatakan cukup memberikan dampak yang positif kepada partisipan. Melihat intervensi yang telah dilakukan, maka ada beberapa hal yang dapat menjadi bahan diskusi dalam penelitian ini, yaitu bahwa intervensi ini benar-benar mengandalkan

kemampuan berpikir dari individu, baik kemampuan dari partisipan maupun kemampuan konselor yang membawakan intervensi. Jika partisipan memiliki kemampuan intelektual yang kurang memadai, maka konselor harus benar-benar dapat mengimbangi pola pikir yang dimiliki partisipan. Sebaliknya, konselor juga harus selalu siap dengan segala bentuk jawaban yang dikeluarkan oleh partisipan dan peka untuk membedakan hal yang merupakan *demandingness* dan akibatnya terhadap partisipan sehingga dapat membantu menyadarkan partisipan akan pola pikirnya yang kurang rasional.

Kemudian hal yang perlu diperhatikan dalam intervensi ini ialah aspek subjektivitas, dimana keseluruhan terapi dikendalikan oleh konselor dan penilaian rasionalitas juga dinilai berdasarkan subjektivitas dari konselor. Penilaian tentang rasionalitas juga dapat berbeda pada setiap konselor berdasarkan pengalaman dan pengetahuan dari masing-masing konselor. Maka dengan demikian hasil dari setiap intervensi bisa menjadi berbeda bila

dilakukan oleh konselor yang berbeda. Subjektivitas ini pun tentunya juga akan dipengaruhi oleh budaya dari masing-masing individu yang terlibat dalam intervensi, sehingga tidak menutup kemungkinan adanya hal-hal yang sulit diubah karena berbenturan dengan kultur dari partisipan atau konselor.

Intervensi ini juga menekankan pada perubahan pola pikir yang dapat mempengaruhi aspek emosi serta tingkah laku. Dengan pola yang demikian, dapat dikatakan bahwa intervensi kurang memberikan ruang kepada aspek kepribadian karena pada dasarnya beberapa individu yang memiliki tipe kepribadian pencemas dan pesimis berpotensi memiliki pola pikir irasional yang lebih banyak daripada individu lainnya. Hal ini menjadi tantangan dan kesulitan tersendiri bagi konselor jika berhadapan dengan partisipan yang memiliki pola pikir irasional yang bukan hanya disebabkan oleh peristiwa sebelumnya yang tidak menyenangkan, akan tetapi juga

dipengaruhi oleh aspek kepribadian yang bersifat menetap.

Hal selanjutnya ialah berkaitan dengan topik penelitian ini sendiri yang menggali *self acceptance* seorang istri yang mengalami *disenfranchised grief* sekaligus pula mendapat *terminal illness* yaitu HIV. Kondisi *accept* dalam kasus penelitian ini tentu saja dipengaruhi oleh dua hal yaitu keadaan dukacita karena ditinggal oleh pasangan hidup akan tetapi juga sekaligus mendapatkan suatu penyakit terminal yang memiliki stigma negatif sangat besar dari lingkungan. Maka dengan demikian, hal yang perlu diperhatikan dalam penelitian ini ialah ketika *self acceptance* sulit tercapai maka peneliti sulit untuk membedakan aspek yang lebih berperan dalam menghambat pencapaian *self acceptance* itu sendiri karena kedua hal ini tidak dipisahkan dalam penelitian ini.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Analisis *self acceptance* dari seorang istri yang mengalami

disenfranchised grief sekaligus mendapatkan diagnosa sebagai ODHA ternyata berbeda pada setiap individu karena dipengaruhi oleh berbagai aspek. Setiap individu akan mengalami proses tahapan penyesuaian diri yaitu *denial*, *anger*, *bargaining*, *depression*, hingga pada akhirnya *acceptance* dimana pada penelitian ini, *acceptance* yang dimaksud ialah individu dapat menerima kondisi dan keadaan dirinya secara utuh (*self acceptance*).

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan sosial menjadi aspek pertama yang menentukan keberhasilan individu mencapai tahap *self acceptance*. Akan tetapi tahap ini juga dipengaruhi oleh berbagai aspek penting lainnya, yaitu aspek kepribadian dimana individu dengan *neuroticism* tinggi dan *extraversion* yang rendah memiliki banyak *irrational belief* sehingga menjadi lebih sulit untuk menerima dirinya secara utuh karena banyaknya pikiran negatif yang muncul untuk menjatuhkan/merendahkan dirinya sendiri (*self downing*). Individu ini pada akhirnya sulit melakukan

penyesuaian diri dan bertahan pada tahap *denial*.

Kemudian dukungan sosial yang memadai ternyata tidak cukup mampu membuat individu maju pada tahap *acceptance* ketika individu tersebut memiliki sifat kekanakan, *self centered*, dan impulsif. Individu ini juga akhirnya memiliki *irrational belief* namun lebih mengarah pada menyalahkan pihak lain di luar dirinya, dalam hal ini ialah almarhum suami yang menularkan virus HIV kepadanya sehingga tahap penyesuaian diri berada pada tahap *anger* dalam jangka waktu yang lama.

Irrational belief itu sendiri juga menjadi sulit untuk dihilangkan jika individu tidak memiliki pengetahuan/edukasi yang memadai tentang hal-hal yang dialaminya, seperti informasi tentang HIV, cara berduka yang seharusnya dilakukan, dan cara mengontrol kemarahan pasca peristiwa *disenfranchisement*. Aspek kepribadian juga masih ikut berperan dalam hal ini karena individu dengan pola pikir pesimis atau yang memiliki sikap impulsif menjadi lebih sulit dan

mebutuhkan latihan berulang-ulang agar dapat mengurangi *irrational belief* yang dimiliki.

Pada akhirnya individu yang berhasil mencapai tahap *acceptance* ialah individu yang memiliki dukungan sosial yang besar dan disertai dengan aspek kepribadian *extraversion* yang tinggi sehingga ada kebutuhan yang besar terhadap kehadiran orang lain. Dengan demikian pikiran *irrational* yang dimiliki dapat teratasi. Individu dengan *self acceptance* yang positif pada akhirnya menunjukkan kualitas hidup yang lebih baik daripada individu yang masih berada dalam tahap penyesuaian sebelumnya.

Intervensi berbasis REBT menunjukkan adanya perubahan yang positif kepada partisipan dalam menumbuhkan *insight* dan mengurangi *irrational belief* pada partisipan. *Irrational belief* yang berkurang secara konsisten akan membuat perubahan pada emosi dan tindakan individu. Pada penelitian ini, partisipan sudah menunjukkan usaha untuk mengurangi atau melawan *irrational belief* yang

dimiliki pasca peristiwa *disenfranchisement*.

Saran

Dalam penelitian ini, peneliti menyadari adanya beberapa kekurangan yang perlu diperbaiki atau diperhatikan demi mencapai hasil yang lebih baik pada penelitian selanjutnya, yang salah satunya adalah terbatasnya jumlah partisipan. Jika jumlah partisipan dapat ditambahkan pada penelitian selanjutnya, maka aspek-aspek lain yang mempengaruhi terhambatnya *self acceptance* dalam proses penyesuaian diri dapat lebih tergal. Penelitian selanjutnya juga diharapkan dapat menggali lebih dalam keseragaman data demografi dan tingkat inteligensi agar mendapatkan hasil analisis yang lebih menyeluruh.

Hal berikutnya ialah mengenai jarak waktu antara wawancara pertama dengan terapi yang dilakukan cukup jauh yaitu ± 2 bulan. Disarankan untuk mengatur jadwal pertemuan dengan lebih terstruktur dan tidak terlalu lama. Rentang waktu yang terlalu lama

dapat memunculkan berbagai peristiwa baru dan menjadi aspek eksternal yang dapat mempengaruhi emosi dan pikiran dari setiap partisipan sehingga modul intervensi yang telah dirancang menjadi kurang efektif.

Untuk penelitian selanjutnya, peneliti dapat memisahkan kelompok partisipan yang mengalami *disenfranchised grief* yaitu antara partisipan yang tertular virus HIV dari almarhum suami dan partisipan yang tidak tertular virus HIV. Hal ini dapat melengkapi hasil penelitian sehingga diketahui aspek yang paling berperan dalam menghambat pencapaian *self acceptance*.

Saran praktis yang dapat diberikan bagi partisipan dalam penelitian ini diharapkan dapat terus diberi motivasi agar secara konsisten dapat melawan setiap *irrational belief* yang dimiliki sehingga memiliki kualitas hidup yang lebih baik. Hal ini harus didukung oleh pihak keluarga atau masyarakat terdekat partisipan, dimana mereka diharapkan untuk sering mengajak partisipan berbicara untuk membantu partisipan dalam melawan emosi atau

pikiran negatifnya. Keluarga juga diharapkan dapat memberikan pernyataan atau penilaian yang positif kepada partisipan sebagai bentuk dukungan.

Saran praktis bagi tenaga medis atau aktivis LSM, diharapkan dapat memberikan informasi yang selengkap-lengkapnyanya kepada setiap pasien atau warga ODHA sehingga tidak ada lagi muncul *self stigma* pada ODHA akibat minimnya informasi yang dimiliki.

DAFTAR PUSTAKA

- Aloi, J.A. (2011). A theoretical study of the hidden wounds of war: Disenfranchised grief and the impact on nursing practice. *Article School of Nursing, Volume 2011*, 5 pages.
- Anonim. (2004). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF*. Diambil pada 12 Mei 2014 dari http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf
- BBC Indonesia. (2012). *Perempuan dan anak rentan HIV AIDS*. Diambil pada 31 Juli 2013 dari

- http://www.bbc.co.uk/indonesia/laporan_khusus/2012/12/12130_hiv_aids.shtml
- David, D., Szentagotai, A., Eva, K., & Macavei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT; Fundamental and applied research. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, Vol 23, No. 3, Fall.*
- Davies, M.F. (2006). Irrational beliefs and unconditional self-acceptance. I. Correlational evidence linking two key features of REBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, Vol 24, No. 2, Summer.*
- Ditjen PP & PL Kemenkes RI. (2013). *Statistik kasus HIV/AIDS di Indonesia: Dilapor s/d Desember 2013.* Diambil pada 6 Mei 2013 dari <http://spiritia.or.id/Stats/StatCurr.pdf>
- Doka, K.J. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice.* USA: Research Press.
- Halim, M.S. & Kartasasmita, G.G. (2004). *Analisa reliabilitas dan validitas NEO PI-R pada individu kelompok umur dewasa muda di Jakarta.* Skripsi Sarjana, tidak diterbitkan. Universitas Katolik Atma Jaya, Jakarta.
- Kaczmarek, M.G. & Backlund, B.A. (1991). Disenfranchised grief: The loss of an adolescent romantic relationship. *Adolescence. Vol 26, no. 102. Summer.*
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying.* New York: Macmillan Publ.Co., Inc.
- Lembaga Pengembangan Informasi Indonesia [LEPIN]. (2000). *AIDS/HIV dikenal untuk dihindari.* Jakarta: LEPIN.
- Ostapowicz, K.V.D., Kułak, E.K., Rozwadowska, E., Nahorski, W.L. & Olszański, R. (2012). Quality of life and satisfaction with life of malaria patients in context of acceptance of the disease: quantitative studies. *Malaria Journal 2012, 11:171.*
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation*

- methods*. (3rd ed.). California: SAGE Publications.
- Parkes, C.M. (1996). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. (3rd ed). New York: Routledge.
- Rheinnita, M. & Partasari, W.D. (2012). Gambaran *disenfranchised grief* (Studi pada perempuan yang melakukan aborsi karena hamil di luar nikah). *Manasa. Volume 1, nomor 1*.
- Sacks, S.B. (2004). Rational emotive behavior therapy; Disputing irrational philosophies. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 42, No.5.
- Sukmaningrum, E. & Partasari, W.D. (2011). *Psikologi perempuan; Penerimaan diri perempuan yang terinfeksi HIV dan AIDS*. Jakarta: Universitas Atma Jaya.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Wenkart, A. (1955). Self-acceptance. *The American Journal of Psychoanalysis*, vol 15, issue 2, pp 135-143.
- Worden, W.J. (1991). *Grief counselling and grief therapy*. (3rd ed). New York: Routledge.
- Worden, W.J. (2000). *Grief counseling and grief theory: A hand for mental health practitioner*. New York: Springer.