

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Setiap orang pasti pernah merasakan yang namanya sakit. Mulai dari yang penyakit ringan sampai penyakit yang paling mematikan yang pernah mewabah dan merenggut banyak jiwa. Hanifah (2018) menyebutkan beberapa penyakit yang merenggut banyak jiwa adalah jantung, kanker serviks, tuberculosis (TBC), diare dan HIV-AIDS.

Bayu (2018) menuliskan bahwa jumlah penderita HIV-AIDS di Indonesia menempati peringkat ke tiga di Asia Pasifik. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (2019) menuliskan bahwa sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai dengan Maret 2019, HIV-AIDS telah dilaporkan oleh 461 (89,7%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Terdapat penambahan 1 kabupaten/ kota yang melapor dibandingkan triwulan IV tahun 2018. Jumlah kasus HIV yang dilaporkan dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2019 mengalami kenaikan tiap tahunnya. Jumlah kumulatif infeksi HIV yang dilaporkan sampai dengan Maret 2019 sebanyak 338.363 (58,7% dari estimasi ODHA tahun 2016 sebanyak 640.443). Terdapat lima provinsi dengan jumlah kasus HIV tertinggi, yaitu DKI Jakarta (60.501), diikuti Jawa Timur (50.060), Jawa Barat (35.529), Papua (33.485) dan Jawa Tengah (29.048).

Sebagai provinsi tertinggi kedua yang warganya menderita HIV-AIDS, Surabaya dan Jombang menduduki peringkat pertama dan kedua kota di Jawa Timur yang memiliki jumlah penderita HIV-AIDS terbanyak, menurut Triraharjo (2018). Surabaya sebagai kota besar yang memiliki jumlah penderita HIV-AIDS tertinggi di Jawa Timur bisa dimaklumi karena Surabaya merupakan sebuah kota besar dengan populasi warganya yang dinamis dan kompleks sehingga rentan terjangkit HIV-AIDS. Widayatun dan Sri (2008) menjelaskan bahwa semakin tingginya mobilitas penduduk antar wilayah, menyebabkan meningkatnya perilaku seksual yang tidak aman dan meningkatnya penyalahgunaan NAPZA melalui suntikan, secara simultan telah memperbesar tingkat risiko penyebaran HIV.

Sebaliknya Kota Jombang tergolong kota kecil di Jawa Timur yang ternyata memiliki penderita HIV-AIDS yang tinggi. Triraharjo (2018) menjelaskan bahwa terdapat total 1.388 kasus HIV-AIDS terjadi di Jombang mulai 1999 hingga 2018. Sedangkan ditemukan 137 penderita HIV baru per Januari-September 2018.

Fenomena tingginya penderita HIV-AIDS di kota kecil menurut Widayatun dan Sri (2008), dikarenakan jumlah kasus HIV di Indonesia tumbuh dengan cepat, baik dari sisi penyebaran maupun pola penyebaran. Dari sisi wilayah, virus HIV telah menyebar ke hampir seluruh wilayah Indonesia. Jika pada awalnya hanya provinsi-provinsi tertentu saja yang rawan terhadap penyebaran virus HIV, sekarang tidak ada lagi provinsi yang kebal terhadap penyebaran virus tersebut. Demikian halnya dengan pola penyebaran, tidak hanya pada kelompok populasi berisiko tinggi tetapi penyebaran sudah menjalar pada populasi non-risiko tinggi.

Fakta di lapangan tersebut memperlihatkan bahwa ternyata HIV-AIDS dapat menjangkiti siapapun tidak terbatas umur, jenis kelamin dan kalangan. Berdasarkan data dari Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (2018), jumlah kumulatif AIDS dari tahun 1987 sampai dengan Desember 2017 sebanyak 102.667 orang. Persentase kumulatif AIDS tertinggi pada kelompok umur 20-29 tahun (32,5%), kemudian diikuti kelompok umur 30-39 tahun (30,7%), 40-49 tahun (12,9%), 50-59 tahun (4,7%), dan 15-19 tahun (3,2%). Persentase AIDS pada laki-laki sebanyak 57% dan perempuan 33%. Sementara itu 105 tidak melaporkan jenis kelamin. Jumlah AIDS tertinggi menurut pekerjaan/status adalah pada ibu rumah tangga (14,721), tenaga non profesional/karyawan (14,116), diikuti wiraswasta/usaha sendiri (13,610), petani/peternak/nelayan (5.115), dan buruh kasar (4.583).

Jumlah penderita HIV-AIDS yang besar bisa jadi karena proses penularannya yang beragam. Laporan yang ditulis oleh Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan (2017) menjelaskan bahwa penularan virus HIV-AIDS dapat terjadi melalui beberapa hal. Pertama adalah melalui hubungan seksual dengan orang yang telah terinfeksi HIV. Risiko akan semakin besar jika melakukan hubungan seksual dengan banyak atau berganti-ganti pasangan seks tanpa menggunakan kondom. Tindakan seksual dapat

berupa seks oral (mulut), vaginal dan anal (dubur). Kedua, menggunakan jarum bersamaan yang terkontaminasi HIV seperti alat suntik, alat tindik, atau alat tato. Ketiga, dari ibu yang terinfeksi HIV ke bayi yang dikandungnya. Penularan dapat terjadi selama kehamilan, saat melahirkan dan saat menyusui. Keempat, melalui transfusi darah dan produk darah lainnya (yang terkontaminasi HIV), maka perlu pemeriksaan HIV pada donor darah sebelum didonorkan kepada yang membutuhkan.

Data dari Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada tahun (2018), menyebutkan bahwa angka kematian/*case fatality rate* (CFR) AIDS sedikit mengalami peningkatan dari 1,07% pada tahun 2015 menjadi 1,08% pada bulan Desember 2017, yang menarik adalah pada tahun berikutnya Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mencatat bahwa meskipun penderitanya makin bertambah, namun CFR AIDS mengalami penurunan dari 1,035 pada tahun 2018 menjadi 0,17% pada Maret 2019.

Penurunan angka kematian/*case fatality rate* (CFR) AIDS HIV-AIDS mungkin disebabkan oleh beberapa hal. Diantaranya adalah meningkatnya kesadaran masyarakat akan HIV-AIDS, dan program pencegahan dari pemerintah. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (2016) menyebutkan bahwa saat ini pemerintah telah meluncurkan program pengendalian HIV-AIDS, yang mencakup usaha untuk meningkatkan penemuan kasus HIV-AIDS secara dini, meningkatkan cakupan pemberian dan retensi terapi ARV (*antiretroviral*) serta perawatan kronis, memperluas akses pemeriksaan CD4 + (jenis sel darah putih) dan *viral load* (VL) termasuk *early infantdiagnosis* (EID) hingga ke layanan sekunder terdekat untuk meningkatkan jumlah orang dengan HIV-AIDS (ODHA) yang masuk dan tetap dalam perawatan dan pengobatan ARV sesegera mungkin melalui sistem rujukan pasien ataupun rujukan spesimen pemeriksaan. Peningkatan kualitas layanan fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) dengan melakukan mentoring klinis yang dilakukan oleh rumah sakit atau fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP), serta mengadvokasikan pemerintah lokal untuk mengurangi beban biaya terkait layanan tes dan pengobatan HIV-AIDS. Program tersebut terbukti cukup berhasil karena seperti yang disebutkan di atas, angka kematian *case fatality rate* (CFR)

AIDS menurun. Tidak seperti anggapan umum yang meyakini bahwa penderita HIV-AIDS selalu berakhir dengan kematian dalam jangka waktu yang relatif cepat, ternyata tidak sedikit penderita HIV-AIDS yang memiliki kualitas hidup yang baik karena tidak terdeteksi jumlah virus/*viral load* (VL) dalam darahnya setelah melakukan terapi antiretroviral.

Pengobatan antiretroviral (ARV) sendiri menurut Karyadi (2017) merupakan teknik terbaik bagi pasien terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) hingga saat ini. Tujuan utama pemberian ARV adalah untuk menekan jumlah virus (*viral load*), sehingga akan meningkatkan status imun pasien HIV dan mengurangi kematian akibat infeksi oportunistik. Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Departemen Kesehatan RI (2006) menjelaskan bahwa tujuan pengobatan ARV adalah untuk mengurangi laju penularan HIV-AIDS dimasyarakat, memulihkan dan memelihara fungsi imunologis (stabilisasi/peningkatan sel CD4), menurunkan komplikasi akibat HIV, memperbaiki kualitas hidup odha, menekan replikasi virus secara maksimal dan secara terus menerus, menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV.

Untuk mencapai berbagai tujuan pengobatan ARV, menurut (Karyadi, 2017) dibutuhkan pengobatan ARV yang berhasil. Keberhasilan pengobatan pada pasien HIV dinilai dari tiga hal, yaitu keberhasilan klinis, keberhasilan imunologis, dan keberhasilan virologis. Keberhasilan klinis adalah terjadinya perubahan klinis pasien HIV seperti peningkatan berat badan atau perbaikan infeksi oportunistik setelah pemberian ARV. Keberhasilan imunologis adalah terjadinya perubahan jumlah limfosit CD4 menuju perbaikan, yaitu naik lebih tinggi dibandingkan awal pengobatan setelah pemberian ARV. Sementara itu keberhasilan virologis menurunnya jumlah virus dalam darah setelah pemberian ARV. Target yang ingin dicapai dalam keberhasilan virologis adalah tercapainya jumlah virus serendah mungkin atau dibawah batas deteksi atau yang dikenal dengan jumlah *viral load* tidak terdeteksi.

Penderita HIV AIDS dengan jumlah *viral load* tidak terdeteksi bersedia menjadi informan dalam penelitian ini menuturkan keberhasilan pengobatan antiretroviral (ARV) yang ia jalani selama ini. Berikut adalah hasil wawancaranya:

“setelah tahu saya terkena penyakit AIDS, oleh tim dokter saya langsung dilakukan pemeriksaan secara menyeluruh, meliputi jumlah CD 4 dan viral load dalam darah saya, setelah itu saya diresepkan kombinasi 3 jenis obat yaitu zidovudine, lamivudine dan nevirapine. Kunci pengobatan ARV itu harus rutin mbak minumnya, setiap hari dengan jam yang sama setiap harinya, kalau telat atau bolong-bolong minumnya nanti obat ARV yang digunakan tidak akan berfungsi dengan baik, atau malah bisa gagal. Alhamdulillah mbak, dengan pengobatan ARV saya bisa bertahan hidup sampai sekarang, bahkan jumlah viral load dalam darah saya sudah tidak terdeteksi”.

Viral load tidak terdeteksi diterangkan dalam buku Laporan HIV-AIDS yang ditulis oleh Yayasan Spiritia (2013), menyatakan bahwa hasil tes *viral load* yang terbaik adalah yang dilaporkan sebagai tidak terdeteksi, bukan berarti tidak ada virus dalam darah penderita artinya bahwa jumlah virus yang ada tidak cukup ditemukan dan dihitung oleh alat tes. Dengan tes generasi yang secara umum dipakai di Indonesia tidak terdeteksi dapat berarti sampai dengan 399. Artinya hasil tidak terdeteksi tergantung dengan kepekaan alat tes yang dipakai.

Penjelasan di atas memperlihatkan bahwa penderita HIV-AIDS dengan jumlah *viral load* tidak terdeteksi memiliki jumlah virus HIV yang sangat rendah, sehingga dapat dikatakan bahwa penderita HIV-AIDS dengan jumlah *viral load* tidak terdeteksi memiliki risiko penularan yang rendah. Dalam kondisi ini, kualitas hidup penderita HIV-AIDS dengan jumlah *viral load* tidak terdeteksi relatif tidak jauh berbeda dengan orang yang tidak memiliki HIV-AIDS. Fakta ini seharusnya membuat penderita HIV-AIDS dengan jumlah *viral load* tidak terdeteksi tidak perlu dihindari karena ketakutan yang tidak beralasan. Namun kenyataan di lapangan memperlihatkan hal sebaliknya.

Shaluhiah (2015) menjelaskan bahwa stigma masyarakat yang mempercayai bahwa penyakit AIDS merupakan akibat dari perilaku amoral yang tidak dapat diterima oleh masyarakat. Stigma terhadap ODHA tergambar dalam sikap sinis, perasaan ketakutan yang berlebihan, dan pengalaman negatif terhadap ODHA. Banyak yang beranggapan bahwa orang dengan HIV-AIDS layak mendapatkan hukuman akibat perbuatannya sendiri. Mereka juga beranggapan bahwa ODHA adalah orang yang bertanggung jawab terhadap penularan HIV-

AIDS. Hal inilah yang menyebabkan orang dengan infeksi HIV menerima perlakuan yang tidak adil, diskriminasi, dan stigma karena penyakit yang sedang diderita. Isolasi sosial, penyebaran status HIV dan penolakan dalam berbagai lingkup kegiatan kemasyarakatan seperti dunia pendidikan, dunia kerja, dan layanan kesehatan merupakan bentuk stigma yang banyak terjadi.

Sofro (2015) menambahkan bahwa masih banyak penderita HIV-AIDS yang mengeluh dikucilkan oleh keluarga setelah pulang dari rumah sakit atau dikeluarkan dari pekerjaan karena ketahuan HIV positif, ada juga yang dikeluarkan dari tempat pendidikan karena ada kekhawatiran akan menularkan virus HIV ke peserta didik lain. Prasangka dan ketakutan yang berlebihan terhadap masalah sosial yang sensitif juga menjadi penyebabnya, misalnya pasien HIV wanita identik dengan pekerja seks komersial. Pasien HIV identik dengan penggunaan narkoba suntik, padahal yang bersangkutan tidak menggunakan narkoba dan tertular melalui hubungan seks. HIV-AIDS juga diasosiasikan dengan kematian. Orang yang HIV positif dianggap akan segera menemui ajal. pasien HIV-AIDS identik mendapat hukuman atau kutukan dari Tuhan, karena mendapat penyakit yang tidak mungkin disembuhkan, juga dianggap pelaku kriminal dan menakutkan masyarakat sehingga harus dijauhi. Perlakuan diskriminatif dan isolasi sosial juga dialami oleh MA. Berikut adalah hasil wawancaranya:

“dulu waktu pertama kali tahu saya terkena AIDS, saudara-saudara itu menjauh semua, nggak ada yang mau mendekat. Bahkan yang paling menyedihkan menurut saya waktu itu, kan saya masuk rumah sakit, terus tetangga itu nengok kan tapi mereka itu nggak masuk ke ruangan, malah ada yang mau masuk terus tiba-tiba mau muntah didepan saya. Itu perasaan saya sakit banget, sedih, marah juga iya ibaratnya saya itu kayak kotoran mungkin ya, terus kondisi ekonomi juga memburuk karena saya tidak bekerja, ya tidak mampu untuk bekerja juga tidak ada yang mau memberikan saya pekerjaan dengan kondisi seperti itu”.

Perlakuan masyarakat terhadap penderita HIV-AIDS sangat menyakitkan hati informan. Ia merasa diperlakukan secara tidak manusiawi oleh orang-orang dilingkungan sekitarnya.

“dulu, setiap kali saya keluar rumah, pintu rumah tetangga yang awalnya terbuka langsung ditutup begitu saja. Orang tua saya kan jualan, setelah tahu saya terkena AIDS tetangga-tetangga tidak ada yang mau beli dagangan ibu saya, saya suka kasihan. Ada rumah tetangga yang jaraknya dekat dengan rumah saya, kalau saya lewat samping rumah, bekas jalan yang saya lewat langsung disiram air mbak. Mungkin bagi orang perlakuan seperti itu biasa saja, tapi bagi saya itu hal yang sensitive, saya sedih, merasa saya ini bukan manusia.

Perlakuan yang diterima penderita HIV-AIDS tentu saja akan memunculkan dampak tersendiri, selain itu ada permasalahan-permasalahan lain yang perlu dihadapi oleh penderita HIV-AIDS. Diyanayati (2006) mengatakan bahwa ada permasalahan yang dihadapi oleh penderita HIV-AIDS (ODHA) yang dapat dikategorikan dalam tiga hal, yaitu: Permasalahan fisik, sangat berkaitan dengan stamina tubuh dan kerajinan ODHA melakukan pemeriksaan dan minum ARV. Bagi penyandang HIV apabila rajin melakukan pemeriksaan dan minum ARV, masih terbuka peluang tidak terjangkit AIDS. Permasalahan psikis berupa rasa tertekan, depresi, dan putus asa lebih dikarenakan stigma yang ada bahwa HIV-AIDS merupakan penyakit kotor dan pendosa. Perasaan menyesal dan berdosa lebih dirasakan pada ODHA dengan penyebab perilaku sosial yang menyimpang seperti seks bebas dan IDU. Permasalahan sosial yang dihadapi ODHA adalah sikap penolakan, pengucilan, dan diskriminasi dari masyarakat. Termasuk di dalamnya kesempatan untuk mengembangkan kemampuan dirinya melalui pendidikan formal, dan kehilangan kesempatan untuk memperoleh penghasilan untuk menopang kehidupannya.

Merujuk dari pengakuan informan tentang bagaimana perlakuan yang diterima dari masyarakat maupun keluarga, serta timbulnya dampak baik secara fisik, psikologi ataupun sosial tidak menjadikannya menyerah begitu saja dalam menjalani hidup sebagai penderita HIV-AIDS dengan berusaha memaknai setiap peristiwa yang terjadi secara positif, menurutnya hal ini bisa terjadi karena salah satu faktornya adalah usia. Neff (2003) mengungkapkan beberapa faktor yang bisa memicu timbulnya *self compassion* dalam diri individu, yaitu usia. Usia yang disikapi dengan dewasa bisa membawa individu untuk belajar menerima apapun keadaan yang dialaminya, belajar memaafkan perkataan atau perlakuan yang kurang menyenangkan dari lingkungan sekitar. Semakin dewasa usia seseorang, maka akan semakin timbul rasa *compassion* dalam dirinya karena mereka akan cenderung untuk menerima diri secara lebih positif. Penerimaan diri menurut Rakhmat (2001) juga memegang peranan penting dalam menemukan dan mengarahkan perilaku individu, maka sedapat mungkin individu yang bersangkutan harus mempunyai penerimaan diri yang positif.

Penerimaan diri tidak berarti individu mampu menerima begitu saja kondisi dirinya tanpa berusaha mengembangkan diri lebih lanjut, akan tetapi individu yang mampu menerima diri berarti telah mengenali dimana dan bagaimana dirinya saat ini serta memiliki keinginan untuk mengembangkan diri lebih lanjut. Individu yang memiliki penerimaan diri yang baik digambarkan dengan individu dengan kepribadian yang matang sehingga bisa menjalankan fungsinya dengan baik. Sarwono (2000), menjelaskan bahwa individu lebih mampu menetralkan emosi negatif yang muncul melalui menerima diri dengan apa adanya. Sejalan dengan pendapat Hjelle dan Ziegler (1981) yang menyatakan bahwa individu dengan penerimaan diri memiliki toleransi terhadap frustrasi atau kejadian-kejadian yang menjengkelkan dan toleransi terhadap kelemahan-kelemahan dirinya.

Neff (2003), menjelaskan bahwa seorang remaja dalam tahap perkembangannya mengalami peralihan yang sulit dari masa kanak-kanak ke masa dewasa karena kepekaan terhadap perubahan sosial dan historis yang terjadi selama tahap pembentukan identitas seorang remaja. Masa remaja adalah sebuah periode kehidupan di mana *self compassion* berada dalam tingkat yang terendah hal tersebut berbanding terbalik dengan gambaran individu di usia dewasa yang cenderung dalam kondisi *compassion* yang lebih baik.

Menurut hasil wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap informan MA, mengungkapkan bahwa MA merasa usia juga berpengaruh terhadap *self compassion* yang ada pada dirinya saat ini.

“waktu itu awal saya terdeteksi menderita HIV-AIDS tahun 2008, usia saya 30 tahun. Apa ya, yang sempat kepikiran itu kalau misalkan saya tahu sakitnya pas umur masih muda, mungkin reaksinya lebih parah dari yang saya lakukan waktu itu. Usia juga berpengaruh sih, kan semakin muda orang akan semakin nekat menurut saya, apalagi terdiagnosa mencerita penyakit yang nggak bisa disembuhkan, mungkin kalau terkena sakitnya waktu masih muda pikiran saya pendek nggak mikir kedepannya, tapi kan yang saya lakukan waktu itu saya masih bisa memikirkan bagaimana kelanjutan hidup saya”

Bukan hanya usia yang dipandang bisa menimbulkan *self compassion* dalam diri individu, lingkungan (pola asuh) juga dianggap bisa memicu timbulnya *self compassion*. Lingkungan dalam hal ini adalah pola asuh, menjadi bagian yang penting mengenai kemampuan anak untuk mengembangkan sikap *self compassion*. Kemampuan individu untuk mengalami empati ditentukan oleh proses internalisasi

respon empatik lingkungan yang dialami individu saat masih di usia kanak-kanak. Kemampuan untuk menyadari dan menghadirkan kondisi perasaan internal berhubungan dengan empati yang diterima oleh anak-anak dari pengasuhan orangtua mereka. Hal ini menandakan bahwa individu yang mengalami hubungan yang hangat dan penuh dukungan dengan orangtua mereka di masa kanak-kanak cenderung lebih memiliki *self compassion* saat mereka dewasa.

Pola asuh yang dulu diterapkan oleh orangtuanya sewaktu masa kanak-kanak (dukungan keluarga dan sikap orang tua). Ketika mengalami penderitaan cara individu untuk memperlakukan dirinya cenderung akan mengikuti apa yang ditunjukkan oleh orangtuanya. Jika orangtua menunjukkan sikap peduli dan perhatian, maka individu akan belajar untuk memperlakukan dirinya sendiri dengan cara yang baik. Dahulu ketika informan melakukan kesalahan, orangtuanya tidak langsung menyalahkannya begitu saja, orangtuanya memberi tahu kesalahan apa yang telah dilakukan dengan mengatakan baik-baik tanpa menjatuhkan.

Menurut hasil wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap informan MA, mengungkapkan bahwa MA merasa pola pengasuhan yang diterapkan oleh orang tuanya dulu sangat berpengaruh terhadap kehidupannya sekarang.

“menurut saya ya, dulu orang tua saya kalau saya salah itu ngasih taunya dengan pelan-pelan terus dikasih tau cara memperbaikinya, terus sejak dulu selalu support anak-anaknya, jarang mengkritik lah atau bahasa sekarang jarang nyinyir sama anaknya, gak gampang menyalahkan. Sehingga sekarang dampak positifnya saya juga tidak mudah menyalahkan diri sendiri secara berlebihan. Walaupun awalnya ada sedikit rasa bersalah ya wajar lah ya masalah sebesar ini, tapi lama kelamaan proses menerima itu cepat saya rasakan”

Budaya juga dianggap bisa memunculkan rasa *compassion* dalam diri individu. Budaya masyarakat timur yang cenderung kolektivitas, menganut ajaran hidup berdampingan di masyarakat menimbulkan adanya penyebaran informasi yang cepat dalam lingkungan. Baik itu informasi yang benar ataupun yang belum tentu kebenarannya, stigma dan masyarakat yang tidak tahu kebenarannya bisa dengan mudah percaya akan informasi tersebut tanpa mencari tahu kebenarannya. Hal ini tentu saja akan merugikan bagi individu yang terkena stigma, akan tetapi hal ini harus disikapi dengan baik untuk memotivasi diri sebagai pembuktian bahwa apa yang dipercayai oleh masyarakat itu belum tentu kebenarannya. Karena pada

dasarnya, Indonesia kental sekali dengan budaya timur, sehingga bisa dikatakan rasa *compassion* itu diidentikkan melekat dalam diri masyarakat budaya timur.

Neff (2003) menjelaskan tentang faktor Budaya, kebudayaan kolektif memiliki rasa interdependensi mengenai diri sendiri. Kebudayaan kolektif, seperti contohnya orang-orang Asia, juga sudah terpapar oleh ajaran Budha mengenai *self compassion*. Dua alasan ini menyebabkan individu dari Asia (yang memiliki kebudayaan kolektif) memiliki *self compassion* yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang-orang barat. Namun terdapat penelitian yang menjelaskan bahwa orang-orang Asia lebih suka mengkritik dirinya daripada orang barat, sehingga terdapat kemungkinan malah memiliki *self compassion* yang lebih rendah.

“perlakuan-perlakuan negatif yang saya dapatkan dari lingkungan saya rasa karena mereka tidak mengetahui informasi yang benar tentang apa itu HIV-AIDS, bagaimana cara penularannya, serta bagaimana memperlakukan penderitanya. Banyak orang diluar sana yang tidak tahu kebenaran akan tetapi langsung percaya informasi yang mereka dapatkan begitu saja tanpa mencari tahu kebenarannya, gosip mudah menyebar dimasyarakat dan mereka dengan mudah mempercayai hal tersebut. Pertama kali saya terkena AIDS, macam-macam gossip yang tidak benar itu muncul mbak, akan tetapi ketidakbenaran itu salah satu yang menjadikan saya termotivasi untuk membuktikan bahwa yang dikatakan masyarakat itu tidak benar”.

Awalnya penderitaan-penderitaan yang dialami oleh penderita HIV-AIDS dipandang sebagai kegagalan hidup yang menimbulkan ketidakbahagiaan. Rasa kecewa dan merasa gagal dalam menjalani kehidupan yang diidamkan. Namun bukan berarti penderita HIV-AIDS tidak bisa bangkit dalam hidupnya, rasa sakit dan penderitaan yang dialami justru menjadi penyemangat bagi penderita HIV-AIDS untuk maju dan menjalani kehidupan selanjutnya dengan sebaik mungkin tanpa memandang diri sendiri sebagai hal yang negatif. Sebaliknya dengan adanya lingkungan keluarga yang hangat, usia yang disikapi dengan dewasa serta budaya yang ada bisa menjadikan seseorang memiliki *self compassion* yang tinggi didalam dirinya.

Neff (2003) menjelaskan bahwa *Self compassion* merupakan pemahaman yang diberikan kepada diri sendiri ketika dirinya menghadapi kesulitan, kegagalan maupun kesalahan tanpa menghakimi ketidaksempurnaan dan kekurangan siapapun dan menyadari bahwa pengalaman yang terjadi dalam hidupnya merupakan sesuatu yang wajar dan dialami oleh manusia lainnya. Sejalan dengan

yang dijelaskan oleh Germer (2009) menyatakan bahwa *Self compassion* sebagai salah satu bentuk dari penerimaan yang mengacu pada situasi ataupun peristiwa yang dialami seseorang dalam bentuk penerimaan secara emosional dan kognitif. Ketika individu menderita dan mengalami dorongan untuk membantu dirinya sendiri, maka individu tersebut telah mengalami yang namanya *self compassion*. Adapun berikut merupakan aspek dari *self compassion* menurut Neff (2003), yaitu *Self kindness*, yaitu melibatkan perlakuan yang baik pada diri sendiri saat mengalami peristiwa yang tidak menyenangkan. Individu yang mengalami kesalahan atau kegagalan cenderung untuk mengkritisi atau bahkan marah pada diri sendiri. Pengabaian terhadap emosi negatif yang dialami juga menjadi respon otomatis kebanyakan orang. Individu dengan *self kindness* akan bersikap sebaliknya. Individu tersebut akan memperlakukan dirinya dengan baik, perhatian, dan penuh belas kasih. Individu dengan *self kindness* akan menyadari dan menerima bahwa dirinya tidak sempurna. Penerimaan ini akan memberikan ketenangan emosional saat peristiwa yang tidak menyenangkan terjadi.

Common humanity, melibatkan kesadaran bahwa sesulit dan sepahit apapun peristiwa yang dialami adalah bagian dari kehidupan. Pengalaman-pengalaman negatif tersebut juga dialami oleh orang lain. Individu cenderung merasa bahwa kegagalan, kehilangan, penolakan atau penghinaan yang dialaminya adalah sesuatu yang sangat personal dan unik. Padahal kenyataannya peristiwa tersebut juga dialami banyak orang. Kesadaran bahwa seseorang tidak sendiri dalam menghadapi situasi yang berat akan mengurangi perasaan terisolasi dan meningkatkan *coping* yang adaptif.

Mindfulness, melibatkan proses penyeimbangan perspektif terhadap suatu situasi, sehingga individu tidak terbawa suasana emosi yang negatif. Saat menghadapi suatu tekanan atau kesengsaraan, individu cenderung tenggelam dalam emosi negatif seperti marah dan sedih. Individu yang memiliki *mindfulness* mampu untuk tidak membesar-besarkan emosinya, karena memiliki perspektif yang luas mengenai suatu masalah. Perspektif yang luas ini didapatkan dari kesadaran yang objektif dan seimbang, sehingga tidak memikirkan hal negatif secara berlarut-larut.

Merujuk fenomena dan pembahasan diatas, peneliti ingin melakukan penelitian terhadap *survivor* HIV-AIDS yang memiliki *viral load* tidak terdeteksi. Peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana *self compassion* yang dimiliki oleh *survivor* HIV-AIDS dengan *viral load* tidak terdeteksi, dengan kata lain meskipun mereka dalam kondisi menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan, akan tetapi masih bisa bertahan dan menjalani kehidupan normal selayaknya manusia pada umumnya.

1.2 Signifikansi Penelitian

Penelitian Nailil Maslukiyah (2018) dengan judul *self compassion* pada istri yang mengalami infertilitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran *self compassion* pada istri yang mengalami infertilitas. Penelitian tersebut menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa munculnya *self compassion* pada istri yang mengalami infertilitas, dapat diketahui dari tiga komponen yaitu: a. *Self kindness*, dapat disimpulkan bahwa istri yang mengalami infertilitas menunjukkan perilaku *self kindness* dengan tetap berperilaku baik terhadap dirinya, dan menyayangi dirinya sendiri meskipun ia mengalami infertilitas dengan menjaga kesehatan, menjaga pola hidupnya dll. b. *Common humanity*, menunjukkan perilaku *common humanity* atau merasa bukan hanya dirinya yang mengalami hal yang dialaminya. Ia juga mampu menghadapi keadaan yang dialaminya dengan cara tidak merasa terisolasi dari lingkungannya, karena ia tetap melakukan interaksi dan berkomunikasi dengan lingkungan sekitarnya. c. *Mindfulness*, menunjukkan perilaku *mindfulness* dengan menerima keadaan yang sedang dialaminya dan tidak mudah teridentifikasi pikiran dan perasaan negatif atas hal yang menyimpannya dengan tidak berlarut-larut dalam perasaan bersalah atas keadaan yang menyimpannya, menyadari dengan jelas keadaan yang dialaminya dan apa yang harus dilakukannya.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah peneliti memakai subjek istri yang mengalami infertilitas, sedangkan dalam penelitian ini meneliti *survivor* ODHA

(orang dengan HIV-AIDS). Adapun persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama memakai penelitian kualitatif dengan menggunakan variabel *self compassion*.

Penelitian yang dilakukan oleh Rezkiah Diandra (2016) dengan judul regulasi emosi pada remaja dengan HIV-AIDS. Subjek yang digunakan adalah remaja dengan menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Berdasarkan hasil analisa yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa ada beberapa aspek yang terpenuhi pada remaja dengan HIV-AIDS sebagai berikut: yang pertama adalah *strategies to emotion regulation* (strategies), yang kedua *engaging in goal directed behavioral* (goals), yang ketiga *control emotional responses* (impulse), yang keempat *acceptance of emotional response* (acceptance).

Adapun perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah variabel yang digunakan, yaitu pada penelitian sebelumnya menggunakan variabel regulasi emosi sedangkan penelitian yang akan dilakukan menggunakan variabel *self compassion*, Persamaan dari penelitian tersebut adalah sama-sama menggunakan metode kualitatif dan sama dalam menggunakan permasalahan yaitu HIV-AIDS.

1.3 Fokus Penelitian

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka penelitian ini berfokus pada : Bagaimana *self compassion* pada *survivor* HIV-AIDS dengan *viral load* tidak terdeteksi.

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui *self compassion* pada *survivor* HIV-AIDS dengan *viral load* tidak terdeteksi.

1.5 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dalam penelitian ini dapat dibagi menjadi 2 bagian, yaitu:

a. Manfaat Teoritis

Diharapkan hasil dari penelitian ini dapat memberikan sumbangan referensi bahan acuan bagi keilmuan psikologi, khususnya psikologi klinis dan psikologi positif

dalam mengembangkan konsep tentang *self compassion* pada penelitian yang akan dilakukan dimasa yang akan datang.

b. Manfaat praktis

1. Bagi Subjek Penelitian

Dengan adanya penelitian ini diharapkan subjek bisa lebih memahami tentang arti dan pentingnya *self compassion* pada diri sendiri dalam menghadapi masalah, tekanan, kekurangan maupun kegagalan yang dialami.

2. Bagi masyarakat

Diharapkan bisa memberikan pengetahuan tentang bagaimana *self compassion* pada *survivor* HIV-AIDS dengan *viral load* tidak terdeteksi.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Sebagai referensi untuk melakukan penelitian sejenis yang lebih luas dan upaya pengembangan lebih lanjut dengan menambah atau mengganti variabel terhadap penyakit HIV-AIDS.

4. Bagi peneliti

Dengan adanya penelitian ini, peneliti bisa mengetahui, mendalami secara detail tentang bagaimana *self compassion* pada *survivor* HIV-AIDS dengan *viral load* tidak terdeteksi.