

**Acceptance and Commitment Therapy (ACT) application toward self acceptance and commitment to prevent the transmission of HIV/AIDS**

**Aplikasi *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) terhadap penerimaan dan komitmen diri dalam upaya pencegahan penularan HIV/AIDS**

**Widjijati  
Dyah Wahyuningsih  
Aris Fitriyani**

*Jurusan Keperawatan Purwokerto, Poltekkes Kemenkes Semarang  
Jl. Adipati Mercy Purwokerto  
E-mail: [widjijati@gmail.com](mailto:widjijati@gmail.com)*

**Abstract**

For people living with HIV/AIDS (PLWHA), to be diagnosed AIDS is a big problem. Psychologic problem of PLWHA will lead negative behaviour toward himself such as tend to suicide since the transmission of HIV/AIDS will be cut off if it is done. Therefore, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) can be given to PLWHA to develop acceptance and commitment behaviour. The aim of this study is to know the impact of ACT toward PLWHA acceptance and commitment to himself and his society. It is an experimental design with non randomized pretest and posttest with control group design. Purposive sampling method is used in this study. The result shows that there was significant differences of acceptance and commitment among experimental group after receiving ACT ( $p=.000$ ).

**Key words:** *HIV/AIDS, acceptance, commitment*

**Abstrak**

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dan tanda penyakit akibat ketidakmampuan sistem pertahanan tubuh yang diperoleh atau di dapat. Tekanan batin atau beban psikologis yang di sandang ODHA mungkin akan menimbulkan sikap negatif terhadap diri sendiri misalnya ODHA mungkin akan mencoba bunuh diri dan kalau ini jadi pilihannya maka rantai penularan HIV/AIDS terputus. Oleh karena itu ODHA dapat diberikan *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) untuk menumbuhkan sikap menerima dan komitmen pada ODHA. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh ACT terhadap penerimaan dan komitmen ODHA dirinya maupun masyarakat sekitarnya. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen semu atau *quasy experiment* dengan rancangan *non randomized pretest-posttest with control group design*. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan penerimaan diri antara kelompok kontrol dengan kelompok eksperimen menunjukkan bahwa ACT berpengaruh secara signifikan terhadap penerimaan diri responden penderita HIV/AIDS ( $p=.000$ ).

**Kata kunci:** *HIV/AIDS, Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

## 1. Pendahuluan

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dan tanda penyakit akibat ketidakmampuan sistem pertahanan tubuh yang diperoleh atau di dapat (Pusdiklatnakes, 2012). AIDS disebabkan oleh human immune deficiency virus (HIV). Sejak kasus AIDS pertama di Indonesia ditemukan pada bulan April tahun 1987, berdasarkan data dari Ditjen PP & PL tertanggal 15 Agustus 2012 sampai dengan Juni 2012 jumlah kasus HIV/AIDS terus bertambah. Sejak 1 Januari 1987 sampai dengan 30 Juni 2012 jumlah kumulatif kasus HIV sebanyak 86.762, sedangkan kasus AIDS sebanyak 32.103 kasus. Salah satu provinsi yang telah menjadi daerah pandemi HIV/AIDS yaitu provinsi Jawa Tengah.

Jawa Tengah telah menjadi daerah pandemi HIV/AIDS dengan menempati peringkat ke empat dalam daftar provinsi dengan kasus HIV/AIDS terbanyak, naik dua peringkat dari peringkat tahun sebelumnya. Data dari Ditjen PP & PL tertanggal 15 Agustus 2012 juga menunjukkan dari April sampai dengan Juni 2012 jumlah kasus baru AIDS yang dilaporkan dari Jawa Tengah menempati peringkat kedua setelah provinsi Papua yaitu sebanyak 318 kasus. Salah satu Kabupaten di Jawa Tengah yang kasus HIV/AIDS tinggi yaitu Kabupaten Banyumas.

Menurut Sekretaris KPA Kabupaten Banyumas, Budi Pramono, ada 1.071 orang yang menderita HIV/AIDS. Masih menurut Budi Pramono bahwa kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyumas termasuk terbesar di Jawa Tengah sehingga perlu adanya usaha pencegahan. Dari jumlah itu ada 715 penderita HIV, 256 menderita AIDS dan 142 diantaranya sudah meninggal. Tingginya kasus HIV/AIDS di Kabupaten Banyumas dimungkinkan karena adanya lokalisasi di daerah wisata yaitu di kompleks lokalisasi Gang Sadar Baturraden. Seseorang yang sudah terinfeksi HIV/AIDS disebut orang dengan HIV/AIDS (ODHA).

Bagi ODHA, di diagnosa AIDS merupakan suatu kejadian yang serupa dengan bencana besar karena AIDS diketahui menimbulkan pengaruh buruk yang cepat, belum ada obat yang pasti, dan mempunyai prognosa yang buruk. Selain itu, ODHA juga menyandang beban sosial yaitu berupa stigma sosial. Stigma yaitu suatu ancaman, sifat atau karakteristik bahwa masyarakat menerima ketidaknyamanan yang sangat tinggi (Pusdiklatnakes, 2012). Mendapat ancaman membuat ODHA menerima stigmatisasi. Stigmatisasi memberikan efek negatif terhadap ODHA, misalnya dikucilkan/penolakan dalam interaksi sosial, perasaan malu dan benci diri sendiri dan sebagainya. Stigma juga dapat menjadi suatu kendala untuk deteksi dini HIV dan menyebabkan ODHA semakin menderita (Vlassoff, Weis, Rao, Ali & Prentice, 2012). Akibat stigmatisasi tersebut, ODHA tidak hanya menderita beban sosial tetapi juga beban psikologis yang tidak ringan. Hawari (2006) mengatakan bahwa ODHA pada umumnya mengalami gangguan kejiwaan seperti stress, kecemasan, depresi bahkan ada yang sampai ingin bunuh diri. Muma, Lyons, Borucki dan Pollard (1997) menyatakan bahwa tekanan psikologis utama pada ODHA antara lain kecemasan karena rasa tidak pasti tentang penyakit yang dideritanya; depresi: merasa sedih, rendah diri, berkeinginan bunuh diri; merasa terisolasi dan berkurangnya dukungan sosial, merasa ditolak oleh keluarga dan orang lain; merasa marah pada diri sendiri dan orang lain; merasa takut bila ada orang yang mengetahui penyakit yang dideritanya; merasa khawatir dengan biaya perawatan; merasa malu dengan adanya stigma dan penyangkalan terhadap riwayat penggunaan obat-obatan terlarang.

Muninjaya (1999) menjelaskan bahwa tekanan batin atau beban psikologis yang di sandang ODHA mungkin akan menimbulkan dua reaksi pada diri penderita HIV/AIDS. Pertama, ODHA mungkin akan pasrah, bertobat atau menerimanya sebagai sebuah cobaan

hidup sambil berharap akan datangnya belas kasihan orang lain dalam bentuk bantuan sosial kemanusiaan. Atau sebaliknya yaitu akan tumbuh sikap negatif, baik terhadap diri sendiri maupun terhadap masyarakat disekitarnya. Sikap negatif terhadap diri sendiri misalnya ODHA mungkin akan mencoba bunuh diri dan kalau ini jadi pilihannya maka rantai penularan HIV/AIDS terputus. Namun kalau ODHA memilih sikap negatif terhadap masyarakat disekitarnya dengan sengaja menularkan kembali virus HIV kepada orang lain, akan bertambah runyam masalah HIV/AIDS di masyarakat. Dapat dibayangkan akibatnya jika virus HIV menyebar menginfeksi tidak hanya satu atau dua orang tapi ratusan bahkan ribuan orang. Agar sikap negatif ini tidak tumbuh pada ODHA, maka perlu adanya suatu terapi yang memfasilitasi agar ODHA dapat menerima statusnya sebagai ODHA dan punya komitmen untuk tidak menyebarkan HIV/AIDS kepada orang lain. Salah satu terapi yang dapat diberikan untuk menumbuhkan sikap menerima dan komitmen pada ODHA yaitu Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

## 2. Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen semu atau *quasy experiment* dengan rancangan *non randomized pretest-posttest with control group design*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ODHA yang datang ke klinik VCT RSUD Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan metode *purposive sampling*.

Pengumpulan data ini menggunakan kuisisioner. Kuisisioner A berisi pertanyaan untuk mengetahui demografik responden yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan faktor resiko transmisi HIV/AIDS. Kuisisioner B berisi 22 pertanyaan tentang penerimaan diri, menggunakan skala Likert 1,2,3,4. Kuisisioner yang digunakan adalah The Acceptance and Action Questionnaire Version I (AAQI).

## 3. Hasil dan Pembahasan

### *a. Karakteristik Responden*

Berdasarkan umur, rentang umur kelompok kontrol 24-46 tahun sedangkan kelompok eksperimen 23-37 tahun. Rentang usia responden antara 23 -46 tahun. Secara ekonomis, kelompok umur ini merupakan kelompok usia produktif. Jika penularan HIV/AIDS terus berkembang tak terkendali pada kelompok usia produktif ini, maka dapat berdampak buruk terhadap laju pembangunan di Indonesia (Muninjaya, 1999). Dampak ekonomi lainnya yaitu beban ekonomi tambahan yang harus ditanggung negara dan masyarakat untuk biaya perawatan penderita HIV/AIDS. Anggaran pembinaan kesehatan akan terkuras habis untuk biaya perawatan penderita HIV/AIDS (Muninjaya, 1999).

Jumlah responden perempuan (59.1%) lebih banyak dibandingkan responden laki-laki (40.9%). Berdasarkan jenis kelamin responden didapatkan jumlah responden perempuan (n=13) lebih banyak dibandingkan dengan jumlah responden laki-laki (n=9). Temuan ini sesuai dengan data dari Laporan KPAN Periode 2010-2011 yang menyebutkan bahwa ada peningkatan jumlah perempuan yang positif HIV dari 4.560 kasus di tahun 2008 menjadi 8.170. Tingginya kasus positif HIV pada kelompok perempuan akan berdampak besar pada masalah kesehatan maupun sosial ekonomi. Dampak sosial ekonomi yang timbul karena HIV/AIDS sangat dirasakan oleh kelompok perempuan karena status perempuan masih sangat lemah, baik di dalam keluarga maupun masyarakat (Muninjaya, 1999). Perempuan seringkali tidak mampu menolak melakukan hubungan seksual yang tidak terlindungi dan kurang sehat. Perempuan yang positif HIV/AIDS seringkali ditolak masyarakat dalam bersosialisasi.

Karakteristik lain dari responden pada penelitian ini adalah status pekerjaan. Pada karakteristik pekerjaan responden didapatkan responden yang tidak bekerja 72.3% sedangkan responden yang bekerja 22.7%.

Pada penelitian ini mayoritas responden tidak bekerja, dalam arti yang lebih nyata bahwa responden merupakan ibu rumah tangga. Sebagian besar responden ibu rumah tangga yang berperilaku seks sehat dan lugu tertular dari suaminya. Sekali lagi di sini perempuan tidak punya kemampuan yang kuat manakala di ajak berhubungan seksual yang tidak terlindungi atau tidak sehat.

Berdasarkan faktor resiko, pada kelompok kontrol terdapat 1 responden yang homo/biseksual dan 10 responden heteroseksual. Pada kelompok eksperimen terdapat 1 responden pengguna narkoba suntik dan 10 responden heteroseksual. Penggunaan narkotika suntik dapat ditekan jumlahnya seiring dengan adanya program rumatan methadon. Hal ini didukung oleh hasil survey dari KPAN dalam laporan periode 2010-2011 yang menyebutkan adanya penurunan prevalensi HIV pada pengguna narkoba suntik pada tahun 2011 dibandingkan pada tahun 2007.

#### *b. Penerimaan dan Komitmen Responden*

Pada bagian ini akan dijelaskan respon penerimaan dan komitmen responden serta perbedaan respon penerimaan dan komitmen pada kelompok kontrol dan eksperimen sebelum dan sesudah perlakuan.

Pada kelompok kontrol terdapat adanya perubahan penerimaan diri ( $p=.001$ ). Rata-rata skor pre test 42 dan post test 44.4, dimana skor tersebut masih dalam kategori rendah yang berarti penerimaan dirinya juga masih rendah. Perubahan ini bukan berarti penerimaan diri responden sudah pada level tinggi tapi masih di level rendah. Perubahan ini dimungkinkan karena responden mengikuti pertemuan-pertemuan dengan sesama ODHA atau berkonsultasi, curhat atau brainstorming dengan orang dekatnya, sehingga responden mulai menerima diri dengan status sebagai ODHA.

Hasil analisa data pada kelompok eksperimen menunjukkan adanya perubahan penerimaan diri responden cukup signifikan ( $p=.000$ ). Skor rata-rata pre test 42.1 dan post test 61.3 yang berarti skor berada pada level sedang. Dari data ini dapat dijelaskan bahwa responden mempunyai respon penerimaan diri lebih baik dibandingkan sebelum diberi ACT.

Hasil analisa perbedaan penerimaan diri antara kelompok kontrol dengan kelompok eksperimen menunjukkan adanya pengaruh ACT terhadap respon penerimaan diri responden penderita HIV/AIDS ( $p=.000$ ). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang pernah dilakukan oleh Hayes, Wilson, Gifford, Bisset, Piasecki, Batten, Byrd dan Gregg (2004). Pada penelitian Hayes et al (2004) menunjukkan bahwa ACT dapat menurunkan penggunaan polysubstance-abusing opiate addicts.

ACT juga mempunyai efek yang signifikan pada menurunnya frekuensi dan durasi epilepsia serta meningkatkan kualitas hidup responden dengan masalah kejang epilepsia (Lundgren, Dahl, Melin & Kies, 2006). Hal ini tercapai karena ACT memfasilitasi ketrampilan dan aktifitas-aktifitas sosial responden yang memberikan dampak menghambat munculnya kejang. ACT membantu responden untuk membangun ketrampilan sosial dan menggunakan ketrampilan sosial tersebut yang pada akhirnya menuju peningkatan kualitas hidup responden.

Dengan mengikuti ACT, responden belajar untuk meningkatkan nilai hidup dengan membangun perilaku yang lebih baik dan lebih luas dalam arah kehidupan yang bermakna (Lundgren, et al, 2006). Pemberian ACT juga diketahui dapat menurunkan jumlah hari sakit yang lebih sedikit dan tindakan medis lebih sedikit dibandingkan dengan responden MTAU (medical treatment as usual) atau kelompok (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004). Pada penderita psikotik, ACT berpengaruh menurunkan rehospitalisasi (Bach & Hayes, 2002).

ACT dapat memberikan pengaruh yang baik jika ACT dilaksanakan dengan memperhatikan bahasa, perilaku dan emosi. Christodoulou (2013) menegaskan bahwa sangat penting untuk memperhatikan dampak atau pengaruh bahasa terhadap perilaku dan emosi pada saat proses menumbuhkan penerimaan diri responden. Oleh karena itu seorang therapist pada saat memberikan ACT tidak boleh berargumentasi. Yang harus digali dari adalah kehidupan dan pengalaman, bukan opini atau kepercayaan responden. Sesuai dengan pendapat Hayes (2004) bahwa tujuan utama ACT adalah memberikan support dalam merasakan dan memikirkan secara langsung terhadap perasaan dan pikiran yang pernah terjadi.

Blackledge dan Hayes (2001) menegaskan bahwa dalam ACT, tujuan hidup sehat saja tidak cukup untuk merasakan "baik", tetapi lebih dari "merasakan" baik dan "hidup" baik. Penerimaan (acceptance) dan cognitive defusion (teknik untuk mengurangi penolakan terhadap pikiran atau pengalaman yang tidak menyenangkan) bukan suatu hasil akhir, namun merupakan suatu tujuan proses (Blackledge & Hayes, 2001).

Penerimaan berarti membuka dan membuat ruang untuk rasa, sensasi dan emosi yang menyakitkan. Seseorang tidak perlu berjuang untuk menghilangkan perasaan-perasaan yang menyakitkan, tetapi memberikan ruang dan membiarkannya seperti yang seharusnya. Daripada melawan, menahan atau lari dari perasaan-perasaan yang menyakitkan, seseorang membuka diri dan membiarkannya saja. Hal ini bukan berarti suka dengan perasaan-perasaan yang menyakitkan, tetapi hanya memberikan ruang bagi perasaan-perasaan yang menyakitkan tersebut (Harris, 2009a).

#### 4. Simpulan dan Saran

##### Simpulan

Diketahui karakteristik responden pada penelitian ini di dominasi oleh

kelompok umur produktif, perempuan dan tidak bekerja.

Terdapat perbedaan respon penerimaan dan komitmen diri pada kelompok kontrol ( $p=.001$ ). Sedangkan pada kelompok eksperimen respon penerimaan diri meningkat dari level rendah ke sedang dengan hasil analisa yang menunjukkan adanya pengaruh ACT terhadap penerimaan diri responden secara signifikan ( $p=.000$ )

Adapun analisa perbedaan antara kelompok kontrol dengan kelompok eksperimen menunjukkan bahwa ACT berpengaruh secara signifikan terhadap penerimaan diri responden penderita HIV/AIDS ( $p=.000$ ).

#### Saran

Perlu adanya therapist khusus atau perawat yang diberi pelatihan ACT untuk mengatasi masalah psikologis ODHA sehingga ODHA tidak berperilaku destruktif. ACT perlu dikembangkan sebagai terapi modalitas yang diberikan kepada ODHA. Rumah sakit sebaiknya menyediakan ruang khusus di poli VCT untuk terapi modalitas. Perlu dibentuknya kelompok dukungan sebaya (KDS) sehingga ODHA dapat berbagi segala hal yang berkaitan dengan HIV/AIDS pada pertemuan dengan KDS. Perlu adanya pengembangan instrument penelitian yang mencakup stigmatisasi dan diskriminasi pada ODHA.

#### 5. Ucapan Terimakasih

Ucapan terimakasih disampaikan atas kesempatan yang diberikan untuk mendapatkan Dana Risbinakes DIPA Poltekkes Kemenkes Semarang sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

#### 6. Daftar Pustaka

Bach, P. & Hayes, S.C. 2002. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1129-1139.

- Berghoff, C.R. 2008. Using acceptance and commitment therapy to foster wellness in a behavioral medicine context. Available at <http://www.actmindfully.com.au> (17 Juni 2013).
- Blackledge, J.T. & Hayes, S.C. 2001. Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *JCLP/In session: Psychotherapy in practice*, 57 (2), 243-255.
- Christodoulou, V. 2013. Acceptance and commitment therapy: An overview of the model and treatment. Available at <http://contemporarypsychotherapy.org> (10 April 2013)
- Dahl, J., Wilson, K.G. & Nilsson, A. 2004. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.
- Harris, R. 2009a. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publication, Inc.
- Harris, R. 2009b. ACT with love: Stop struggling, reconcile differences, and strengthen your relationship with acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publication, Inc.
- Hawari, D. 2006. Global effect HIV/AIDS: Dimensi Psikoreligi. Jakarta: FKUI.
- Hayes, S.C. 2004. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Louma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. 2006. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bisset, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M & Gregg, J. 2004. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Jawa Tengah Jadi Daerah Pandemi HIV dan AIDS. Available at <http://www.aidsjateng.or.id> (13 Maret 2013).
- Laporan KPA Nasional Tahun 2010. Available at <http://www.aidsindonesia.or.id> (13 Maret 2013).
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L & Kies, B. 2006. Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa-A pilot study. *Epilepsia*, 47 (12), 2173-2179.
- Muma, R.D., Lyons, B.A., Borucki, M.J & Pollard, R.B. 1997. HIV: Manual untuk tenaga kesehatan. Jakarta: EGC.
- Muninjaya, A.A.G. 1999. AIDS di Indonesia: Masalah dan kebijakan penanggulangannya.
- Pusdiklatnakes. 2012. Modul pelatihan manajemen HIV/AIDS bagi dosen kebidanan dan keperawatan. Jakarta: Pusdiklatnakes.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. 2002. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis* (2<sup>th</sup> ed). Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Sugiyono. (2004). *Statistik Untuk Penelitian*. Edisi 4, Bandung: IKAPI
- Sujatmiko, T. 2013. Di Kabupaten Banyumas, ada 1.071 penderita HIV/AIDS. Available at <http://krjogja.com>. (13 Maret 2013).

Wilson, K.G. & Murrell, A.R. (In preparation). Values-centered interventions: Setting a course for behavioral treatment. In SC Hayes, V.M. Follette & M. Linehan (Eds). (In preparation). *The new behavior therapies: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guildford Press.

Vlassoff, C., Weis, M.G., Rao, S., Ali, F & Prentice, T. 2012. HIV-related stigma in rural and tribal communities of Maharashtra, India. *Journal of Health Popul Nutr*, 30 (4), 394-403.