

## DINAMIKA DEPRESI PADA PENDERITA AIDS<sup>1</sup>

Imaduddin Parhani

Fakultas Ushuluddin dan Humaniora  
IAIN Antasari Banjarmasin

Diterima tanggal 3 Oktober 2016 / Disetujui 7 Oktober 2016

### Abstract

*Depression is a major mental health problem today. This is very important because people with depression productivity will decrease and this is very bad for a society and a country that is building. There are at least four chronic diseases that allow the depression sufferer, one of which is HIV and AIDS. Given the uncertainty over the fate of people living with HIV and AIDS had the potential to give rise to feelings of anxiety and depression. Someone who is infected with HIV and AIDS will be overcome by a feeling of dying, guilt about the behavior that makes infection, and taste sequestered by others. The cause of depression in people with HIV and AIDS by cognitive approach that is the mindset of people who deviate from the pattern of the logical interpretation or misinterprets an event or events, focusing on the negative situations that happened to him, and hope that pessimistic and negative about the future. Symptoms are raised is their depressed mood, decreased interest or pleasure in absolute terms, average of worthlessness or excessive guilt, thoughts of death. Response or reaction that occurs is refused, angry, and depressed when he learned he was infected with HIV and AIDS, and eventually be able to accept his situation. Efforts are being made to reduce depression are manifold. One is through social support to colleagues who also have HIV and AIDS.*

Kata kunci: Dinamika, Depresi, HIV dan AIDS, *Cognitive Approach*

### Pendahuluan

Depresi merupakan penyakit mental tertua yang dicatat. Hal ini dapat dilihat dalam al-Quran surat al-Baqarah ayat 112 yang artinya: “(tidak demikian) bahkan barangsiapa yang menyerahkan diri kepada Allah, sedang ia berbuat kebajikan, maka baginya pahala pada sisi Tuhannya dan tidak ada kekhawatiran terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati”. Selama berabad-abad, dari para terdidik muncul catatan tentang suasana hati yang tidak dapat dijelaskan yang bervariasi dari keputusan dan kebahagiaan yang berkepanjangan. Beberapa orang yang mengakui kesedihan mereka sebagai penyakit kelihatannya menerima hal ini sebagai bagian dari kondisi manusia sementara untuk yang lain berlangsung tanpa di kenali atau keliru didiagnosis.<sup>23</sup>

Dalam istilah awam, depresi berarti kemurungan, patah semangat, atau kesedihan yang bisa jadi menandakan adanya gangguan kesehatan. Dalam medis, istilah ini merujuk ada kondisi mental yang didominasi oleh penurunan mood dan sering disertai oleh berbagai gejala penyerta, terutama kecemasan, agitasi, perasaan diri tidak berharga, ide bunuh diri, hipobulia, retardasi psikomotor, berbagai gejala somatik, dan disfungsi fisiologik (misal insomnia serta berbagai keluhan).<sup>4</sup>

Sebuah proyek yang berjudul *Global Burden of Disease* yang disponsori oleh WHO menyatakan bahwa gangguan jiwa depresi menempati urutan ke-4 sebagai penyebab ketidakmampuan (*disability*) seseorang dalam menjalankan fungsi kehidupannya sehari-hari. Bahkan diramalkan ada tahun 2020 depresi akan menempati urutan ke-2 dari penyebab disabilitas<sup>5</sup>.

Depresi menjadi penyebab utama dari tindakan bunuh diri, dan tindakan bunuh diri tersebut menduduki urutan ke enam dari penyebab utama kematian di Amerika Serikat. WHO memperkirakan angka kejadian depresi pada populasi dunia adalah 3 persen. Sortorius menaksir ada sekitar 100 juta penduduk dunia

---

<sup>1</sup>Tulisan ini merupakan skripsi pada Strata S1 Universitas Muhammadiyah Malang tahun 2006. Dengan Pembimbing pertama adalah Dra. Diah Karmiyati, M.Si dan pembimbing kedua adalah Dra. Cahyaning Suryaningrum, M.Si.

<sup>2</sup>Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiva dan Kesehatan Jiva* (Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996), 54.

<sup>3</sup>Mc Keon, *Menghadapi Depresi & Elasi* (Jakarta: Arcan, 1990), 1.

<sup>4</sup>WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiva dan Psikiatri* (Jakarta: EGC, 2003), 50.

<sup>5</sup> Dadang. Hawari, *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi* (Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2002), 122.

mengalami depresi. Sekitar dua pertiga penderita depresi mengalami pikiran akan bunuh diri dan sekitar 10-15 persen melakukan bunuh diri<sup>6</sup>

Angka-angka tersebut akan terus bertambah untuk masa-masa yang akan datang dikarenakan oleh sejumlah faktor, antara lain semakin bertambahnya usia harapan hidup, semakin beratnya stressor psikososial, kehidupan beragama yang semakin ditinggalkan, dan semakin bertambahnya berbagai penyakit kronik<sup>7</sup> Setidaknya terdapat empat penyakit kronik yang memungkinkan terjadinya depresi pada penderitanya, yaitu: penyakit jantung koroner, diabetes melitus, kanker, dan HIV dan AIDS<sup>8</sup>.

Dalam bahasa medis, AIDS diartikan sebagai *Acquired Immune Deficiency Syndrome* atau kumpulan berbagai penyakit yang timbul karena menurunnya sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS disebabkan oleh HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) atau virus yang menyerang sistem kekebalan manusia.<sup>9</sup> AIDS merupakan suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh retrovirus yaitu *human immunodeficiency virus* (HIV). Virus ini disebarkan melalui kontak dengan cairan tubuh (semen, darah, dan air susu ibu), dari orang yang menderita HIV melalui jalur seksual maupun aseptik. HIV menginfeksi dan menekan limfosit T4 (sel penginduksi-pembantu). Berbagai gangguan neuropsikiatrik yang terkait HIV disebabkan oleh kerja neuritropik virus secara langsung. Manifestasi AIDS itu sendiri dapat berupa satu atau beberapa indikator penyakit seperti sarkoma kaposi, limfoma, SSP primer, meningitis, hepatitis, dan tuberkulosis<sup>10</sup>.

Orang tua yang kurang menyadari apa penyebab dari tingkah laku anak mereka. Orang tua lebih melempar tanggungjawab pembinaan anak sepenuhnya kepada pihak sekolah. Padahal penanaman karakter pada diri anak bukan hanya tanggung jawab guru di sekolah, artinya tidak harus melalui jalur pendidikan formal. Namun orang tua sebagai pemilik anak yang sesungguhnya memiliki tanggung jawab yang sangat besar dan utama dalam hal ini. Banyak kasus kenakalan yang dilakukan oleh anak lebih banyak disebabkan. Di Indonesia, infeksi HIV adalah merupakan masalah kesehatan yang memerlukan perhatian sejumlah pihak. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, pada akhir bulan Maret 2015 tercatat kumulatif 234.185 kasus HIV dan AIDS yang sudah ditemukan dan dilaporkan sejak pertama kali ditemukan pada tahun 1987. Dengan rincian sebesar 167.350 kasus HIV dan 66.835 kasus AIDS.<sup>11</sup> Diyakini jumlah tersebut jauh lebih rendah daripada keadaan yang sebenarnya. Diduga jumlah kasus HIV dan AIDS di Indonesia pada tahun 2015 adalah sebesar 759.691 kasus<sup>12</sup>

Menurut Green dan Setyowati, selain dapat mengakibatkan kematian, HIV dan AIDS juga memunculkan berbagai masalah psikologis seperti ketakutan, keputusan yang disertai dengan prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain, yang kemudian dapat menimbulkan ketakutan psikologis.<sup>13</sup> Salah satu jenis tekanan psikologis utama yang sering terjadi pada penderita AIDS adalah depresi dengan gejala adanya perasaan sedih, putus asa, tidak berdaya, merasa rendah diri, merasa bersalah, merasa tidak berharga, keinginan untuk bunuh diri di saat penyakit semakin memberat seringkali terlintas pada sebagian penderita terutama mereka yang melihat kematian temannya yang disebabkan oleh AIDS, menarik diri dari pergaulan, memberikan ekspresi “pasrah”, sulit tidur, dan hilangnya nafsu makan.<sup>14</sup>

<sup>6</sup>Yaslinda Yaunint, Rudi A Priant, dan Nurul Maulidya Hidayat, “Kejadian Gangguan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M Djamil Padang Periode Januari – September 2013”, dalam *Jurnal Kesehatan Andalas* 2014;3(2), 244-247.

<sup>7</sup>Dadang Hawari, *Al-Qur'an, Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa* (Jakarta: Dana Bhakti Prima Yasa, 1996), 56.

<sup>8</sup>Brannon, L & Jess, F, *Health Psychology An Introduction To Behavior and Health Fourth Edition* (USA: Wadsworth, 2000).

<sup>9</sup>Vrisaba, R, *Kiat Menangkal AIDS* (Bandung: Pionir Jaya, 2001), 29.

<sup>10</sup>WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiwa dan Psikiatri* (Jakarta: EGC, 2003), 9.

<sup>11</sup>Laporan Perkembangan HIV/AIDS di Indoensia di akses di <http://sahivausu.blogspot.co.id/2016/06/laporan-perkembangan-hiv-aids-di.html>. Pada tanggal 7 September 2016.

<sup>12</sup>Kementerian Kesehatan Republik Indoensia, *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011), vii.

<sup>13</sup>Beta Kurnia Arriza, Endah Kumala Dewi, Dian Veronika Kaloeti, “Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)”, dalam *Jurnal Psikologi Undip* Vol.10, No.2. Oktober 2011. 153-162.

<sup>14</sup>John G Bhrun, *Aspek Sosial dan Psikologis dari AIDS* (Jakarta: EGC, 1997) 227.

Muma, Lynons, dan Pollard<sup>15</sup> menyatakan bahwa tekanan psikologis utama pada penderita HIV dan AIDS antara lain berupa 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, dan merasa marah pada diri sendiri dan orang lain, merasa takut bila ada orang lain yang mengetahui penyakit yang dideritanya, merasa khawatir dengan biaya perawatan, merasa malu dengan adanya stigma dan penyangkalan terhadap riwayat penggunaan obat-obatan terlarang.

Menurut Kalichman<sup>16</sup> sebanyak satu dari empat penderita HIV dan AIDS bersuai lebih dari 45 tahun pasti memiliki pikiran untuk bunuh diri karena sakit yang dideritanya. Pikiran bunuh diri ini disebabkan oleh depresi yang mereka alami. Di samping itu, adanya ketidakpastian akan nasib penderita HIV dan potensi untuk menderita AIDS menimbulkan perasaan cemas dan depresi. Orang yang sudah terkena HIV dan AIDS akan dihindari perasaan menjelang maut, rasa bersalah akan perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa bersalah akan perilaku yang membuatnya terkena infeksi, dan rasa diasingkan oleh orang lain. Stres ini akan turut melemahkan sistem imun yang sudah dilumpuhkan oleh HIV sebelumnya. Banyak orang yang tertular HIV dan AIDS juga ditinggalkan oleh teman atau pasangan mereka. Depresi berkepanjangan ini akan turut melemahkan sistem imun penderita sendiri.<sup>17</sup>

Dengan melihat kerangka berpikir di atas, maka di sinilah pentingnya pembahasan dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS ditinjau dari perspektif teori kognitif yang berfokus pada faktor-faktor penyebab depresi, gejala-gejala depresi, respon atau reaksi penderita HIV AIDS yang mengalami depresi dan upaya yang dilakukan penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya.

### Pendekatan Teori Kognitif

Pendekatan teori kognitif beranggapan bahwa depresi neurosa terjadi sebagai akibat adanya *negative cognition set* (konstelasi depresi) sebagai suatu predisposisi dalam pemunculan depresi pada individu, sehingga menimbulkan *self esteem* (penghargaan diri) yang rendah yang mengakibatkan timbulnya anggapan yang salah, pesimis dalam menghadapi permasalahan dalam hidupnya. Keadaan ini membuat individu memiliki harapan yang sangat terbatas terhadap kehidupan masa depannya. Jelas sekali bahwa teori ini melibatkan terjadinya depresi terutama sebagai gangguan dalam proses berpikir dan bukan sebagai gangguan kehidupan perasaan emosi. Gangguan dalam proses berpikir (kognisi) ini berupa distorsi dalam mengkonseptualisasikan stimulus dan adanya disfungsi skema/*belief*.

Arron T. Beck telah menawarkan penjelasan yang komprehensif mengenai depresi dari sudut pandang kognitif, yang disebut dengan model kognitif depresi. Model kognitif depresi Beck terdiri dari tiga konsep utama, yaitu:<sup>18</sup>

1. Pandangan negatif tentang diri sendiri  
Keyakinan diri bahwa penderita merasa tidak berharga, rusak, tidak mampu dan tidak diharapkan. Seorang individu yang mengalami depresi akan menginterpretasikan kejadian negatif disebabkan kegagalan dan ketidakmampuan diri.
2. Pandangan negatif tentang dunia  
Menganggap dunia dan lingkungannya sebagai tidak peka, membuat frustrasi, dan banyak memuntut. Seorang individu yang depresi akan melihat dunia secara pesimis dan sinis.
3. Pandangan negatif tentang masa depan  
Menganggap masa depan sebagai sia-sia dan menyakini bahwa kejadian negatif akan terus terjadi. Seorang individu yang mengalami depresi percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan atau masa depannya.

Menurut Beck yang dikutip oleh Rehm dan Carter (1990),<sup>19</sup> depresi merupakan gangguan pemikiran, dan bukan gangguan afeksi. Gejala-gejala afektif, motivasi, dan perilaku disebabkan oleh pemikiran negatif

<sup>15</sup>Widijati, Dyah Wahyuningsih, Aris Fitriyani, "Acceptance And Commitment Therapy (ACT) Application Toward Self Acceptance and Commitment to Prevent the Transmission of HIV/AIDS" dalam jurnal *Link*. Vol. 10 1 Januari 2014.

<sup>16</sup>Yosua Hendriko Manurung, Margarita Maria Maramis, Erwin Astha Triyono. The Depression Profile of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Receiving Antiretroviral Treatment In Dr. Soetomo Hospital Surabaya. *Folia Medica Indonesiana* Vol. 50 No. 1 January - March 2014 : 6-9.

<sup>17</sup>Ronald Hutapea, *AIDS & PMS dan Perkosaan* (Jakarta: Rineka Cipta, 1995), 55.

<sup>18</sup>Kassandra Oemarjoedi, *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi* (Jakarta: Kreatif Media, 2003.), 8.

<sup>19</sup>De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 117.

orang depresif tersebut. Dengan kata lain, depresi secara pokok dilihat sebagai penyimpangan atau gangguan dari proses berpikir, yang disebut sebagai *cognition distortion*. *Cognition distortion* adalah kecenderungan salah mengerti atau penyimpangan kejadian-kejadian penting di dalam cara yang negatif.

Berikut ini sejumlah bentuk *cognition distortion* atau distorsi-distorsi kognitif yang sering ditemukan pada penderita depresi:<sup>20</sup>

1. Abstraksi selektif; kecenderungan untuk menarik kesimpulan berdasarkan perincian atau peristiwa yang terjadi dengan sendiri.
2. Generalisasi yang berlebihan (*overgeneralisasi*); kecenderungan untuk menganut keyakinan-keyakinan ekstrim yang didasarkan pada peristiwa tertentu, dan menerapkannya pada situasi yang berbeda.
3. Kesimpulan arbitrer (*arbitrary inference*); membuat kesimpulan dari tidak adanya bukti yang relevan.
4. Personalisasi (*personalization*); kecenderungan untuk menghubungkan semua peristiwa dengan diri sendiri, bahkan bila tidak ada hubungan sama sekali.
5. Berpikir dalam dikotomi (*polarized thinking*); kecenderungan untuk berpikir dengan cara semua – atau-tidak sama (*all – or – nothing*) secara ekstrim atau secara hitam putih.
6. *Magnification/exaggeration* (membesar-besarkan/berlebihan); pemikiran yang berlebihan mengenai signifikansi peristiwa negatif, membesar-besarkan kegagalan dan mengurangi sukses, terlalu memandang tinggi keterbatasan diri dan persoalan-persoalan, memandang rendah kemampuan sendiri.

### Metode Penelitian

Subjek penelitian adalah 1 (satu) orang Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) dengan fokus kepada dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS yang meliputi faktor-faktor penyebab depresi, gejala-gejala depresi, respon atau reaksi penderita HIV AIDS yang mengalami depresi, dan upaya yang dilakukan penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan jenis rancangan studi kasus tunggal dengan pendekatan kognitif. Data tentang depresi pada penderita HIV dan AIDS diungkap dengan menggunakan wawancara secara mendalam. Metode wawancara yang digunakan adalah menggunakan wawancara semi terstruktur. Penggunaan metode wawancara semi terstruktur dalam penelitian ini pewawancara telah menyediakan point-point pertanyaan atau informasi yang dibutuhkan, selanjutnya bagaimana teknik bertanya dan cara mencatat jawaban sepenuhnya diserahkan kepada keluwesan pewawancara, kesediaan yang diwawancarai, serta situasi dan kondisi yang ada.

Selain menggunakan wawancara, penelitian ini juga menggunakan metode observasi sistematis sebagai tambahan data-data atau informasi yang sebenarnya mengenai perilaku penderita HIV dan AIDS dalam hubungannya dengan depresi yang dialaminya, guna melengkapi data-data yang sudah ada, sesuai dengan point-point masalah yang telah dirumuskan, yang mungkin tidak berhasil diungkap lewat metode wawancara atau tes.

Sebagai pelengkap dari penelitian yang dilakukan, tes psikologi juga diberikan kepada penderita HIV dan AIDS ada 2 (dua) macam. Tes psikologi yang diberikan pertama adalah tes proyektif (tes grafis) yang bertujuan untuk menggambarkan proyeksi diri penderita HIV dan AIDS yang meliputi respon-respon depresif penderita HIV dan AIDS serta gejala-gejala yang ditampakkan oleh penderita HIV dan AIDS terhadap depresi yang dialaminya. Tes psikologi kedua yang diberikan adalah tes inventori (MMPI atau *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* dan BDI atau *Beck Depression Inventory*). Tes inventori digunakan untuk menggambarkan keadaan diri penderita HIV dan AIDS, khususnya gejala-gejala depresi penderita HIV dan AIDS (karakteristik individu, motivasi, pikiran, perasaan, dan tingkah laku yang dimunculkan penderita HIV dan AIDS).

### Hasil dan Pembahasan

Pada dasarnya tiap individu akan menghadapi berbagai macam masalah dan tekanan-tekanan yang menyertai dalam setiap kehidupannya dan setiap individu yang menghadapi berbagai macam masalah dan tekanan tersebut akan mempunyai penyebab, gejala, respon, dan upaya yang berbeda-beda. Demikian pula dengan halnya dengan penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi, mereka mempunyai dinamika depresi yang berbeda pula. Dalam hal ini akan dibahas berdasarkan hasil observasi, wawancara, dan hasil tes psikologis, serta berlandaskan pada teori kognitif.

<sup>20</sup>De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 117.

Apabila ditinjau dari pendekatan teori kognitif yang dikembangkan oleh Aaron Beck maka penyebab depresi yang dialami oleh penderita HIV dan AIDS dapat dijelaskan dalam tiga konsep utama, yaitu.<sup>21</sup>

Konsep yang pertama adalah terhadap dunia. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang memandang dunia dan lingkungan sekitarnya, khususnya keluarganya sendiri sebagai kelompok seseorang yang tidak peka, membuat frustrasi dan banyak menuntut banyak hal kepada penderita. Hal ini menyebabkan penderita merasa dikalahkan, dirugikan, dihina, dan memandang pesimis dan sinis terhadap dunia sekitarnya.

Konsep kedua adalah terhadap diri sendiri. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang ini menganggap dirinya tidak baik lagi, tidak layak hidup lagi, dan tidak lagi diharapkan kehadirannya karena HIV dan AIDS yang diidapnya sekarang.

Konsep ketiga adalah terhadap masa depan. Penderita HIV dan AIDS dengan keadaannya sekarang menganggap bahwa masa depannya akan sia-sia dan menyakini bahwa kejadian-kejadian buruk, kesukaran, rasa frustrasi, dan susah akan terus terjadi pada dirinya. Penderita HIV dan AIDS percaya bahwa ia tidak berdaya dan tidak memiliki kekuatan untuk memperbaiki keadaan yang dialaminya dan juga masa depannya sendiri.

Berdasarkan hal tersebut, sebenarnya pola pikir penderita HIV dan AIDS dianggap menyimpang dari pola interpretasi logis atau salah menginterpretasikan sebuah fakta, juga dianggap terfokus pada aspek situasi yang negatif, serta harapan yang pesimistis dan putus asa terhadap masa depannya sendiri. Dengan kata lain, depresi yang dialami oleh penderita HIV dan AIDS dipandang sebagai sebagai penyimpangan atau gangguan dari proses berpikir, yang disebut sebagai “*cognitive distortion*”<sup>22</sup>.

Berikut ini sejumlah bentuk “*cognitive distortion*” atau distorsi-distorsi kognitif yang ditemukan pada penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi, yaitu:

1. Abstraksi selektif, kecenderungan untuk menarik kesimpulan berdasarkan perincian atau peristiwa yang terjadi dengan sendirinya. Ketika individu terkena HIV dan AIDS, maka hal negatif yang muncul dalam pikiran penderita adalah bahwa dirinya adalah orang yang benar-benar tidak berharga, dan orang yang tidak baik dan jelek.
2. Generalisasi yang berlebihan (*overgeneralisasi*); kecenderungan untuk menganut keyakinan-keyakinan ekstrim yang didasarkan pada peristiwa tertentu, dan menerapkannya pada situasi yang berbeda. Penderita yang mengidap HIV dan AIDS mengalami masalah dengan kondisi fisiknya dan menyimpulkan bahwa dia juga akan mengalami masalah dengan kondisi-kondisi yang lainnya, misalnya komunikasi atau kontak sosial dengan orang-orang lain di sekitarnya.
3. Personalisasi (*personalization*); kecenderungan untuk menghubungkan semua peristiwa dengan diri sendiri, bahkan bila tidak ada hubungan sama sekali. Penderita HIV dan AIDS merasa orang lain tidak suka kepada dirinya, karena penderita merasa tidak berharga dan tidak diperhatikan lagi.
4. Berpikir dalam dikotomi (*polarized thinking*); kecenderungan untuk berpikir dengan cara semua atau tidak sama sekali (*all – or – nothing*), secara ekstrim atau secara hitam putih. Penderita HIV dan AIDS memandang hanya ada dua jenis orang yaitu berharga dan tidak berharga, dan penderita HIV dan AIDS merasa adalah orang yang tidak berharga, gagal, dan berdosa.
5. *Magnification/exaggeration* (membesar-besarkan/berlebihan); pemikiran yang berlebihan mengenai signifikansi peristiwa negatif, memperbesar kegagalan dan mengurangi sukses terlalu memandang tinggi keterbatasan diri dan persoalan-persoalan, memandang rendah kemampuan sendiri. Tampak penderita HIV dan AIDS yang diidapnya sebagai bentuk kegagalan yang terbesar dalam hidupnya, dan ini akan berarti kematian bagi penderita HIV dan AIDS. Orang tua penderita HIV dan AIDS ketika mengetahui itu akan memarahi penderita dan tidak akan memaafkan penderita.

Gejala-gejala yang ditampakkan oleh penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi akan sangat beragam dan berbeda antara satu dengan yang lainnya. Gejala-gejala tersebut dipengaruhi oleh penyebab dan faktor pencetus dari terjadinya depresi.

Adanya kesalahan dalam pola berpikir penderita HIV dan AIDS dalam menginterpretasikan sebuah fakta atau keadaan dirinya sekarang dan hanya berfokus pada aspek-aspek negatif dari diri sendiri, harapan-harapan yang pesimistis dan putus asa terhadap masa depannya sendiri tersebut akan memunculkan gejala-gejala depresi seperti pesimistis terhadap hidup yang akan dijalani, stres terhadap keadaan dirinya, cemas, takut mati, keinginan kuat untuk mati, mengkritik diri, tidak bersemangat dalam menyelesaikan tugas,

<sup>21</sup>Kassandra Oemarjoedi, *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi* (Jakarta: Kreatif Media, 2003), 8.

<sup>22</sup>De Clerq, *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan* (Jakarta: Grassindo, 1994), 116.

cenderung menghindari pergaulan sosial, perasaan rendah diri, merasa tidak mampu, tidak percaya diri, dan merasa tidak berani.

Gejala yang dimunculkan penderita HIV dan AIDS tersebut sudah sejalan dengan kriteria diagnostik DSM IV yang harus muncul pada individu untuk menegakkan diagnosa depresi. Kriteria diagnostik tersebut, yaitu mood depresi atau suasana depresi yang depresif, menurunnya minat atau kesenangan, rasa tidak berharga atau bersalah berlebihan dan pikiran akan kematian.<sup>23</sup>

Menurut Hawari depresi adalah salah satu bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan (afektif, mood) yang ditandai dengan kemurungan, kelesuan, ketidadaan gairah hidup, perasaan tidak berguna, putus asa, berat badan menurun, perasaan bersalah, konsentrasi dan daya ingat yang menurun.

Gejala-gejala depresi tersebut didapat pertama kali ketika penderita dinyatakan mengidap HIV dan AIDS. Dalam kenyataannya, tidaklah mudah membedakan antara gejala penyakit fisik karena HIV dan AIDS dengan depresi murni. Terkadang bisa saja gejala-gejala yang muncul adalah sama, sehingga tidak mudah membedakan mana gejala yang murni depresi dan mana yang diakibatkan penyakit fisik. Menurut Bastaman<sup>24</sup> untuk memudahkan mengenali depresi maka hal yang bisa dilihat antara lain keluhan yang dikemukakan penderita sangat berlebihan, sehingga tidak sesuai dengan penyakit fisiknya, hasil pemberian obat yang untuk penyakit fisik hasilnya tidak memuaskan, dan keluhan yang dikemukakan penderita tidak spesifik atau berpindah-pindah tempat keluhannya. Kalau demikian adanya, maka diagnosa depresi dapat ditegakkan.

Respon-respon yang ditampilkan oleh penderita HIV dan AIDS yang mengalami depresi akan sangat beragam. Setiap penderita akan berbeda-beda dalam meresponnya. Respon tersebut sangat dipengaruhi oleh perjalanan penyakit HIV dan AIDS itu sendiri dan perkembangan psikologis dari penderita.

Ketika pertama kali di vonis petugas kesehatan terkena HIV, penderita merasa tidak percaya, di dalam diri penderita muncul pertanyaan mengapa harus dirinya yang terkena, dan kenapa tidak orang lain saja yang terkena. Penderita merasa diisolasi oleh lingkungan sekitarnya dan keluarganya sendiri serta penderita HIV dan AIDS menganggap bahwa HIV yang di deritanya tersebut sebagai sebuah hukuman dari perbuatan yang telah dilakukannya di masa yang lampau.

Setelah berjalannya waktu, penderita HIV dan AIDS mulai dapat menerima kenyataan yang terjadi pada dirinya sebagai suatu yang benar-benar terjadi. Penderita HIV dan AIDS mulai pasrah dan sudah siap jika harus dipanggil-Nya karena penderita menganggap dirinya sudah berusaha yang terbaik dan memandang kejadian yang menimpanya ini pasti sudah ditakdirkan oleh-Nya. Meskipun proses penerimaan ini sudah terjadi namun gejala-gejala depresi masih tetap ada di dalam diri penderita HIV dan AIDS.

Muninjaya<sup>25</sup> menjelaskan bahwa tekanan batin atau beban psikologis yang disandang penderita HIV dan AIDS mungkin akan menimbulkan dua reaksi pada diri penderita HIV dan AIDS. Penderita HIV dan AIDS 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 penderita HIV dan AIDS mungkin akan mencoba bunuh diri dan kalau ini jadi pilihannya maka rantai penularan HIV dan AIDS akan terputus. Namun kalau penderita HIV dan AIDS memilih sikap negatif terhadap masyarakat di sekitarnya dengan sengaja menularkan kembali virus HIV kepada orang lain, akan bertambah beratlah masalah HIV dan AIDS di masyarakat. Dapat dibayangkan akibatnya jika virus HIV menyebar menginfeksi tidak hanya satu atau dua orang tapi ratusan bahkan ribuan orang.

Menurut teori yang dikembangkan oleh Dr. Elizabeth Kubler-Ross,<sup>26</sup> secara umum terdapat 5 (lima) tahap atau reaksi yang akan dilewati oleh penderita HIV dan AIDS dalam menjalani hidupnya bersama HIV

---

<sup>23</sup>Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM) adalah klasifikasi standar gangguan mental yang digunakan oleh profesional kesehatan mental termasuk psikiater dan dokter lainnya, psikolog, pekerja sosial, perawat, terapis okupasi dan rehabilitasi, dan konselor. Ini juga merupakan alat yang diperlukan untuk mengumpulkan dan mengkomunikasikan data statistik yang akurat kesehatan masyarakat. Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM) diterbitkan oleh American Psychiatric Association dan menyediakan bahasa yang sama dan kriteria standar untuk klasifikasi gangguan mental. Ada lima revisi sejak pertama kali diterbitkan pada tahun 1952, secara bertahap termasuk gangguan lebih mental, meskipun beberapa telah dihapus dan tidak lagi dianggap gangguan mental

<sup>24</sup>Hadi, *Depresi & Solusinya* (Yogyakarta: Tugu, 2004), 35.

<sup>25</sup>Gde. Muninjaya, *AIDS di Indoensia: Masalah dan Kebijakan Penanggulangan di Indonesia* (Jakarta: EGC, 1999), 99.

<sup>26</sup>Niven, *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain* (Jakarta: EGC, 2000), 176.

dan AIDS, yaitu (1) Tahap *denial*, dengan mengingkari kematian dengan mengisolasi perasaan yang berhubungan dengan kematian. (2) Tahap *angry*, dengan melakukan kemarahan yang ditujukan pada kenyataan bahwa dirinyalah yang harus meninggal sedangkan orang lain tidak meninggal. (3) Tahap *bargaining*, dengan berusaha menawar untuk mendapatkan pengobatan dan mencoba untuk menunda hal-hal yang tidak terelakkan. (4) Tahap *depression*, dengan bereaksi terhadap berbagai macam kehilangan, persiapan emosional untuk perpisahan. (5) Tahap *acceptance*, dengan mampu menerima kenyataan tentang kematiannya dan berusaha menyesuaikan diri terhadap kehilangan dan kematian.

Apabila dideskripsikan tentang respon penderita HIV dan AIDS, maka tergambar bahwa ketika pertama kali divonis mengidap HIV dan AIDS penderita langsung mengalami penolakan dengan tidak mempercayai diagnosa yang ditegakkan (*denial*). Selanjutnya penderita mengalami kemarahan (*angry*) yang diwujudkan dengan perasaan marah terhadap orang lain dan diri sendiri serta frustrasi dan dilanjutkan dengan depresi (*depression*) dengan tanda-tanda klinis seperti menarik diri, sedih, suasana hati muram, merasa bersalah, tidak berdaya, dan ide bunuh diri. Dan setelah menjalani proses pengobatan dan dukungan akhirnya penderita dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi pada dirinya sebagai sebuah kenyataan hidup yang harus dijalani (*acceptance*).

Bukan berarti bahwa semua penderita akan mengalami semua tahapan reaksi ini dan bukan berarti juga tahapan tersebut terjadi secara berurutan. Dalam kenyataannya, tidak jarang seorang penderita yang sudah dapat menerima status HIV dan AIDS nya akan kembali kedalam tahap berduka ketika mendapati infeksi oportunistik pertamanya. Menurut Kaplan,<sup>27</sup> faktor lain yang berhubungan dengan sampainya penderita pada tahap berduka dan *acceptance* ini adalah tahap perkembangan psikologis penderita itu sendiri. Penderita yang berada pada tahap perkembangan dewasa muda, yaitu mereka yang mampu bertahan hidup dan berusaha keras untuk mengembangkan karirnya, memiliki hubungan positif dengan orang sekitarnya dan keluarga, mempunyai pandangan bahwa kematian akan terjadi dengan segera di masa yang akan datang. Kegusaran dan kemarahan tersebut dapat dipahami jika dipandang dari sudut pandang penderita sebab penderita yang baru mulai melihat buah dari kerja kerasnya tiba-tiba saja telah melihat orang-orang di sekitarnya akan mati atau telah mati, bahkan penderita sendiri akan mati di masa yang akan datang karena HIV dan AIDS.

Sebuah model teoritis yang dikembangkan oleh Bernard Weiner<sup>28</sup> menunjukkan bahwa kemarahan pada penderita HIV dan AIDS dipengaruhi oleh serangkaian proses. Penderita menjadi marah jika mereka menghadapi pengalaman yang tidak menyenangkan (penderita divonis mengidap HIV dan AIDS) dan penderita mengkaitkan keadaan tersebut dengan suatu penyebab eksternal (sesuatu di luar diri mereka sendiri) dan bahwa vonis HIV dan AIDS tersebut disebabkan oleh pihak lain (pasangan seks) dan seharusnya pasangan seks tersebut dapat bertanggung jawab atas kejadian itu dan dapat mencegah agar penderita tidak terkena HIV dan AIDS.

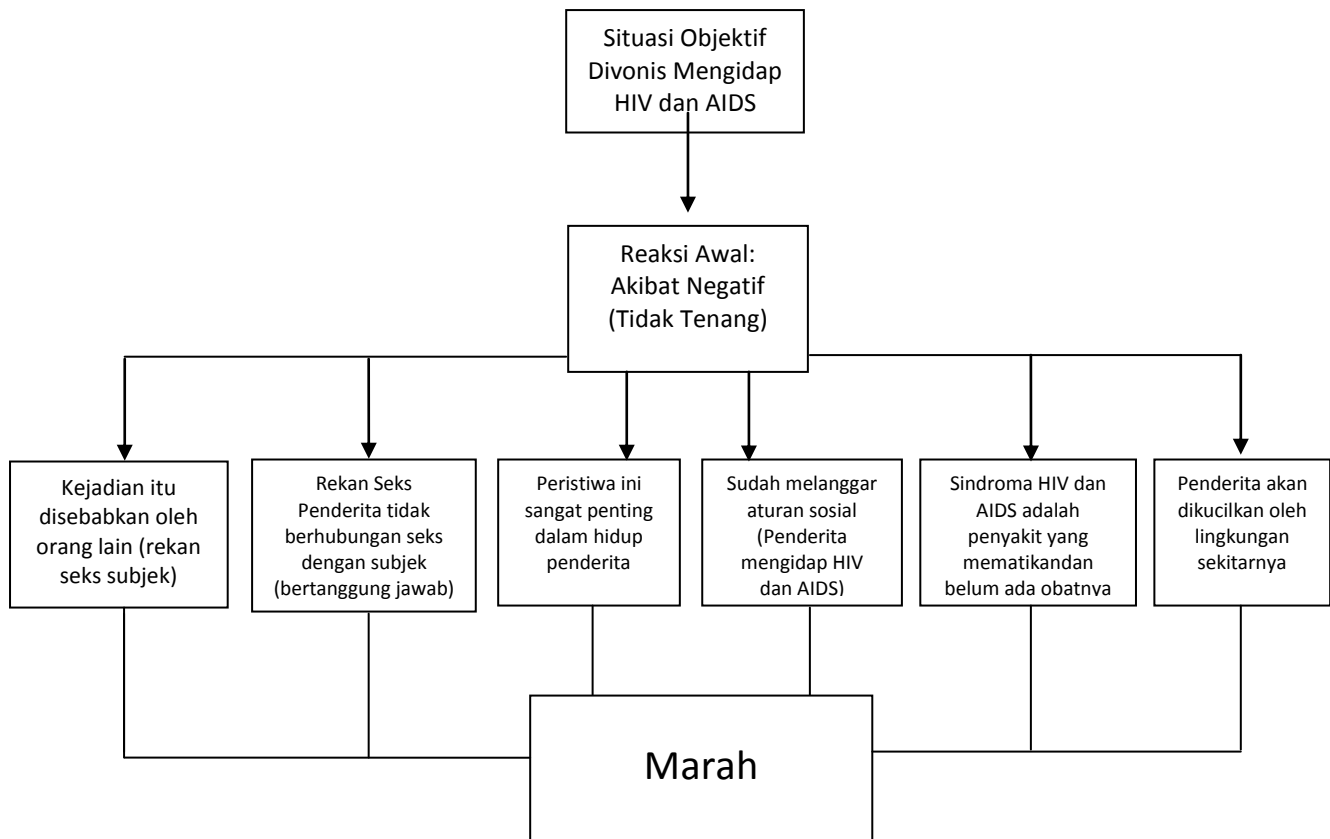
Berikut ini adalah tabel analisis kognitif, penilaian dan atribusi yang menyebabkan kemarahan pada penderita yang terkena HIV dan AIDS.

---

<sup>27</sup>Kaplan, *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua* (Jakarta: Binarupa Aksara, 1997), 237.

<sup>28</sup>Berkowitz, L., *Agresi I Sebab dan Akibatnya*, (Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo, 1995) 114

Bagan. I  
Analisis Kognitif Rasa Marah yang dialami Penderita HIV dan AIDS





Setelah berjalannya waktu, tampak bahwa penderita dapat menderita keadaan dirinya bahwa dia sekarang mengidap HIV dan AIDS, penderita bersikap pasrah dan siap untuk dipanggil oleh Tuhan Yang Maha Esa, penderita merasa apa yang sudah dilakukannya sudah yang terbaik bagi dirinya maupun bagi lingkungan sekitarnya.

Menerima situasi seperti apa adanya dan menyadari bahwa tidak ada lagi yang dapat dilakukan untuk mengubahnya merupakan sebuah kemampuan untuk menerima. Keadaan ini tidaklah berarti bahwa penderita tidak lagi mampu untuk melakukan pemecahan masalah, melainkan merupakan sebuah keputusan dengan penuh kesadaran untuk menerima keadaan seperti apa adanya. Jika kematian tidak dapat lagi dihindari adalah penting untuk menerima situasi agar dapat melakukan pelepasan dan pengurangan stres.

Menurut pandangan Logoterapi yang dikembangkan oleh Fiktor Frankl,<sup>29</sup> proses penerimaan diri mengandung tiga komponen pengembangan diri, yaitu: 1) komponen kognitif atau pengalaman diri, yaitu mengenali secara obyektif kekuatan-kekuatan dan kelemahan diri sendiri, baik yang masih potensial maupun yang sudah aktual, dan selanjutnya kekuatan tersebut dikembangkan dan kelemahan dikurangi. 2) Komponen afeksi atau pendalaman dan penerapan tri nilai, berusaha untuk memahami dan memenuhi tiga macam nilai yang dianggap merupakan sumber makna hidup, meliputi nilai-nilai kreatif, nilai-nilai penghayatan, dan nilai-nilai bersikap. 3) komponen konatif atau bertindak positif, yaitu mencoba menerapkan dan melaksanakan dalam perilaku dan tindakan nyata sehari-hari yang dianggap baik dan bermanfaat.

Apabila dikaitkan dengan proses penerimaan diri dari Logoterapi, terlihat bahwa penderita yang memiliki penerimaan diri yang baik maka akan memiliki pemahaman bahwa untuk mampu menerima sindroma HIV dan AIDS yang dialaminya sekarang dan penderita dapat mengambil hikmah atas peristiwa (terkena HIV dan AIDS) yang mengenai dirinya, bahwa sesuatu yang ada di dunia ini semuanya sudah ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa (komponen kognitif/pemahaman diri), pasrah dan sudah siap jika harus dipanggil-Nya (komponen afeksi/pendalaman dan penerapan tri nilai) dan melakukan aktivitas-aktivitas bermakna bagi dirinya dan lingkungannya seperti mengikuti kegiatan-kegiatan kemasyarakatan dan dukungan sosial sesama penderita HIV dan AIDS (komponen konatif/bertindak positif). Dengan komponen-komponen tersebut, penderita dapat menerima ketika HIV dan AIDS menimpanya serta menjadikan hidup yang dilewatinya menjadi penuh makna.

Namun tidak jarang ditemukan bahwa terdapat penderita HIV dan AIDS yang meskipun mengalami gangguan psikologis seperti ketakutan dan kecemasan di awal diagnosa HIV, sering dering dengan penerimaan diri dan penyesuaian yang dilakukan, mereka dapat kembali merasakan kebahagiaan. Menurut Schimoff,<sup>30</sup> energi negatif yang dirasakan dapat membuat individu mempertanyakan menegai kualitas kehidupannya, karena mereka tidak ingin terus menerus berada dalam situasi negatif. Hal ini juga sejalan dengan pendapat Frank<sup>31</sup> yang menyatakan bahwa individu memiliki kebebasan untuk memilih tindakan dalam situasi apapun dalam hidupnya, termasuk di dalamnya adalah kebebasan untuk menerima atau tidak menerima situasi.

Berikut ini adalah garis besar analisis Logoterapi terhadap proses penerimaan diri penderita HIV dan AIDS terhadap sindroma yang dialaminya.

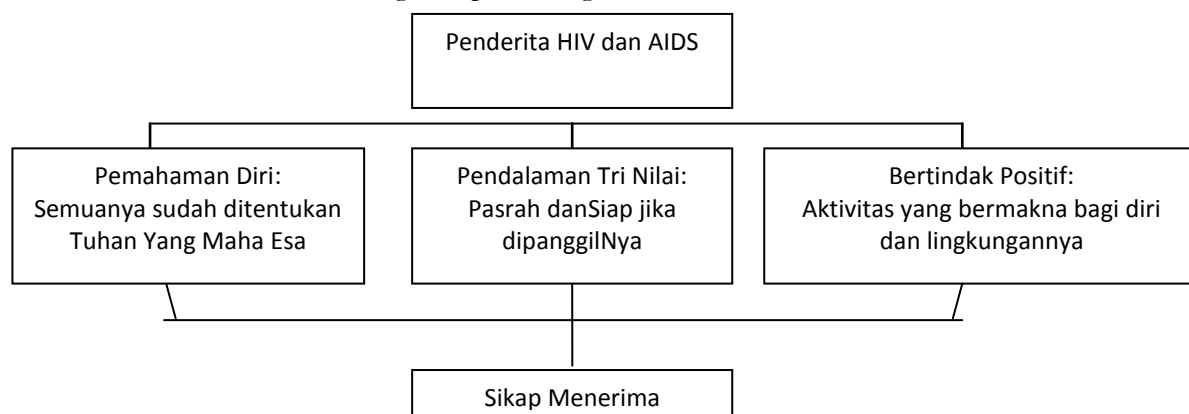
---

<sup>29</sup> Bastaman, *Integrasi Psikologi Agama dengan Islam Menuju Psikologi Islami*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1995) 128

<sup>30</sup> Schimoff, M. *7 Langkah Bahagia Labir dan Batin*, (Jakarta: PT Gramedia, 2008) 66.

<sup>31</sup> Seligman, M. 2006. *Autentic Happiness*. Bandung. Mizan Media Utama. Hal 129

Bagan 2.  
Analisis Logoterapi tentang Penerimaan Diri Penderita HIV dan AIDS



Salah satu komponen dari sikap penerimaan diri penderita terhadap HIV dan AIDS adalah dengan bersikap positif dengan melakukan aktivitas, kegiatan, perilaku atau tindakan nyata yang bermakna dan bermanfaat bagi diri penderita sendiri maupun lingkungan sekitarnya. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan tersebut merupakan salah satu upaya atau cara yang ditempuh oleh penderita agar depresi yang dialaminya dapat berkurang. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan oleh penderita untuk mengurangi depresinya tersebut bermacam-macam sesuai dengan minat dan kemampuan masing-masing penderita. Umumnya penanganan depresi dapat dilakukan melalui penanganan medis dan dapat pula dengan teknik non medis. Salah satu teknik non medis yang populer dan dapat dilakukan oleh penderita HIV dan AIDS secara aktif adalah melalui kelompok dukungan.

Ketika mengalami depresi, penderita akan menjerunkan diri dengan aktivitas atau kegiatan lapangan dengan membantu teman-teman senasib yang juga mengidap HIV dan AIDS. Dengan melakukan hal tersebut, penderita akan melupakan keadaan yang terjadi pada dirinya, dan penderita akan berbagi pengalaman dan perasaan kepada orang lain. Aktivitas atau kegiatan yang dilakukan tersebut dilakukan dengan rekan-rekan lain dalam sebuah tim.

Hal ini sejalan dengan pendapat Murni,<sup>32</sup> menyatakan bahwa HIV dan AIDS akan memunculkan berbagai masalah pribadi dan pertanyaan yang sulit terjawab, seperti soal kesehatan, keuangan, kematian, perkawinan, seks, anak, dan lain-lain. Prasangka buruk dan diskriminasi dari orang lain dapat menimbulkan tekanan psikologis tersendiri. Karena berbagai alasan itu, banyak penderita HIV dan AIDS yang merasakan keinginan untuk kenal orang lain yang juga HIV positif atau AIDS. Ada keinginan untuk berbagai pengalaman, mengurangi rasa terkucil, dan mencari dukungan emosional. Banyak penderita HIV dan AIDS yang kemudian membentuk dan mengelola kelompok sendiri. Peranan utama kelompok dukungan tersebut adalah menciptakan suasana nyaman dan terjaga kerahasiaannya, sehingga penderita HIV dan AIDS mendapatkan kesempatan untuk berkenalan, bicara secara terbuka, didengarkan dan mendapatkan dukungan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Li Li, dkk (2009)<sup>33</sup> menyatakan bahwa stigma dari masyarakat dapat menimbulkan rasa malu dari penderita HIV dan AIDS yang terkait dengan depresi atau dengan kata lain, kurangnya dukungan dari masyarakat dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya depresi pada penderita HIV dan AIDS. Kurangnya dukungan sosial juga membuat keputusan penderita HIV dan AIDS akan bertahan lama dan semakin parah.<sup>34</sup>

<sup>32</sup> Murni, *Kelompok Dukungan*, dalam Suzanna Murni dan Lusiana Aprilawati, (eds), *terapi Alternatif* (Jakarta: Spirita, 2003), 41

<sup>33</sup> Beta Kurnia Arriza, Endah Kumala Dewi, Dian Veronika Sakti Kaloeti. *Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*, dalam *Jurnal Psikologi Undip*. Vol. 10. No 2, Oktober 2011.

<sup>34</sup> Gunawan, R, *Menjajakan HIV dan AIDS*. (Onlien), diunduh pada tanggal 5 September 2016 dari <http://aids-ina.org/modules.php?name=AvantGo>

## Penutup

Setelah memperhatikan uraian dalam pembahasan sebelumnya, penulis akan menguraikan kesimpulan dan saran-saran yang sekiranya bermanfaat dalam menyikapi dinamika depresi pada penderita HIV dan AIDS.

Apabila ditinjau dari perspektif kognitif, maka penyebab depresi yang terjadi pada penderita HIV dan AIDS berasal dari pola pikir kognitif penderita yang menyimpang dari pola interpretasi yang logis atau salah menginterpretasikan sebuah peristiwa atau kejadian (HIV dan AIDS) dan hanya berfokus pada situasi-situasi negatif yang ada pada dirinya sendiri, serta harapan yang pesimis dan negatif terhadap masa depan.

Adanya kesalahan dalam pola berpikir penderita HIV dan AIDS tersebut akan memunculkan gejala-gejala depresi seperti pesimistis terhadap hidup yang akan dijalani, stres terhadap keadaan dirinya, cemas, takut mati, keinginan untuk mati, kritik diri, tidak bersemangat, cenderung menghindari pergaulan sosial, perasaan rendah diri, tidak mampu, tidak percaya diri, dan merasa tidak berani.

Respon yang ditunjukkan oleh penderita ketika mengalami depresi adalah ketika pertama kali divonis mengidap HIV dan AIDS langsung mengalami penolakan dengan tidak mempercayai diagnosa yang ditegakkan (*denial*). Selanjutnya penderita mengalami respon kemarahan (*angry*) yang diwujudkan dengan perasaan marah, perilaku berisiko tinggi, frustrasi dan dilanjutkan dengan tahap depresi (*depression*) dengan tanda-tanda klinis seperti menarik diri, sedih, suasana hati muram, merasa bersalah, tidak berdaya, dan ide bunuh diri, dan akhirnya penderita dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan keadaan yang terjadi pada dirinya (*acceptance*). Respon yang dimunculkan oleh penderita tersebut sangat dipengaruhi oleh perjalanan penyakit yang menyebabkan depresi itu sendiri (HIV dan AIDS) dan juga perkembangan psikologis dari penderita sendiri (dewasa muda).

Sedangkan upaya yang dapat dilakukan penderita HIV dan AIDS untuk mengurangi depresi yang dialaminya adalah dengan melakukan aktivitas-aktivitas membantu rekan-rekan penderita HIV dan AIDS yang juga mengalami apa yang dirasakan oleh penderita HIV dan AIDS. Kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh penderita tersebut merupakan tindakan nyata dari sikap penerimaan atau acceptance terhadap sindroma HIV dan AIDS yaitu melakukan aktivitas-aktivitas yang berguna bagi diri penderita maupun lingkungan sekitarnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arriza, Beta Kurnia. Dewi, Endah Kumala. Kaloeti, Dian Veronika. Memahami Rekonstruksi Kebahagiaan Pada Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA). Dalam Jurnal Psikologi Undip Vol.10, No.2. Oktober 2011. 153-162.
- Bastaman. *Integrasi Psikologi Agama dengan Islam Menuju Psikologi Islami*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 1995.
- Berkowitz, L. *Agresi I Sebab dan Akibatnya*, Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo, 1995.
- Bhrun, John G. *Aspek Sosial dan Psikologis dari AIDS*, Jakarta: EGC, 1997.
- Brannon, L & Jess, F. *Health Psychology An Introduction To Behavior and Health Fourth Edition*, USA: Wadsworth, 2000.
- De Clerq. *Tingkah Laku Abnormal dari Sudut Pandang Perkembangan*, Jakarta: Grassindo, 1994.
- Hadi. *Depresi & Solusinya*, Yogyakarta: Tugu, 2004.
- Hawari, Dadang. *Al Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Dana Bhakti Yasa, 1996.
- Hawari, Dadang. *Dimensi Religi dalam Praktek Psikiatri dan Psikologi*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 2002.
- Hutapea, Ronald. *AIDS & PMS dan Perkosaan*, Jakarta: Rineka Cipta, 1995.
- Kaplan. *Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua*, Jakarta: Binarupa Aksara, 1997.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2011-2016*, Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: 2011.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Perkembangan HIV/AIDS di Indonesia di akses di <http://sahivausu.blogspot.co.id/2016/06/laporan-perkembangan-hiv-aids-di.html>. Pada tanggal 7 September 2016.
- Manurung, Yosua Hendriko. Maramis, Margarita. Triyono, Erwin. *The Depression Profile of People Living With HIV/AIDS (PLWHA) Receiving Antiretroviral Treatment In Dr. Soetomo Hospital Surabaya*. Folia Medica Indonesiana Vol. 50 No. 1 January - March 2014 : 6-9.
- Mc Keon. *Menghadapi Depresi & Elasi*, Jakarta: Arcan, 1990.
- Muninjaya, Gde. *AIDS di Indonesia: Masalah dan Kebijakan Penanggulangan di Indonesia*, Jakarta: EGC, 1999.
- Niven. *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*, Jakarta: EGC, 2000.
- Oemarjoedi, Kassandra. *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi*, Jakarta: Kreatif Media, 2003.
- Schimoff, M. *7 Langkah Bahagia Labir dan Batin*, Jakarta: PT Gramedia, 2008.
- Seligman, M. *Authentic Happiness*. Bandung: Mizan Media Utama, 2006.
- Vrisaba, R. *Kiat Menangkal AIDS*, Bandung: Pionir Jaya, 2001)
- WHO. *Leksikon Istilah Kesehatan Jiwa dan Psikiatri*, Jakarta: EGC, 2003.
- Widjijati, Dyah Wahyuningsih. Fitriyani, Aris. "Acceptance And Commitment Therapy (ACT) Application Toward Self Acceptance and Commitment to Prevent the Transmission of HIV/AIDS" dalam Jurnal Link. Vol. 10 1 Januari 2014.
- Yaunint, Yaslinda. Hidayat, Nurul Maulidya. Kejadian Gangguan Depresi Pada Penderita HIV/AIDS yang Mengunjungi Poli VCT RSUP Dr. M Djamil Padang Periode Januari – September 2013, *Jurnal Kesehatan Andalas* 2014;3(2) 244-247.